

NR 3

2025

SERWIS INFORMACYJNY
UZAŁEŻNIENIA



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



KCPU
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

JAKO ŚRODOWISKO ZAJMUJĄCE SIĘ POMOCĄ OSOBOM UZALEŻNIONYM MUSIMY BYĆ ŚWIADOMI, CZYM SĄ KOMERCYJNE DETERMINANTY ZDROWIA

Wywiad z profesorem Łukaszem Balwickim – konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego 1

Prawo

AMBULATORIJNE LECZENIE UZALEŻNIEŃ JAKO REAKCJA SĄDU NA PRZESTĘPSTWO

Katarzyna Syroka-Marczewska 6

Profilaktyka

SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH – SPOJRZENIE Z RÓŻNYCH PERSPEKTYW

Magdalena Borkowska 12

Analiza

SYTUACJA DOTYCZĄCA NARKOTYKÓW W EUROPIE

Joanna Szmidt, Artur Malczewski 15

Przemoc domowa

SYSTEM W KRYZYSIE. DLACZEGO ZDANIEM NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI WCIAŻ NIE PRZECIWDZIAŁAMY SKUTECZNIE PRZEMOCY DOMOWEJ

Sylwester Lewandowski 21

Leczenie, redukcja szkód

NOWE PRODUKTY NIKOTYNOWE, TO SAMO UZALEŻNIENIE – WSPÓŁCZESNE WYZWANIE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Kinga Janik-Konieczna 28

Badania, raporty

BARIERY W ROZPOZNAWANIU PRZEMOCY DOMOWEJ IDENTYFIKOWANE PRZEZ PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 34

ZACHOWANIA PROWADZĄCE DO TZW. UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH. CZEGO DOWIADUJEMY SIĘ Z NAJNOWSZEJ EDYCJI ESPAD 2024?

Janusz Sieroński 40

Internet

FASD (SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH) okładka III i IV



JAKO ŚRODOWISKO ZAJMUJĄCE SIĘ POMOCĄ OSOBOM UZALEŻNIONYM MUSIMY BYĆ ŚWIADOMI, CZYM SĄ KOMERCYJNE DETERMINANTY ZDROWIA

Z profesorem Łukaszem Balwickim – konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego – rozmawia Maja Ruszpel.

– *W pierwszych wypowiedziach, tuż po objęciu stanowiska konsultanta – jeszcze w 2024 roku – podkreślał Pan, że zależy Panu na tym, by wprowadzić wyższe ceny na alkohol, a także by ograniczyć jego dostępność i reklamę. Jednak apelując¹ o takie zmiany, staje Pan naprzeciwko dwóch sił: polityków i biznesu.*

Ministerstwo Finansów planowało podnieść akcyzę na napoje alkoholowe z początkiem 2026 roku. Jednak branża alkoholowa stanowczo sprzeciwiała się tej podwyżce. Związek Pracodawców Przemysłu Piwowarskiego ostrzegał wręcz, że zamiast zwiększać wpływy do budżetu, podwyżka mogłaby spowodować spadek wpływów z podatku VAT. Do tego, z końcem sierpnia 2025 roku, Kancelaria Prezydenta zapowiedziała weto ustawy podwyższającej podatek akcyzowy. Jak Pan to skomentuje?

– Odniosę się najpierw do samej zmiany. Po pierwsze, cieszę się, że – niezależnie od powodów – rząd sięgnął po narzędzie, które naprawdę ma szansę realnie obniżyć konsumpcję alkoholu w Polsce. Co ważne, podwyższając akcyzę, skorzystał ze środków, które są rekomendowane przez WHO. Osobiście więc kibicuję tej zmianie. Chciałbym nawet, żeby cena alkoholu była jeszcze wyższa. Cieszę się też, że rząd, podejmując ten temat i uzasadniając podwyżkę akcyzy, nareszcie zaczął też używać argumentu zdrowia publicznego. Przypomnijmy: dotychczas Ministerstwo Finansów mówiło o akcyzie jedynie z kontekście wpływów do budżetu państwa.

To, co jest również istotne, to fakt, że mamy twarde dowody epidemiologiczne, że to właśnie cena modyfikuje nasze zachowania związane z piciem alkoholu, czyli wolumen tej konsumpcji. Przypomnijmy, że w przeszłości zmieniano cenę alkoholu zupełnie odwrotnie – za rządów Leszka Millera obniżono ją. A to w efekcie doprowadziło do gwał-

townego wzrostu konsumpcji i ogromnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

W tym kontekście martwi mnie, że pan Prezydent – będąc prawdopodobnie zakładnikiem swoich obietnic – włożył wszystkie podatki do jednego worka. Nie dostrzegając, że akurat te podatki są stricte prospołeczne, pomocne, ekonomiczne. Przecież redukując spożycie alkoholu, wpływamy na dobro jego konsumentów, nawet w grupach wrażliwych. Oczywiście, branża alkoholowa krytykuje tę zmianę. I podkreśla, że najwięcej stracą na niej ludzie ubodzy, bo to oni najbardziej odczuwają podwyżki. Ale przecież to nie jest prawda. Badania pokazują, że to właśnie ci najbiedniejsi najwięcej zyskują. To w ich budżetach najwięcej pieniędzy brakuje i to ta grupa społeczna dochodzi najczęściej do wniosku, że alkohol – w porównaniu do innych potrzeb życiowych – nie jest im potrzebny. Zatem apelowałem już do pana Prezydenta, żeby znalazł jakiś sposób, by wyjść z tego impasu. Podatki na tytoń, alkohol i cukier to dobre narzędzia, które pomagają ludziom kontrolować swoje zachowania i decyzje prozdrowotne.

Co do udziału w tej debacie środowisk reprezentujących biznes, to chciałbym też zwrócić uwagę na coś, czemu WHO poświęca ostatnio bardzo dużo uwagi – komercyjnym determinantom zdrowia. Musimy być ich świadomi, szczególnie jeżeli zawodowo zajmujemy się przeciwdziałaniem czy terapią uzależnień.

– *WHO definiuje je jako działania sektora prywatnego, które wpływają na zdrowie ludzi bezpośrednio lub pośrednio. Jednocześnie WHO zwraca uwagę na fakt, że firmy te często wpływają na zdrowie publiczne poprzez lobbing i darowizny na rzecz partii politycznych. Cytując wprost – „to zachęca polityków i partie polityczne do dostosowywania swoich decyzji do celów komercyjnych”².*

– Alkohol i tytoń to produkty, które funkcjonują na rynku legalnie. W związku z tym stoją za nimi pewne siły, interesy przedsiębiorstw, które będą robić wszystko, żeby powstrzymać rządy oraz wszelkie inicjatywy mające na celu redukcję używania tych substancji.

– W wielu wywiadach podkreślał Pan, że chce wpływać na to, by możliwie maksymalnie ograniczać wpływ firm na politykę zdrowotną. Jak Pan chce to zrobić?

– Może się to wydawać dużym wyzwaniem, bo mamy w Polsce pewien problem: otóż jesteśmy pochłonięci priorytetem wzrostu gospodarczego i wolności gospodarczej. To zaś powoduje, że z trudem przychodzi nam zauważyć, iż jakąś działalność warto, a nawet trzeba ograniczyć. Może to kwestia kulturowa, naszych doświadczeń historycznych, że nie lubimy kontroli i ograniczeń? Nie wiem...

Odpowiadając zaś na pytanie, wydaje mi się, że jest kilka sposobów na poradzenie sobie z próbami wpływania na politykę zdrowotną państwa przez przedsiębiorstwa, które produkują alkohol czy przetwarzają tytoń.

Po pierwsze – jasne określenie, skodyfikowanie, że są to sektory gospodarki, które powodują duże szkody zdrowotne. Tymczasem doświadczenie pokazuje, że wspomniane przedsiębiorstwa chcą być traktowane tak samo, jak... każda inna firma czy producent. Tak samo, czyli tak, jak przedsiębiorstwa zajmujące się na przykład wytwarzaniem i sprzedażą mebli, kosmetyków czy żywności. Nie rozumiem dlaczego. Przecież to są firmy, które produkują substancje toksyczne. Z tego powodu ich działalność powinna podlegać większej kontroli, większemu nadzorowi, a przede wszystkim innemu sposobowi traktowania ich działalności przez polityków i rządzących.

Po drugie – WHO mówi wprost: przedsiębiorcom, którzy produkują tytoń, należy ograniczać możliwość zabierania głosu w sprawach, które wpływają na politykę zdrowotną. To znaczy: rządy powinny ustalić zasady, które uniemożliwiają albo bardzo mocno ograniczają możliwość wpływania przez te firmy na tę politykę.

Zatem tak przedsiębiorcy, jak i lobbyści nie powinni być wpuszczani na sejmowe komisje zajmujące się zdrowiem. Nie powinni być na nich ani obecni, ani zabierać głosu, ponieważ ich interes stoi w całkowitej sprzeczności z interesem państwa i obywateli. To jest po prostu konflikt, który jest nieusuwalny.

I trzeba się zdecydować, kogo wspieramy, na kogo stawiamy. Dla mnie jako przedstawiciela środowiska zdrowia

publicznego, sytuacja jest jasna: musimy brać pod uwagę sytuację zdrowotną obywateli. Nawet kosztem tej części gospodarki, która przynosi więcej szkód niż pożytku.

Jestem lekarzem i od wielu lat pracuję w poradni antynikotynowej. Pomagam ludziom uzależnionym od tytoniu. I skoro rozmawiamy o komercyjnych determinantach zdrowia, chciałbym podzielić się ważnym spostrzeżeniem

– w terapii uzależnień znamy pojęcie redukcji szkód i wielu specjalistów psychoterapii uzależnień pracuje w duchu tej filozofii. To sprawdza się w pracy z osobami używającymi opioidów czy innych substancji psychoaktywnych. Jednak w przypadku leczenia uzależnienia od tytoniu, środowiska medyczne nigdy nie wypracowały koncepcji redukcji szkód – jaka w tej formie jest teraz promowana przez lobbystów nowych wyrobów nikotynowych zalewających nasz rynek. Oczywiście, mieliśmy i mamy nikotynową terapię zastępczą, którą podajemy w pewnym rygorze farmaceutycznym – i to tylko przez pewien okres. Taki, który ma doprowadzić do rozstania się z nikotyną. Natomiast chcę podkreślić, że nigdy nie było środowiskowego konsensusu i wytycznych, które wskazywałyby na to, by używać w terapii uzależnienia od tytoniu takich produktów, jak właśnie e-papierosy, tytoń podgrzewany czy saszetki nikotynowe.

Tymczasem przedsiębiorstwa produkujące wyroby tytoniowe zawłaszczyły sobie narrację dotyczącą redukcji szkód, wypuszczając na rynek określone produkty komercyjne, które nazywały produktami mającymi na celu zredukować szkody wynikające z palenia tytoniu. I niestety, część osób się na to nabrała i stała się tubą propagandową komercyjnych interesów, nie dostrzegając, że tym sposobem popularyzuje się saszetki nikotynowe czy e-papierosy wśród grup, takich jak młodzież czy młodzi dorośli. Nawet rodzice nastolatków zaczęli mniej zwracać uwagę na to, że ich dzieci używają takich produktów i reagować mniej restrykcyjnie niż w przypadku tradycyjnych papierosów...

– Czy mógłby Pan to szerzej wyjaśnić? Global State Tobacco Harm Reduction³ twierdzi, że przejście na bezpieczniejsze produkty nikotynowe może się okazać ratującą życie interwencją dla milionów ludzi, którzy obecnie używają ryzykownych wyrobów tytoniowych, takich jak papierosy tradycyjne. Otrzymujemy więc sprzeczne informacje dotyczące tego obszaru.

– Faktycznie jest dużo sprzeczności i kontrowersji. Jeśli popatrzymy na te produkty pod kątem np. emitowanych substancji smolistych, to jest ich mniej niż w tradycyjnych

papierosach. Jednak ukazuje się coraz więcej publikacji naukowych, które dowodzą, że nie są one bezpieczne dla organizmu, że są po prostu toksyczne. Zaburzają choćby funkcjonowanie naczyń krwionośnych, przyspieszają akcję serca, doprowadzają do skurczu naczyń, uszkadzają płuca. Niestety, ich funkcjonowanie na rynku jako wyrobu konsumenckiego doprowadza do tego, że wiele młodych osób właśnie od nich zaczyna swoją przygodę z nikotyną. A z czasem przechodzi do używania tradycyjnych wyrobów tytoniowych. Dlatego uważam, że te produkty robią więcej szkody niż pożytku. A przedsiębiorstwa produkujące papierosy oferują tę zmienniki po to, by nadal na tym zarabiać.

– Pamiętam, jak fundacje korporacyjne, które były tworzone przez firmy sprzedające alkohol, organizowały akcje profilaktyczne oraz promowały metodę kontrolowanego, bezpiecznego picia alkoholu...

– Wielokrotnie widziałem, choćby na komisjach sejmowych, organizacje definiujące się jako społeczne – choć pośrednio lub wręcz bezpośrednio reprezentują interes poszczególnych przedsiębiorców czy branż. I to pomimo faktu, że słowo „obywatelskość” miały w nazwie...

Nie ma wątpliwości, że obie branże – tytoniowa i alkoholowa – próbują się wybielać w oczach społeczeństwa; lobbować, przedstawiać się jako część rozwiązania; jako przedsiębiorstwa, które robią coś dobrego dla ludzi: a to zorganizują event sportowy, a to akcję sadzenia drzew czy sfinansują powstanie jakiegoś muzeum. Chcą, żebyśmy postrzegali ich za coś, co jest dobre dla społeczeństwa. I jako część pozytywnych rozwiązań społecznych. Oba te sektory próbują też zawłaszczać narrację, która rzekomo jest prozdrowotna.

– Mówi Pan o wskazówkach WHO wobec producentów tytoniu – czy to samo dotyczy producentów alkoholu?

– Tutaj takich wytycznych WHO jeszcze nie ma, bo nie mamy ramowej konwencji dla alkoholu, tak jak mamy już Ramową Konwencję WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, czyli pierwszy międzynarodowy traktat o zdrowiu publicznym, przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia w 2003 roku (traktat wszedł w życie w 2005 roku). Ta konwencja powstała z zamiarem rzucenia wyzwania firmom tytoniowym, zyskującym coraz bardziej globalny charakter. Niemniej wraz z pojawieniem się niezbitych dowodów naukowych potwierdzających toksyczność alkoholu w każdej

dawce i uznaniem tej substancji za substancję rakotwórczą, powinno zmienić się diametralnie podejście do przedsiębiorstw zarabiających na sprzedaży napojów alkoholowych. Produkują one substancję, która szkodzi nawet w niewielkich ilościach i wywołuje negatywne konsekwencje także u tych osób, które nie są uzależnione.

– Rozumiem, że chce Pan apelować do społeczeństwa, by widziało, jak mocno te firmy wpływają na politykę.

– Chciałbym otwierać ludziom oczy na fakt, że działania mające na celu ocieplenie wizerunku firm nie usuwają negatywnych skutków wpływu toksycznych substancji oraz produktów zawierających alkohol czy tytoń, które te firmy sprzedają równolegle. Uważam, że politycy powinni opowiedzieć się po stronie obywateli, czyli zredukować konsumpcję. A to się wiąże z kontrolą i nadzorem nad tym rynkiem.

Jako konsultant swoimi publicznymi wypowiedziami chciałbym także spowodować, by było większe zrozumienie dla faktu, że te sektory gospodarki – jakkolwiek przedsiębiorcy je reprezentujący będą podkreślać, że przynoszą przychód do budżetu państwa – per saldo szkodzą państwu, szkodzą budżetowi państwa.

– I znamy koszt tych szkód. Z raportu z 2021 roku wynika, że łączna wartość kosztów społeczno-ekonomicznych wynikających ze spożywania alkoholu w Polsce szacowana jest na 93,3 mld złotych, a różnica między przychodami budżetowymi z tytułu podatku akcyzowego od napojów alkoholowych a kosztami społeczno-ekonomicznymi wynosi ponad 79,9 mld złotych rocznie, co stanowi 3,45% PKB z 2020 roku. Wykazane w raporcie koszty dotyczą obciążeń kilku systemów: zdrowotnego, egzekwowania prawa, w tym wymiaru sprawiedliwości, ubezpieczeń społecznych czy pomocy społecznej. Do powyższych kosztów należy dodać także przedwczesną śmiertelność wynikającą z nadużywania alkoholu oszacowaną na kwotę 84 mld złotych⁴.

– Te dane jasno pokazują, że wpływy, które jako państwo generujemy dzięki akcyzie, nie rekompensują kosztów, które używki przynoszą. Mam na myśli szereg kosztów i strat wynikających właśnie z kosztów leczenia, utraconej produktywności, kosztów wymiaru sprawiedliwości, przestępczości. Wspomniane podwyższenie akcyzy na alkohol,

od którego zaczęliśmy rozmowę, pomoże więc choćby zredukować wskaźniki śmiertelności, głównie wśród mężczyzn, a także rozpowszechnienie chorób wynikających z używania alkoholu, tj. marskość wątroby, choroby układu krążenia, udar mózgu oraz obrażenia w wypadkach drogowych czy samobójstwa.

– Najnowsze badania ESPAD mówią jednak o spadku picia alkoholu przez młodzież i o skokowym wzroście (prawie o 10%) zainteresowania oraz grania w gry hazardowe przez osoby niepełnoletnie⁵.

– Problem grania w gry hazardowe jest dla mnie problemem z zakresu zdrowia psychicznego. Tak samo jak rozpowszechnienie mediów społecznościowych i brak higieny cyfrowej, które silnie i negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Problemem jest również dostępność i brak ograniczeń tych mediów dla osób niepełnoletnich. Nie rozumiem czemu do tej pory, w erze powszechnego korzystania z metod potwierdzania pełnoletności np. poprzez aplikację mObywatel, nie wypracowaliśmy skutecznych mechanizmów kontroli dostępu do nieodpowiednich treści i serwisów w internecie.

– Eksperci z Instytutu Psychiatrii i Neurologii rekomendują, by w gry hazardowe mogły grać osoby, które ukończyły 21. rok życia⁶. Pan zaś podkreśla, że podobny limit wieku powinien dotyczyć możliwości kupna alkoholu czy tytoniu.

– Tak. Choć na ten moment marzyłoby mi się, żeby aktualnie obowiązujący zakaz niesprzedawania tych produktów młodzieży poniżej 18. roku życia, był z całą odpowiedzialnością respektowany... Ta rekomendacja podwyższenia wieku jest wynikiem naszych badań nad mózgiem – wiemy od dawna, że mózg nie kończy rozwoju w momencie osiągnięcia pełnoletności. I kiedy się rozwija i kształtuje, a równolegle podlega silnym bodźcom czy chemicznym, czy behawioralnym (jak hazard), to ma większą podatność na dysfunkcję.

W związku z tym powinniśmy maksymalnie, różnymi narzędziami, opóźniać wiek inicjacji. I przede wszystkim doprowadzić do takiej sytuacji, w której osoby młode decydujące się używać produktów tytoniowych i alkoholu, będą miały pełną świadomość konsekwencji wpływu tych substancji na ich zdrowie. Jestem więc za tym, by opóźniać wiek używania alkoholu, tytoniu, grania w gry hazardowe.

Choć jednocześnie jestem realistą i wiem, że trudno jest różnych rzeczy zakazać...

– Myśli Pan o edukacji?

– Tak i nie. Edukacja jest ważna, ale opieranie całej polityki państwa w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom na samym uświadamianiu szkodliwości alkoholu czy tytoniu, edukacji w tym obszarze, jest ułudą. Przyznam, że mam trochę obaw z wprowadzaniem przedmiotu *edukacja zdrowotna* do szkół, mimo że w ramach tego programu są m.in. zajęcia dotyczące tego, jak odmawiać, kiedy ktoś częstuje papierosem czy alkoholem. Albo zajęcia poświęcone szkodliwości i wpływowi tych substancji na układ nerwowy. Boję się, że może to uspokoić decydentów i zmniejszyć zainteresowanie innymi metodami oddziaływania. Od lat przecież traktujemy profilaktykę jako coś dodatkowego, fakultatywnego, coś, co można załatwić jakąś formą edukacji, jeśli uczniowie palą, to powiedzmy im, że to szkodzi. Przez lata wbijano nam też do głowy, że nie ma znaczenia środowisko i jego wpływ na nasze decyzje, ale że najważniejsza jest nasza świadomość i wolna wola, mamy przecież wolność tego, jakich dokonujemy wyborów. A przecież to jest nieprawda. To środowisko w dużej mierze kształtuje nasze zachowania. A my, jako państwo, powinniśmy tworzyć takie środowisko, które będzie bezpieczne. Takie, w którym – ja, ojciec nastolatków – będę mieć poczucie, że mogę wypuścić swoje dzieci w świat. I będę wiedział, że nie będą one narażone na różnego rodzaju ryzyka czyhające w otoczeniu, które może podlegać naszemu kształtowaniu. Edukacja nie zadziała, jeśli nie będzie wsparta zmianami środowiska, które wpłyną na nasze zachowania. Dlatego należy koniecznie ograniczać dostępność alkoholu i tytoniu oraz pokazywać młodym ludziom swoją własną postawę, że te używki nie są dobre także dla dorosłych. Choćby w szkole – należy reagować, kiedy uczniowie palą lub używają e-papierosów. Ale też warto, by rodzice i nauczyciele byli spójni z tymi przekazami i sami nie palili.

– Skoro o tym mowa, to na koniec zapytam o reklamę alkoholu. Rozmawiamy 28 sierpnia, w dniu w którym, po dwóch latach od złożenia przez Jana Śpiewaka zawiadomienia do prokuratury w sprawie nielegalnych reklam alkoholu przez Magdalenę Cielecką i Bogusława Lindę, sprawa trafiła do Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieście⁷. Aktorzy w swoich mediach społecznościowych udostępniali reklamy

wódki, co jest w Polsce zakazane. Myśli Pan, że to także dobra droga? Taka walka z reklamą? Pytam, bo wielokrotnie Pan podkreślał, że reklama tytoniu czy alkoholu powinna zostać ograniczona.

– To wszystko zaczęło się od sprawy Janusza Palikota i Kuby Wojewódzkiego, prawda? To była pierwsza taka interwencja ze strony Jana Śpiewaka. Cóż, znów stwierdzę, że w pewnym sensie cieszę się, że coś się zmienia... Choćby dlatego, że młodzi ludzie są szczególnie narażeni na wpływ reklam i materiałów promowanych przez znane osoby. Ale też myślę, że to nie powinno być tak, że to organizacje społeczne czy osoby prywatne muszą ścigać celebrytów... Takie kroki mogą być jedynie początkiem działań. Działania, jakie podjął Jan Śpiewak, sygnalizują coś ważnego. Jednak w chwili, gdy pojawiły się orzeczenia sądów, że zostało naruszone prawo, to tak naprawdę do działań powinno wkroczyć państwo, a nie obywatele. Podobny problem dotyczy papierosów – mamy zakaz reklamy wyrobów tytoniowych w Polsce, a co się dzieje, gdy wchodzimy do jakiegokolwiek sklepu? Za sprzedawcą stoi cała półka produktów nikotynowych wraz z ich reklamami. Dlaczego? Bo zakaz jest, ale nie jest egzekwowany.

– Zgadzam się, jesteście często bezradni⁸. Tak samo jest w przypadku alkoholu. W Polsce reklama alkoholu jest zakazana. Można reklamować tylko piwo (z ograniczeniami). A reklama wina, wódki i innych alkoholi jest całkowicie zakazana. Kary sięgają 500 tys. zł. Ale w wielu sklepach spożywczych w gazetkach promocyjnych mamy ofertę: dwie wódki w cenie jednej. Na stronie internetowej, by przeczytać ofertę z tej gazetki, wystarczy kliknąć, że się ma 18 lat⁹. Jakby Pan widział zmiany w tym obszarze?

– Warto wzmocnić odpowiednie instytucje, choćby Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom czy Inspekcję Handlową, które objęłyby nadzór nad reklamą alkoholu i tytoniu oraz jej naruszeniami. W chwili gdy te instytucje wzięłyby na siebie taką odpowiedzialność, powinny dostać na to środki finansowe oraz adekwatne narzędzia. I dopiero wówczas, gdy takie działania zostałyby podjęte, być może warto umożliwić obywatelom zgłaszanie takich naruszeń, ich raportowanie. Ale na pewno nie powinno być tak, że ta czy inna osoba musi wytaczać proces danemu celebrycie, aby udowodnić łamanie prawa... Mam więc nadzieję na zmianę w skali systemowej. Wówczas może się okazać, że

opłaca się zainwestowanie w nadzór nad reklamą, by później zaoszczędzić pieniądze na leczeniu.

– Będzie Pan konsultantem przez najbliższe pięć lat. Jaką rolę widziałby Pan w naszym środowisku? Jakiej współpracy i zaangażowania potrzebowałby Pan od nas – czyli ze strony specjalistów psychoterapii uzależnień czy badaczy i naukowców zajmujących się tym obszarem?

– Przede wszystkim chciałbym docenić ogrom pracy, jaką Państwo wykonujecie z osobami uzależnionymi. Mam poczucie, że w dużym stopniu naprawiacie problemy, które nie narosłyby do takiej skali, gdyby były wdrażane należyte skuteczne metody prewencji populacyjnej. Chciałbym, abyśmy wspólnie tworzyli klimat do silnego nadzoru nad toksycznymi substancjami czy treściami w internecie. Ważna jest także integracja podejścia do terapii uzależnień od różnych substancji i włączenie nikotyny do oferty pomocowej terapeutów. Do osiągnięcia tego celu będą oczywiście konieczne odpowiednie szkolenia, ale przy tej skali problemu Państwa wsparcie będzie nieocenione!

– Dziękuję za rozmowę.

Dr hab. Łukasz Balwicki, prof. uczelni, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; członek Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Od kilkunastu lat kieruje Poradnią Antynikotynową UCK – jest specjalistą leczenia uzależnienia od nikotyny.

Przypisy

- ¹ <https://oko.press/wyzsza-akcyza-na-alkohol-koniecznosc-nie-desperacja>
- ² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
- ³ <https://gsth.org/>
- ⁴ A. Bartoszewicz, K. Obłąkowska (2021), Czynniki wpływające na popyt na alkohol w kontekście kosztów społecznych i ekonomicznych w Polsce. Zmiany wysokości danin publicznych i model ceny minimalnej a spożycie alkoholu i wpływy do budżetu, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- ⁵ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>
- ⁶ https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/07/Prawo-i-hazard_raport_rev_.pdf
- ⁷ <https://www.instagram.com/p/DN2hQ6H0Gyh/>
- ⁸ Instytucje państwowe reagujące na nielegalną reklamę: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta (około 1500 powiadomień do prokuratury) oraz KCPU (ponad 150)
- ⁹ <https://blix.pl/sklep/lidl/gazetka/445544/?pageNumber=1>

W życiu codziennym niejednokrotnie słyszymy o sytuacjach, w których sprawca czynu zabronionego popełnia przestępstwo¹, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub po wpływie środka odurzającego lub psychoaktywnego. Okoliczność ta nie jest obojętna dla odpowiedzialności karnej oskarżonego, albowiem znajdowanie się sprawcy w chwili popełnienia czynu zabronionego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego lub psychoaktywnego może stanowić jedno ze znamion czynu zabronionego warunkującego odpowiedzialność karną.

AMBULATORYJNE LECZENIE UZALEŻNIEŃ JAKO REAKCJA SĄDU NA PRZESTĘPSTWO

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Przykładowo, zgodnie z art. 178a § 1 k.k. odpowiedzialność karną ponosi ten, kto znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym. Z drugiej strony znajdowanie się sprawcy przestępstwa w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego może mieć również wpływ na decyzję sądu w przedmiocie odpowiedniej reakcji na popełnione przestępstwo. Warto podkreślić, że właściwej reakcji sądu, o której mowa powyżej, nie należy utożsamiać z uznaniem, że sprawca popełnił lub nie popełnił przestępstwa, ponieważ nie ma to bezpośredniego wpływu na ocenę, czy sprawca wypełnił znamiona czynu zabronionego. Każdorazowo kluczowe są okoliczności danego stanu faktycznego oraz zebrany w sprawie materiał dowodowy. Przykładowo, zgodnie z treścią art. 207 § 1 k.k. kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Mając na uwadze treść tego przepisu, podkreślić należy, że dla oceny, czy oskarżony dopuścił się przestępstwa znęcania się nad członkami swojej rodziny nie ma znaczenia, czy znajdował się on wówczas pod wpływem alkoholu lub środka odurzającego lub substancji psychotropowej. Okoliczność ta ma jednak znaczenie przy wymiarze kary lub zastosowaniu środka zabezpieczającego wobec takiej osoby.

Należy również zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 62 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej: ustawa)², kto posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega odpowiedzialności karnej. Zasadniczo przepisy przewidują karę pozbawienia

wolności do lat 3. Jeżeli mamy do czynienia ze znaczną ilością środków odurzających lub substancji psychotropowych, wówczas sprawca podlega wyższej karze, tj. karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. W sytuacji mniejszej wagi sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku³.

W niniejszym artykule zostaną przedstawione sytuacje, w których sąd rozpoznający sprawę karną orzeka lub może orzec obowiązek poddania się przez oskarżonego ambulatoryjnemu leczeniu uzależnień.

Warunki orzeczenia obowiązku poddania się ambulatoryjnemu leczeniu uzależnień

Jak już wspomniano, zdarzają się sytuacje, w których sprawca czynu zabronionego popełnia przestępstwo w stanie nietrzeźwości lub po wpływie środka odurzającego lub psychoaktywnego. Podkreślić należy, że warunkiem orzeczenia obowiązku poddania się przez oskarżonego ambulatoryjnemu leczeniu uzależnień jest ustalenie w toku postępowania karnego, że oskarżony jest osobą uzależnioną od alkoholu lub środków odurzających lub substancji psychoaktywnych. Do poczynienia takich ustaleń niezbędne jest posiadanie wiadomości specjalnych, czyli okoliczności przekraczających poziom wiedzy człowieka wykształconego o odpowiednim doświadczeniu życiowym. Warto podkreślić, że sąd takimi wiadomościami specjalnymi co do zasady nie dysponuje, dlatego w przepisach prawa została wprowadzona instytucja biegłego. Zgodnie z treścią art. 193 § 1 k.p.k., jeżeli stwierdzenie okoliczności mających

istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych. W orzecznictwie podkreślono, jeśli zachodzą te okoliczności (okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy), wówczas powołanie biegłego jest obowiązkiem sądu, nawet gdy sąd dysponuje wiedzą specjalną⁴. Żeby lepiej zobrazować wymóg posiadania wiadomości specjalnych, odwołam się do przestępstwa spowodowania wypadku drogowego, o którym mowa w art. 177 § 1 k.k. – odpowiedzialność karną ponosi ten kto, naruszając, chociażby nieumyślnie, zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, powoduje nieumyślnie wypadek, w którym inna osoba odniosła obrażenia ciała określone w art. 157 § 1 k.k. Zatem do wiadomości specjalnych można zaliczyć m.in. charakter i stopień uszkodzenia ciała; określenie stanu technicznego pojazdu; ocena kwalifikacji kierowcy i wyboru przezeń najbardziej odpowiedniego manewru⁵. W przypadku innych przestępstw rolę biegłego może być ocena psychologiczna silnego wzburzenia usprawiedliwionego okolicznościami⁶.

Szczególnym rodzajem opinii biegłego jest opinia sądowo-psychiatryczna, sądowo-psychologiczna oraz opinia sądowo-psychiatryczno-psychologiczna. Stosownie do treści art. 202 § 1 k.p.k. w celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Przepis art. 202 § 2 k.p.k. stanowi natomiast, że na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności. Opinia biegłych powinna zawierać stwierdzenia dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego, a zwłaszcza wskazanie, czy stan ten pozwala oskarżonemu na udział w postępowaniu i na prowadzenie obrony w sposób samodzielny i rozsądny, a w razie potrzeby także stwierdzenia co do okoliczności wymienionych w art. 93b Kodeksu karnego⁷.

Dopuszczając dowód z opinii biegłych psychiatrów oraz psychologa, prokurator lub sąd zwraca się do biegłych o wypowiedzenie się w trzech zasadniczych kwestiach:

- Czy poczytalność oskarżonego, w chwili zarzucanego mu czynu budzi czy też nie budzi wątpliwości, a w szczególności czy u oskarżonego występuje choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych, z powodu których

nie mógł w chwili czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem lub które ograniczałyby w znacznym stopniu jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem (art. 31 k.k.)?

- Czy poczytalność oskarżonego w chwili obecnej budzi czy też nie budzi wątpliwości (w przypadku, jeżeli poczytalność budzi wątpliwości – czy jest ograniczona i w jakim stopniu)?
- Czy stan zdrowia psychicznego oskarżonego pozwala mu na prowadzenie obrony w sposób samodzielny i rozsądny?

Udzielając odpowiedzi na powyższe pytania, biegli mogą m.in. wskazać, że poczytalność oskarżonego nie budzi wątpliwości, jednakże z uwagi na rozpoznane uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających zalecane jest podjęcie przez oskarżonego terapii uzależnień w warunkach ambulatoryjnych. Wówczas **sąd może orzec taki środek jako jeden z elementów wymiaru kary**.

Jeżeli jednak biegli uznają, że oskarżony nie mógł w chwili czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem w stopniu znacznym, to wówczas terapia uzależnień może zostać orzeczona jako środek zabezpieczający, o czym będzie mowa bardziej szczegółowo w dalszej części opracowania.

Ambulatoryjne leczenie uzależnień jako obowiązek orzekany wobec oskarżonego, w stosunku do którego zawieszono wykonanie kary pozbawienia wolności

Zgodnie z treścią art. 69 § 1 i 2 k.k. sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym roku, jeżeli sprawca w czasie popełnienia przestępstwa nie był skazany na karę pozbawienia wolności i jest to wystarczające dla osiągnięcia wobec niego celów kary, a w szczególności zapobieżenia powrotowi do przestępstwa. Zawieszając wykonanie kary, sąd bierze pod uwagę przede wszystkim postawę sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste, dotychczasowy sposób życia oraz zachowanie się po popełnieniu przestępstwa. Stosownie do treści art. 70 § 1 k.k., zawieszenie wykonania kary następuje na okres próby, który wynosi od roku do 3 lat i biegnie od uprawomocnienia się wyroku. W wypadku zawieszenia wykonania kary wobec sprawcy młodocianego oraz

sprawcy, który popełnił przestępstwo z użyciem przemocy na szkodę osoby wspólnie zamieszkującej, okres próby wynosi od 2 do 5 lat. Zawieszając wykonanie kary, sąd zobowiązuje, a jeżeli orzeka środek karny, może zobowiązać skazanego m.in. do poddania się terapii uzależnień (art. 72 § 1 pkt 6 k.k.). Warunkiem orzeczenia zobowiązania do poddania się terapii uzależnień, to jest obowiązku przewidzianego w art. 72 § 1 pkt 6 k.k., jest zgoda skazanego na tego typu terapię (art. 74 § 1 k.k.)⁸. Przepis art. 74 § 1 k.k. przewiduje bowiem, iż czas i sposób wykonania nałożonych obowiązków, wymienionych w art. 72 k.k. sąd określa po wysłuchaniu skazanego, nałożenie zaś obowiązku wymienionego w art. 72 § 1 pkt 6 k.k. wymaga nadto jego zgody. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego zgoda może też być wyrażona w piśmie procesowym złożonym przez oskarżonego lub jego obrońcę⁹.

Ambulatoryjne leczenie uzależnień jako środek zabezpieczający

Zgodnie z treścią art. 93c k.k. środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy:

1. co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.;
2. w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k.;
3. w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, 3 lub 4, popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych;
4. w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia;
5. w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Instytucja środków zabezpieczających została wprowadzona do polskiego ustawodawstwa karnego przez kodeks

karny z 1932 roku. Od tego czasu kształt omawianej instytucji uległ istotnym zmianom.

Stosownie do treści art. 93b § 1 i 3 k.k. sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Zatem środki zabezpieczające, obok kar i środków karnych, stanowią instytucję prawa karnego stosowaną wobec sprawców czynów zabronionych. Z uwagi na fakt, że kodeks karny nie wprowadza definicji legalnej tego pojęcia, należy odwołać się do literatury przedmiotu. Jej analiza pozwala przyjąć, że „środki zabezpieczające” rozumiane są głównie jako środki ochrony społeczeństwa przed sprawcami niebezpiecznymi w związku z możliwością ponownego popełnienia przez nich przestępstwa¹⁰. Służą one zabezpieczeniu społeczeństwa przed zagrożeniem porządku prawnego, powodowanym przez sprawcę¹¹. Akcent położony jest na społeczne niebezpieczeństwo sprawcy, a nie popełniony przez niego czyn.

Środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego (przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego lub zagrożonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia), który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględniać potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Warto zwrócić uwagę, że sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe. Przepis art. 93d § 1 k.k. stanowi, że czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry, co oznacza, że okres stosowania środka zabezpieczającego w postaci terapii uzależnień jest uzależniony od postępów w terapii. Zgodnie natomiast z treścią art. 93b § 2 k.k. sąd uchyła środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne. Przepis art. 93f § 2 k.k. nakłada na osobę, wobec której zastosowano środek zabezpieczający w postaci terapii uzależnień obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce leczenia

odwykowego w terminach wyznaczonych przez lekarza i poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Z treści przepisów wynika, że terapię uzależnień prowadzi lekarz, a sąd nie decyduje o sposobie prowadzenia terapii. Wybór metody terapii uzależnień następuje wedle swobodnego uznania osoby, która ją prowadzi w oparciu o stan zdrowia i wiedzę medyczną. Zgodnie z treścią art. 201 § 2b k.k.w. w wypadku skierowania sprawcy na terapię lub terapię uzależnień sąd przesyła odpis orzeczenia kierownikowi podmiotu leczniczego. Terapia uzależnień wykonywana jest w podmiotach leczniczych, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień (placówki leczenia odwykowego) i jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych. Zgodnie z treścią art. 201 § 5 pkt 2 k.k.w. wykazy podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii uzależnień w zakresie działalności stacjonarnej wobec sprawców określonych w art. 93c k.k. są ogłaszane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze obwieszczenia publikowanego w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”.

Przepisy regulujące stosowanie środków zabezpieczających, nie wymagają uzyskania zgody sprawcy na poddanie się leczeniu odwykowemu. Jak jednak słusznie wskazuje się w doktrynie, bez zgody sprawcy i chęci współpracy z personelem medycznym czy terapeutami nie jest możliwe uzyskanie pozytywnego rezultatu. Dlatego okolicznością, którą sąd powinien brać pod uwagę przy orzekaniu tego środka zabezpieczającego, jest ustalenie, czy leczenie odwykowe rokuje jakiegokolwiek powodzenie i czy sprawca wykazuje wolę leczenia się¹². Podjęcie przez sąd decyzji w przedmiocie orzeczenia wobec sprawcy terapii lub terapii uzależnień wymaga zbadania okoliczności danej sprawy oraz jak już wspomniano wiadomości specjalnych. W tym celu sąd zasięga opinii biegłych, co ma pozwolić na zastosowanie odpowiednich środków względem sprawy. Stosownie do treści art. 354a § 1 k.p.k. przed orzeczeniem środka zabezpieczającego, w tym poddania sprawcy terapii uzależnień, sąd wysłuchuje:

1. biegłego psychologa;
2. w sprawach osób niepełnosprawnych, o ograniczonej pełnosprawności lub z zaburzeniami osobowości albo gdy sąd uzna to za wskazane – biegłych lekarzy psychiatrów;

3. w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – biegłych wskazanych w pkt 1 i 2 oraz biegłego lekarza seksuologa lub biegłego psychologa seksuologa.

W sprawach osób uzależnionych można również wysłuchać biegłego w przedmiocie uzależnienia (np. od alkoholu czy środków odurzających).

Przepis art. 354a § 2 k.p.k. stanowi, że jeżeli sprawca, wobec którego istnieją podstawy do orzeczenia terapii lub terapii uzależnień, wyraża zgodę na taką terapię lub terapię uzależnień, nie ma konieczności wysłuchania biegłego psychologa, lekarzy psychiatrów lub biegłego w przedmiocie uzależnienia. Sąd może jednak, jeżeli uzna to za wskazane, wysłuchać jednego lub więcej biegłych wskazanych w tym przepisie. Należy w tym kontekście podkreślić, że sąd, podejmując decyzję w tym zakresie, kieruje się okolicznościami danej sprawy.

W orzecznictwie podkreśla się, że dla zastosowania środka zabezpieczającego konieczne jest zatem nie tylko wykazanie, że sprawca jest uzależniony od tych środków (alkoholu, narkotyków), ale przede wszystkim wystąpienie związku między jego uzależnieniem a popełnieniem czynu zabronionego. Sąd powinien zatem przed wydaniem rozstrzygnięcia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wysłuchać psychologa, względnie lekarzy psychiatrów. Nie jest wystarczające w tej materii złożenie wyłącznie na piśmie opinii przez biegłych, którzy powinni złożyć także opinię ustną przed sądem. Zaniechanie uzupełniającego, ustnego przesłuchania biegłych w sytuacji, gdy wskazani biegli złożyli znacząco różniące się między sobą wnioski dotyczące samego uzależnienia np. od alkoholu czy środków psychoaktywnych oskarżonego, a także wskazań co jego ewentualnej terapii, stanowi uchybienie, a tym samym rzutuje na wydane rozstrzygnięcie o poddaniu oskarżonego terapii w placówce leczenia odwykowego. W ocenie Sądu Najwyższego odstępianie od obowiązku wysłuchania biegłych możliwe jest wyłącznie wtedy, gdy sprawca, co do którego istnieją podstawy do orzeczenia terapii lub terapii uzależnień, wyraża na to zgodę¹³. W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy wskazał, że skoro sąd rozpoznający sprawę dostrzegał potrzebę orzeczenia wobec oskarżonego środków zabezpieczających, to brak było podstaw do orzeczenia wyrokiem nakazowym wydanym na posiedzeniu bez udziału stron środków zabezpieczających w postaci terapii oraz terapii uzależnień¹⁴. W konsekwencji doszło bowiem do naruszenia

art. 354a § 1 i 2 k.p.k. z powodu orzeczenia środków zabezpieczających bez wysłuchania biegłego psychologa i biegłych psychiatrów, jak i bez uzyskania od oskarżonej zgody na zastosowanie wspomnianych środków¹⁵.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii

Analizując tematykę środków zabezpieczających, warto zwrócić uwagę, że szczególne rozwiązania prawne przewidziane zostały w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Zgodnie bowiem z treścią art. 74 ww. ustawy w zakresie uregulowanym w rozdziale 7 nie stosuje się środków zabezpieczających określonych w art. 93a § 1 pkt 1-3 Kodeksu karnego (czyli: elektronicznej kontroli miejsca pobytu, terapii oraz terapii uzależnień) w odniesieniu do sprawców, o których mowa w art. 93c pkt 5 Kodeksu karnego, tj. w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Zgodnie z treścią **art. 70a ustawy**, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych. Zebranie informacji, o których mowa powyżej należy do kompetencji osób, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień.

Przepis **art. 71 ustawy** stanowi natomiast, że w razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Ponadto sąd może zarządzić wykonanie zawieszony kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od obowiązku, o którym mowa powyżej, albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany. W razie skazania osoby uzależnionej na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia

jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim podmiocie leczniczym. Czasu pobytu w podmiocie leczniczym nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata. O zwolnieniu z podmiotu leczniczego rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu podmiotu leczniczego, zwolnienie może nastąpić także na wniosek podmiotu leczniczego. Warto wyjaśnić, że sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych zawiera szczegółowe informacje w tym zakresie¹⁶ (dalej: rozporządzenie). Leczenie lub rehabilitacja osób uzależnionych, skazanych za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, mogą być prowadzone w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym. Zgodnie z treścią § 7 rozporządzenia, jeżeli osoba uzależniona uchyła się od obowiązku leczenia lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, kierownik zakładu wypisuje skazanego z zakładu, o czym zawiadamia niezwłocznie sąd oraz osoby, instytucję lub stowarzyszenie, pod których dozór został oddany skazany.

W trakcie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych kierownik zakładu:

1. zawiadamia sąd oraz osobę, instytucję lub stowarzyszenie, pod których dozór oddany został skazany, o podjęciu leczenia lub rehabilitacji;
2. zwraca się do sądu o nadesłanie materiałów z akt sprawy, niezbędnych do prowadzenia leczenia lub rehabilitacji, obejmujących odpisy orzeczeń, opinii lekarskich oraz psychologicznych;
3. informuje sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, o postępach w leczeniu lub rehabilitacji, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych;
4. informuje sąd, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, o przebiegu współpracy z osobą, instytucją lub stowarzyszeniem, pod których dozór sąd oddał skazanego;

5. zawiadamia sąd oraz osobę, instytucję lub stowarzyszenie, pod których dozór został oddany skazany, o każdym przeniesieniu skazanego do innego zakładu;
6. przekazuje sądowi oraz osobie, instytucji lub stowarzyszeniu, pod których dozór został oddany skazany, informację o zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, a sądowi dodatkowo opinię o wynikach leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

Zawieszenie postępowania do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym

Polskie przepisy prawa zawierają regulacje, które mogą niejako zachęcić sprawcę do podjęcia leczenia. Przykładem jest art. 72 ustawy, który stanowi, że jeżeli osoba uzależniona lub używająca szkodliwie substancji psychoaktywnej, której zarzucono popełnienie przestępstwa pozostającego w związku z używaniem środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 5 lat, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym prowadzonym przez podmiot leczniczy lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. W tym przypadku warunkowe umorzenie postępowania można także zastosować wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Zastosowaniu warunkowego umorzenia postępowania nie stoi na przeszkodzie uprzednia karalność sprawcy. Przepisy te stosuje się odpowiednio w postępowaniu sądowym do chwili zamknięcia przewodu sądowego.

Przerwa w wykonywaniu kary w celu podjęcia leczenia lub rehabilitacji

Kolejnym przykładem zachęty do podjęcia leczenia jest art. 73a ustawy, który przewiduje możliwość przerwy

w wykonywaniu kary. Jeżeli przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze, skazanemu uzależnionemu od środków odurzających, substancji psychotropowych lub nowych substancji psychoaktywnych, odbywającemu karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w związku z używaniem takich środków lub substancji można udzielić przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności, o której mowa w art. 153 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego, w celu podjęcia leczenia lub rehabilitacji. Udzielenie przerwy wymaga jednak spełnienia określonych prawem warunków.

Warunkiem udzielenia przerwy jest wykazanie przez skazanego, że ma zagwarantowane miejsce leczenia lub rehabilitacji w odpowiednim podmiocie leczniczym odpowiadającym jego potrzebom terapeutycznym. Sąd penitencjarny odmawia udzielenia przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w związku z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub nowych substancji psychoaktywnych, jeżeli skazany nie wyraził wcześniej zgody na objęcie go stosownym leczeniem lub rehabilitacją, o których mowa w art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego. Ponadto udzielenie przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności jest dopuszczalne, jeżeli skazanemu do końca odbycia kary pozbawienia wolności pozostało nie więcej niż 2 lata. Sąd penitencjarny, po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji i uwzględniając ich wyniki, zarządza dalsze wykonywanie kary pozbawienia wolności albo warunkowo zwalnia skazanego z odbycia reszty kary pozbawienia wolności, niezależnie od tego, czy są spełnione przesłanki, o których mowa w art. 78 Kodeksu karnego.

Podsumowanie

Bez wątpienia ocena prawna każdej sytuacji powinna być dokonywana indywidualnie na podstawie stanu faktycznego i zebranego materiału dowodowego. Celem niniejszego artykułu było przybliżenie tematyki ambulatoryjnego leczenia uzależnień jako reakcji sądu na przestępstwo. Dzięki analizie wielu przepisów prawa widoczna jest wielopłaszczyznowość opisywanego zagadnienia. A większa świadomość prawna umożliwiła lepsze zrozumienie meandrów prawa w omawianym zakresie.

Przypisy

- ¹ Zgodnie z art. 1 kodeksu karnego, odpowiedzialności karnej podlega ten tylko, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia. Nie stanowi przestępstwa czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma. Ponadto nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu.
- ² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2023 r. poz. 1939.
- ³ Szerzej na temat odpowiedzialności karnej z art. 62 ustawy w artykule K. Syroki-Marczewskiej, Narkotyki – odpowiedzialność karna, https://siu.praesterno.pl/arttykul/703#fnote_1
- ⁴ II KK 333/06, OSNwSK 2007, Nr 1, poz. 1070; wyr. SN z 14.11.2008 r., V KK 137/08, Biul. PK 2009, Nr 1, poz. 45.
- ⁵ P. Hofmański, KPK. Komentarz, t. 1, 2011, s. 1100-1104 i cyt. tam literatura.
- ⁶ Ibidem.
- ⁷ Zgodnie z treścią art. 93b kodeksu karnego sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Sąd uchyła środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne. Ponadto środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa

jego popełnienia, a także uwzględniać potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Sąd może zmienić orzeczoną wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczoną środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe.

- ⁸ Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 10 stycznia 2019 r., II KK 160/18, Legalis nr 1872506.
- ⁹ Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 7 września 2017 r., IV KK 270/17, Legalis nr 1675396.
- ¹⁰ Zob. między innymi K. Krajewski, Pojęcie i istota środków zabezpieczających [w:] System Prawa Karnego, t. 7. Środki zabezpieczające, red. L. Paprzycki, Warszawa 2012, s. 4 n.; S. Lelental [w:] H. Popławski, S. Lelental, Zarys prawa karnego wykonawczego, Gdańsk 1973, s. 149; S. Śliwiński, Prawo karne materialne. Część ogólna, Warszawa 1946, s. 431; M. Niewiadomska-Krawczyk, Ewolucja środków zabezpieczających w polskim prawie karnym, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego. Tom I, AUWr no 3897 Wrocław 2018.
- ¹¹ M.R. Tużnik, Lecznicze środki zabezpieczające w kodeksie karnym skarbowym, Ius Novum 2/2022
- ¹² R. A. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wyd. 7, 2025, Komentarz do art. 93f k.k.
- ¹³ Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 25 maja 2023 r., II KK 621/22, Legalis nr 2950427.
- ¹⁴ Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 22 czerwca 2023 r., IV KK 127/23, Legalis nr 2952788.
- ¹⁵ Ibidem.
- ¹⁶ Dz.U. 2006 nr 239 poz. 1738.

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) określane jest mianem „ukrytej niepełnosprawności” i dotyczy nie mniej niż 2% populacji polskich dzieci w wieku 7-9 lat. To zdecydowanie więcej niż spektrum autyzmu (1,5%) czy zespół Downa (0,1%).

SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH – SPOJRZENIE Z RÓŻNYCH PERSPEKTYW

Magdalena Borkowska

Psycholog. Punkt Diagnostyczno-Konsultacyjny FASada
Fundacji Rodzin Adopcyjnych w Warszawie

Co wiemy?

FASD można w stu procentach zapobiec poprzez zachowanie abstynencji w czasie ciąży. Częstotliwość alkoholu etylowego przedostają się przez łożysko bezpośrednio do płodu i w ciągu 1-2 godzin stężenie alkoholu we krwi dziecka jest takie samo jak we krwi kobiety. A dodatkowo alkohol pozostaje w krwiobiegu dziecka i wodach płodowych dłużej niż we krwi przyszłej mamy.

Nie ma takiego momentu w ciąży, który można byłoby określić jako bezpieczny dla spożycia napojów alkoholowych. W każdym z trymestrów może dojść do uszkodzeń wynikających z ekspozycji płodu na alkohol. Na ryzyko szkód związanych z prenatalną ekspozycją na alkohol (*prenatal alcohol exposure* – PAE)

wpływa wiele zmiennych, wśród nich wymienić należy: częstotliwość picia napojów alkoholowych przez kobietę w ciąży (np. codziennie, kilka razy w tygodniu czy w miesiącu), ilość spożywanego alkoholu przy jednej okazji (np. w ciągu dnia bądź zjawisko „binge drinking”, czyli wypicie 3-4 porcji standardowych alkoholu jedna po drugiej), moment ciąży (niezależnie od trymestru ciąży alkohol dociera do dziecka i przez cały jej okres uszkadza OUN – ośrodkowy układ nerwowy) oraz styl picia, a przede wszystkim jego zmiany w trakcie ciąży. Nie bez znaczenia pozostają także takie czynniki, jak między innymi stan organizmu przyszłej mamy (np. stan odżywienia, choroby przewlekłe), wpływ środowiska (choćby narażenie na stres) czy genetyka matki i dziecka.

Jakiej wiedzy dostarcza nam epigenetyka?

Choć to kobieta zachodzi w ciążę, za stan ten odpowiadają dwie strony (kobieta i mężczyzna), a tak ważny kontekst, jak odpowiedzialność wspólnego bycia w ciąży przekłada się na dobrobyt zdrowotny dziecka. Coraz więcej badań w tym kontekście podsuwa nam epigenetyka.

Epigenetyka jest nauką zajmującą się dziedzicznymi mechanizmami ekspresji genów, które nie są zależne od zmian w sekwencji DNA. Innymi słowy bada czynniki zewnętrzne, które mają wpływ na funkcjonowanie genów. Wśród czynników tych wymienia się między innymi narażenie na stres i dietę. I tu pojawia się ważny wątek znaczenia materiału genetycznego partnerów, przyszłych rodziców. Dieta mężczyzn również jest bardzo istotna; może zawierać mniejsze bądź większe ilości alkoholu, codzienne życie przysparza stresu, a spożywane posiłki pozostawiać wiele do życzenia – dlatego warto świadomie podejść do tematu macierzyństwa i tacierzyństwa. Planowanie ciąży to okres co najmniej trzech miesięcy przygotowywania organizmu poprzez badania czy zdrową dietę pozbawioną alkoholu i innych używek.

Jaka jest powszechność spożywania napojów alkoholowych w ciąży?

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie wraz z międzynarodowymi partnerami przeprowadził w Polsce przekrojowe badanie, którego wyniki opublikowane zostały w 2024 roku. Celem powyższego badania była ocena częstości i zmian w spożyciu alkoholu przez kobiety w ciąży. W badaniu wykorzystano dane dotyczące stężenia glukuronidu etylu (EtG) we włosach matek oraz samoocenę kobiet jako miary oceny spożycia alkoholu w trzech trymestrach ciąży. W badaniu wzięły udział kobiety po porodzie (N=50) i ich dzieci. Dane z ankiety obejmowały samooceny zachowań zdrowotnych i charakterystykę społeczno-demograficzną; dokumentację medyczną – informacje o przebiegu ciąży i stanie zdrowia noworodka.

Analiza EtG wykazała, że:

- 50,3% kobiet spożywało alkohol w dowolnym momencie ciąży, w tym 10% spożywało go w nadmiernych ilościach,
- większość uczestniczek utrzymywała ten sam poziom spożycia alkoholu przez całą ciążę,

- u 8,7% kobiet spożycie alkoholu zmniejszyło się,
- u 20,7% kobiet spożycie alkoholu zwiększyło się między I a II lub II a III trymestrem,
- spożywanie alkoholu w czasie ciąży nie było związane z cechami społeczno-demograficznymi, przebiegiem ciąży ani deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi,
- dzieci kobiet, które piły alkohol w czasie ciąży, były częściej małe w stosunku do wieku ciążowego niż dzieci abstynentek (iloraz szans [OR]=6,008), przy czym najwyższe ryzyko obserwowano w przypadku zwiększonego spożycia alkoholu (OR=12,348).

Co ważne, standardowy wywiad lekarski nie wykazał przypadków spożywania alkoholu w czasie ciąży.

Powyższe badanie wskazało na adekwatność i skuteczność wykorzystania biomarkera, jakim są matczyne włosy w wykrywaniu spożywania alkoholu w ciąży zarówno w poszczególnych trymestrach, jak i pełnych dziewięciu miesiącach ciąży. Ponadto alarmujące okazały się rozbieżności między informacjami pozyskanymi z rutynowych metod wywiadu z pacjentkami na temat spożywania przez nie alkoholu a wynikami otrzymanymi na podstawie analizy biomarkera. Wskazuje to na pilną potrzebę zmian w wywiadzie, a raczej rozmowie z pacjentką w powyższym kontekście. Równie ważne pozostają działania mające na celu wdrożenie skutecznych strategii profilaktycznych dotyczących spożycia alkoholu w ciąży w Polsce. Profilaktyka leży u podstaw ograniczania powszechności zjawiska spożywania alkoholu w ciąży – nieustannie.

Powołując się na przegląd badań dotyczących skuteczności działań profilaktycznych w zakresie tematyki FASD, szczególną uwagę zwrócono na poniższe kwestie:

- im bardziej zindywidualizowane i dostosowane programy interwencyjne, tym większa redukcja ryzyka *alcohol-exposed pregnancy* (AEP),
- nawet bardzo krótkie interwencje okazują się być skuteczne w zmniejszaniu ryzyka AEP (dialog motywujący przynosił najlepsze rezultaty w zmniejszaniu ryzykownych zachowań),
- techniki dialogu motywującego wykazały obiecujące wyniki w grupach ryzyka (wzrost poczucia własnej skuteczności i sprawczości), ponieważ jest to oparty na współpracy styl prowadzenia rozmowy, który służy wzmocnieniu danej osoby oraz jej własnej, wewnętrznej motywacji do zmiany, dialog koncentruje się na zasobach, a nie deficytach, jego nadrzędne metody pracy to partnerstwo, akceptacja, troska i przede

wszystkim motywowanie, a nie naprawianie (twarzymy, a nie zmieniamy na siłę).

Zaktualizowane polskie zalecenia diagnostyczne FASD

W 2025 roku opublikowano zaktualizowane wytyczne dla polskich specjalistów z zakresu FASD, które biorą pod uwagę pięcioletnie doświadczenia w realizacji różnych działań z obszaru FASD. W ramach postępowania diagnostycznego wyróżnione zostały poniższe etapy:

- *Ocena przesiewowa* (PAE; zaburzenia neurorozwojowe o nieznanej etiologii i/lub mały obwód głowy; ograniczenia wzrastania; charakterystyczne dla FAS cechy dysmorfii) zaangażowani na tym etapie specjaliści to: lekarze, pielęgniarki, położne w POZ, pracownicy oświaty, opiekunowie, rodzice, poradnie.
- *Diagnostyka specjalistyczna* (ma charakter interdyscyplinarny, obejmujący szczegółową ocenę lekarską, neuropsychologiczną, neurorozwojową, która może być uzupełniona innymi badaniami np. genetycznymi, neurologicznymi), cel to identyfikacja nieprawidłowości fizycznych, behawioralnych, adaptacyjnych.
- *Trzon Zespołu Diagnostycznego*: lekarz (ostateczne rozpoznanie i wnioski) i psycholog (ocena poznawcza i neuropsychologiczna).
- *Ocena funkcjonalna* (stanowi opis funkcjonowania pacjenta: zdolności poznawcze, emocjonalne, społeczne, ruchowe, jak i adaptacyjne) zaangażowani na tym etapie specjaliści to między innymi: logopedzi, pedagodzy, fizjoterapeuci.
- *Diagnostyka różnicowa* (za cel ma wykluczenie innych medycznych przyczyn cech i objawów, które mogą przypominać czy nakładać się na objawy FASD) np. zespoły genetyczne, niedożywienie, infekcje wrodzone. Diagnostyki różnicowej dokonują specjaliści specjalistycznych ośrodków współpracujących z zespołem interdyscyplinarnym FASD.
- *Ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol* – integralna część procesu diagnostycznego (w tym wywiad bezpośredni „CIOS”, analizy biomarkerów alkoholowych, wywiad pośredni, dokumentacja: medyczna, sądowa, przedstawicieli opieki społecznej).

Zaktualizowane zalecenia diagnostyczne FASD¹ zawierają niezbędne informacje dla wszystkich zaangażowanych w proces diagnostyczny specjalistów i zgodnie z założeniem powinny być narzędziem powszechnie stosowanym

przez zespoły diagnostyczne, tak aby diagnozy stawiane w każdej polskiej placówce były spójne, a pomoc adekwatna do potrzeb.

Jednym z załączników powyższego materiału jest wywiad z matką, który w obliczu przedstawionych w artykule wyników badania może być pomocnym narzędziem w rękach specjalistów.

Wsparcie środowiskowe dla dzieci i nastolatków z FASD

Zmiany strukturalne i funkcjonalne będące wynikiem PAE pozostają nieodwracalne, dlatego też tak istotne jest rozumienie ich podłoża, a nie stygmatyzacja i wiktymizacja osób z FASD. To dysfunkcje mózgu powodują przeszkody w codziennym funkcjonowaniu, a nie głupota, złośliwość, upór czy cokolwiek innego.

Prenatalna ekspozycja na alkohol wiąże się z zaburzeniami pierwotnymi, takimi jak: obniżone umiejętności intelektualne, zaburzenia funkcji wykonawczych, zaburzone funkcje pamięci i uwagi, obniżone umiejętności uczenia się, zaburzenia nastroju i zdolności regulacji zachowania, zaburzenia motoryki małej i dużej, trudności językowe, zaburzenia komunikacji i interakcji społecznych. Brak wczesnej adekwatnej diagnozy, niezrozumienie podłoża występujących trudności w efekcie przekłada się na zaburzenia wtórne, wśród których na różnych etapach rozwoju i życia wymienić można między innymi: częste infekcje, pozabezpieczny styl przywiązania, trudności w nawiązywaniu relacji z dorosłymi i dziećmi, trudności w sygnalizowaniu potrzeb, zaburzenia zachowania i konflikt z prawem, zaburzenia psychiczne.

Dostosowanie środowiska zarówno domowego, szkolnego, jak i przestrzeni społecznej poprzez zastosowanie odpowiednich dla wieku rozwojowego akomodacji środowiskowych jest niepodważalnym wyjściem na przeciw trudnościom, z jakimi często borykają się dzieci, nastolatki i dorośli z FASD.

Podsumowanie

U podstaw działań profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i pomocowych leży komunikacja. Odgrywa ona ogromną rolę w naszym codziennym życiu zawodowym, społecznym i osobistym. Poprzez komunikowanie się rozumiane jako dzielenie wiedzą, doświadczeniem, dobrymi praktykami mamy szansę na budowanie lepszej

i adekwatniejszej przestrzeni życia osób z FASD i ich bliskich. To właśnie jest nieustanna potrzeba w obszarze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych.

Przypisy

¹ Zalecenia diagnostyczne FASD 2025 znajdują się na stronie [www.ciazabezalkoholu.pl](https://ciazabezalkoholu.pl), pod poniższym linkiem: <https://ciazabezalkoholu.pl/wp-content/uploads/2025/09/nowe-kryteria-diagnostyczne.pdf>

Bibliografia

Cichoń-Chojnacka A., „FASD. Lepiej zrozumieć, żeby lepiej pomagać. Podręcznik dla pracowników socjalnych, asystentów rodziny i kuratorów”, Studio Profilaktyki Społecznej, 2024.

„Medycyna Praktyczna. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów”, *Pediatrica* Wydanie Specjalne 1/2025.

Okulicz-Kozaryn K. i in., „FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland”, *J Appl Res intellect Disabil*. 2017; 30(1):61-70.

Okulicz-Kozaryn K. i in., „The Prevalence and Changes in Alcohol Consumption across Three Trimesters of Pregnancy Assessed by Ethyl Glucuronide Concentration in Maternal Hair and Self-Reports: A Cross-Sectional Study”, *Eur Addict Res* (2024) 30 (6): 378–389.

Raja A.S. Mukherjee, Neil Aiton, „Prevention, Recognition and Management of Fetal Alcohol Spectrum Disorder”, Springer, 2021.

Tomanik M., „FASD wsparcie środowiskowe dla dzieci i nastolatków”, PZWL, 2025.

Europejska Agencja ds. Narkotyków z Lizbony (EUDA) opublikowała w tym roku Europejski Raport Narkotykowy (EDR). Przedstawia on sytuację dotyczącą substancji psychoaktywnych w Europie, wskazując na główne trendy, zagrożenia i rekomendacje. Raport został zaprezentowany 26 czerwca br. przez Klaudię Palczak z EUDA na spotkaniu ekspertów wojewódzkich i pełnomocników zorganizowanym przez Justynę Rozbicką-Stanisławską, ekspertkę z województwa pomorskiego, i Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

SYTUACJA DOTYCZĄCA NARKOTYKÓW W EUROPIE

Joanna Szmidt, Artur Malczewski
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

W 2025 roku rynek narkotykowy w Europie nadal wykazuje dużą odporność na czynniki zewnętrzne, takie jak kryzysy gospodarcze, konflikty geopolityczne czy zmiany prawne. Dostępność substancji psychoaktywnych – zarówno tych tradycyjnych, jak i nowych – pozostaje na bardzo wysokim poziomie. Obserwujemy dalszą profesjonalizację i globalizację rynku, a także rosnące wykorzystanie internetu, technologii i kanałów społecznościowych do sprzedaży i dystrybucji narkotyków. Uwagę ekspertów zwraca rosnąca liczba przypadków nielegalnego wprowadzania na rynek substancji syntetycznych, takich jak nitazeny – opioidy o mocy przekraczającej fentanyl – czy nowe półsyntetyczne kannabinoidy, które bardzo często pojawiają się na rynku bez odpowiedniego oznaczenia lub z nieprzewidywalnymi efektami zdrowotnymi.

Wysoka dostępność różnych substancji

W zakresie poszczególnych substancji raport wskazuje na utrzymującą się dominację konopi indyjskich, które nadal pozostają najczęściej używanym narkotykiem w Europie. Wzrasta jednak różnorodność ich form – od klasycznych suszy (marihuana) po oleje, ekstrakty i produkty spożywcze z wysokim stężeniem THC. Taka różnorodność zwiększa nie tylko atrakcyjność produktu, ale i ryzyko zdrowotne, zwłaszcza wśród młodych użytkowników. Z kolei kokaina, jako druga najczęściej stosowana substancja w UE, notuje rekordowe poziomy dostępności. W 2023 roku skonfiskowano łącznie 419 ton tej substancji, głównie w portach Belgii, Hiszpanii i Holandii. Jednocześnie rośnie liczba zgonów związanych

z jej używaniem – m.in. poprzez zatrucia, zaburzenia sercowo-naczyniowe i interakcje z innymi substancjami. Raport podkreśla również istotny wzrost liczby przypadków używania syntetycznych stymulantów, takich jak katynony i MDMA. W 2023 roku przejęto ponad 37 ton katynonów, w tym siedem nowych wariantów. To dynamicznie zmieniająca się grupa substancji, często produkowana w nielegalnych laboratoriach w Europie Środkowej i Wschodniej. Z kolei MDMA, mimo spadku popularności w czasie pandemii, odzyskuje miejsce wśród młodych dorosłych, zwłaszcza w kontekście imprezowym. Nowe substancje psychoaktywne (tzw. NPS) są coraz trudniejsze do monitorowania i kontroli. Do końca 2024 roku zidentyfikowano ich ponad 1000, z czego 47 zostało wykrytych po raz pierwszy w ciągu ostatniego roku. Największym wyzwaniem są syntetyczne kannabinoidy, które są silnie toksyczne i często powiązane z zatruciami zbio-

Opioidy

Nowe syntetyczne opioidy mają bardzo silne działanie, co oznacza, że niewielka ich ilość wystarczy do wyprodukowania wielu dawek na poziomie detalicznym i może stwarzać podwyższone ryzyko zatrucia zagrażającego życiu. Opioidy nitazenowe zostały niedawno wprowadzone na rynek nielegalnych środków odurzających w Europie i były jedynymi nowymi opioidami zgłoszonymi do unijnego systemu wczesnego ostrzegania w 2023 roku. Dostępność tych leków wzrasta, stwarzając większe ryzyko dla osób stosujących opioidy, ponieważ takie osoby mogą napotkać je w postaci mieszanek z innymi lekami, w postaci sprzedawanej w sposób wprowadzający w błąd lub w fałszywych lekach. W 2023 roku ilość wykrytego w Europie nitazenu w postaci proszku potroiła się. Zgłoszenia do unijnego systemu wczesnego ostrzegania wskazują na niedawny znaczny wzrost dostępności podrobionych leków zawierających opioidy nitazenowe w Europie, przy czym co najmniej 8 krajów skonfiskowało je w 2023 roku. Produkty te zazwyczaj

imitują legalne leki na receptę, w szczególności oksykodon i w mniejszym stopniu benzodiazepiny. Obawy budzi możliwość ich rozprzestrzeniania się poza użytkowników opioidów z grupy wysokiego ryzyka na szersze grupy ludności bez tolerancji na opioidy, w tym na osoby młode. W Irlandii w 2023 roku nitazeny były błędnie sprzedawane jako heroina, a w 2024 roku jako benzodiazepiny, co doprowadziło do niezamierzonej konsumpcji i wielu przypadków przedawkowania. W latach 2023 i 2024 w Niemczech, Francji, Szwecji i Norwegii odnotowano dużą liczbę zgonów i przypadków ostrej toksyczności związanych z nitazami. Ze zgłoszeń Estonii i Łotwy wynika, że w krajach tych nitazeny odpowiadają za znaczną część zgonów z przedawkowania. Istnieją obawy, że

opioidy nitazenowe, ze względu na dużą siłę działania i efekt nowości, mogą nie być rutynowo wykrywane w powszechnie stosowanych procedurach w ramach pośmiertnych badań toksykologicznych, co skutkuje niedoszacowaniem ich udziału w zgonach.

W 2024 roku Chiny rozszerzyły kontrolę nad opioidami nitazenowymi, obejmując nią obecnie 10 substancji. Może to spowodować odejście rynku od dominujących związków, takich jak metonitazen i protonitazen, na rzecz nowych pochodnych lub alternatywnych rodzin opioidów. Na przykład od połowy 2024 roku odnotowano niewielki, ale znaczący wzrost

wykrywalności substancji należących do rodziny benzimidazolowych „-orfin”, przy czym pięć krajów UE zgłosiło cychlorfinę, a dwa wykryły spirochlorfinę. Chociaż obecnie nie są dostępne żadne dane farmakologiczne dotyczące tych substancji, ich strukturalne podobieństwo do brorfiny, silnego opioidu, sugeruje, że głównym zagrożeniem dla zdrowia osób używających może być wystąpienie depresji oddechowej.

Politoksykomania

Politoksykomania wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia problemów zdrowotnych i społecznych. Termin ten odnosi się do używania dwóch lub większej liczby

Wstępne oszacowania wskazują, że w 2023 roku na terenie Unii Europejskiej doszło do blisko 7500 śmiertelnych zatruc narkotykami, co wskazuje na niewielki wzrost w stosunku do danych zebranych w roku 2022, kiedy stwierdzono 7145 takich przypadków. Wstępne wyliczenia skali śmiertelności oszacowano na prawie 25 zgonów na milion mieszkańców Unii Europejskiej w grupie wiekowej 15-64 lata.

substancji psychoaktywnych, legalnych lub nielegalnych, jednocześnie lub kolejno. Dane pochodzące z szeregu wskaźników, w tym z europejskiego badania internetowego na temat narkotyków z 2024 roku („European Web Survey on Drugs”) i analizy pozostałości strzykawek przeprowadzonej przez sieć ESCAPE, sugerują, że wśród osób używających środków odurzających, politoksykomania jest zjawiskiem powszechnym. Do wzrostu liczby zgłoszeń dotyczących politoksykomanii mogą przyczyniać się różnorodne czynniki, w tym rosnąca integracja rynków nowych substancji psychoaktywnych i nielegalnych środków odurzających. Przykłady obejmują konopie zmieszane z półsyntetycznymi kannabinoidami, substancje pobudzające zmieszane z syntetycznymi katynonami i ketaminą lub nowe syntetyczne opioidy zmieszane z heroiną lub benzodiazepinami bądź w oszukańczy sposób sprzedawane jako te substancje.

Niezależnie od tego, czy jest ono zamierzone, używanie narkotyków w połączeniu z innymi narkotykami lub substancjami, także w połączeniu z alkoholem, zwiększa ryzyko i utrudnia prowadzenie interwencji, w tym reagowanie na ostre zatrucia. Złożoność wzorców spożywania narkotyków znajduje odzwierciedlenie w fakcie, że większość przypadków śmiertelnego przedawkowania wiąże się z używaniem więcej niż jednej substancji – zazwyczaj opioidy są łączone z innymi środkami odurzającymi. W znacznej części przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym występują alkohol i benzodiazepiny. Zważywszy na rosnące wyzwania związane z politoksykomanią, EUDA pracuje nad usprawnieniem gromadzenia danych i monitorowania politoksykomanii, aby skuteczniej wspierać politykę i najlepsze praktyki w tej dziedzinie.

Przestępczość narkotykowa

Raport podkreśla, że równolegle z rosnącym zagrożeniem zdrowotnym i społecznym rośnie przestępczość związana z handlem narkotykami. Szczególnie widoczny jest wzrost przemocy i brutalnych porachunków między gangami, zwłaszcza w krajach będących głównymi punktami tranzytowymi. Francja, w odpowiedzi na ten trend, przyjęła nowe, restrykcyjne prawo przeciwko przestępczości narkotykowej, wzmacniając kompetencje prokuratorów i służb, a także uruchamiając mechanizmy szybkiego reagowania na poziomie lokalnym. W Europie narasta także problem rekrutacji młodzieży przez

organizacje przestępcze, nierzadko za pośrednictwem aplikacji społecznościowych.

Oprócz powszechnego dostępu do nielegalnych substancji w Europie, nielegalna produkcja narkotyków, handel nimi i ich dystrybucja prowadzą do zastraszania i przemocy, narażając na szwank europejskie bezpieczeństwo. Potencjalne zyski ze sprzedaży nielegalnych środków odurzających są atrakcyjne dla siatek przestępczych, co powoduje zacieklą rywalizację o kontrolę nad źródłami, szlakami i rynkami i może prowadzić do przemocy. Nasiliły się obawy dotyczące nie tylko korupcji pracowników w logistycznych łańcuchach dostaw lub prób destabilizacji instytucji przez infiltrację, lecz także zabójstw i wykorzystywania nieletnich, rekrutowanych przez siatki przestępcze, w różnych aspektach handlu narkotykami.

Podatni młodzi ludzie są namierzani osobiście i online i rekrutowani do pracy jako kurierzy narkotykowi, a w skrajnych przypadkach – do udziału w aktach przemocy i zabójstwach związanych z narkotykami. Ludzie mogą paść ofiarą zastraszania i przemocy związanej z narkotykami na różnych płaszczyznach, a celem ataków mogą być osoby i rodziny, które mają długi związane z narkotykami. Wraz z intensyfikacją działań organów ścigania w kluczowych ośrodkach transportowych siatki przestępcze wykorzystują liczne sposoby działania, aby przemieszczać przesyłki narkotyków, co stwarza ryzyko aktów zastraszania i przemocy w nowych miejscach, w których narkotyki są produkowane, przechowywane, przewożone lub sprzedawane.

EUDA zainicjowała nowy projekt mający na celu lepsze zrozumienie charakteru przemocy związanej z rynkiem narkotykowym w Europie, aby dostarczyć decydentom aktualne dostępne informacje na temat sposobów radzenia sobie z tym problemem. W ramach projektu, we współpracy z Komisją Europejską, EUDA zorganizowała pierwszą europejską konferencję na temat przemocy związanej z narkotykami, która odbyła się w listopadzie 2024 roku w Brukseli. Na konferencji poruszono różne aspekty przemocy związanej z narkotykami, równoważąc kwestie zdrowia i bezpieczeństwa oraz propagując bezpieczeństwo w społeczności i zdrowie publiczne. Wydarzenie to unaocniło potrzebę poprawy monitorowania i gromadzenia danych na szczeblu europejskim oraz ustanowienia regularnego forum wymiany pomysłów i najlepszych praktyk, aby wesprzeć oparte na dowodach kształtowanie polityki w tej dziedzinie.

W odpowiedzi na te zagrożenia, Europejska Agencja ds. Narkotyków (EUDA), która od lipca 2024 roku zastąpiła EMCDDA, została wyposażona w nowe uprawnienia i narzędzia. Należą do nich: zmodernizowany system wczesnego ostrzegania, możliwość szybkiej oceny ryzyka, sieć laboratoriów toksykologicznych oraz rozwój zdolności do monitorowania nowych zjawisk na rynku narkotykowym. EUDA rozwija także działania edukacyjne i profilaktyczne, takie jak inicjatywa „Safe Futures”, która ma przeciwdziałać werbowaniu młodych ludzi do

świata przestępczego. Projekt ten został zaprezentowany w czasie spotkania Roboczej Grupy ds. Narkotykowych w Brukseli w trakcie polskiej prezydencji. W podsumowaniu raport wskazuje, że polityka narkotykowa UE stoi obecnie przed jednym z największych wyzwań w swojej historii. Rynek staje się coraz bardziej zróżnicowany i nieprzewidywalny, a reakcje instytucjonalne muszą być elastyczne i innowacyjne. Aby skutecznie przeciwdziałać zagrożeniom, niezbędne są dalsze inwestycje w badania, współpracę transgraniczną,

Tabela 1. Liczba zgonów spowodowana używaniem substancji psychoaktywnych.

Państwo (rok pomiarowy)	Zgony spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	Zgony spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (przypadki na milion mieszkańców; osoby w wieku 15-64 lata)	Zgony spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (osoby w wieku 15-64 lata)
Austria (2023)	256	42	254
Belgia (2021)	193	25	182
Bułgaria (2023)	16	4	16
Chorwacja (2023)	93	38	92
Cypr (2023)	17	27	17
Czechy (2023)	75	10	69
Dania (2022)	212	47	175
Estonia (2023)	119	135	117
Finlandia (2023)	310	88	302
Francja (2022)	638	15	621
Grecja (2021)	249	35	239
Hiszpania (2022)	1266	38	1202
Holandia (2023)	338	26	300
Irlandia (2021)	286	82	271
Litwa (2023)	74	40	74
Luksemburg (2023)	9	20	9
Łotwa (2023)	154	130	154
Malta (2023)	18	46	17
Niemcy (2023)	1838	33	1796
Norwegia (2023)	363	94	333
Polska (2022)	337	10	252
Portugalia (2021)	81	11	73
Rumunia (2023)	25	2	25
Słowacja (2023)	38	10	37
Słowenia (2023)	86	59	80
Szwecja (2023)	474	63	415
Turecja (2023)	300	5	297
Węgry (2023)	30	5	30
Włochy (2023)	227	6	225
Unia Europejska	7459	24,7	7044
UE27, Turcja oraz Norwegia	8122	22,1	7674

Źródło: European Drug Agency, 2025.

rozwój profilaktyki i edukacji, a także poprawa dostępu do usług zdrowotnych w duchu solidarności i odpowiedzialności publicznej.

Tabela 2. Zakażenia HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach.

Państwo	Zakażenia HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach (przypadki na milion mieszkańców)	Zakażenia HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach (liczba przypadków)
Austria	2,5	23
Belgia	3,1	36
Bułgaria	3,7	24
Chorwacja	0,5	2
Cypr	6,5	6
Czechy	2,2	24
Dania	1,2	7
Estonia	2,9	4
Finlandia	4,1	23
Francja	1,3	88
Grecja	8,1	84
Hiszpania	1,1	55
Holandia	1,1	20
Irlandia	5,3	28
Litwa	15,4	44
Luksemburg	7,6	5
Łotwa	11,7	22
Malta	0	0
Niemcy	3,2	271
Norwegia	5,6	31
Polska	0,8	31
Portugalia	2,3	24
Rumunia	3	57
Słowacja	0,6	3
Słowenia	1,4	3
Szwecja	1,4	15
Turcja	0,2	21
Węgry	0,2	2
Włochy	1,3	79
Unia Europejska	2,2	980
UE27, Turcja oraz Norwegia	1,9	1032

Źródło: European Drug Agency, 2025; WHO Regional Office for Europe, "European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2024–2023 data".

Zgony spowodowane używaniem narkotyków

Liczba zgonów spowodowanych używaniem narkotyków pozostaje kluczowym elementem systemu monitorowania sytuacji epidemiologicznej w Europie umożliwiającym określenie oraz obserwację wpływu problemu narkotyków na zdrowie publiczne, a także oszacowanie skali śmiertelności wynikającej bezpośrednio z powodu używania substancji psychoaktywnych. Z danych raportowanych do EUDA wynika, że główną przyczyną występowania przedawkowań były substancje z grupy opioidów, a w szczególności opiaty używane w połączeniu z innymi środkami odurzającymi. Raport podkreśla znaczenie obserwowanych zmian we wzorcach używania wynikających z raportowanych danych. Heroina, która przed laty była głównym powodem przedawkowań w Europie, obecnie identyfikowana jest jako główny środek odpowiedzialny za śmiertelne przedawkowania jedynie w niektórych krajach, głównie Europy Zachodniej. W niektórych krajach obserwuje się wzrost znaczenia metadonu, buprenorfiny czy również syntetycznych opioidów w zgłaszanych przypadkach śmiertelnych przedawkowań.

Wstępne oszacowania wskazują, że w 2023 roku na terenie Unii Europejskiej doszło do blisko 7500 śmiertelnych zatrucia narkotykami, co wskazuje na niewielki wzrost w stosunku do danych zebranych w roku 2022, kiedy stwierdzono 7145 takich przypadków. Wstępne wyliczenia skali śmiertelności oszacowano na prawie 25 zgonów na milion mieszkańców Unii Europejskiej w grupie wiekowej 15–64 lata. Ze względu na różnice metodologiczne w sposobie zbierania i sprawozdawania danych oraz niedostępność najnowszych danych dla części państw, należy pamiętać, iż liczby te najprawdopodobniej przedstawiają jedynie minimalne wartości szacunkowe, co znacznie wpływa na precyzję, z jaką możliwe są krytyczne porównania między państwami członkowskimi. Mając na uwadze powyższe rozbieżności, szacunkowe dane wskazują, że najwyższe liczby wszystkich zgonów bezpośrednio spowodowanych przedawkowaniem narkotyków odnotowano w Niemczech (1838 zgonów w 2023 roku), Hiszpanii (1266 zgonów w 2023 roku) i Francji (638 zgonów w 2022 roku). Dysproporcje te względem reszty państw objętych sprawozdawczością utrzymują się nawet wtedy, gdy pod uwagę brane są wyłącznie przypadki przedawkowań wśród osób pomiędzy 15. a 64. rokiem życia. Średnią wszystkich zgonów w Europie oszacowano w przybliżeniu na 280, natomiast w 2022

roku w Polsce odnotowano 337 przypadków śmiertelnych przedawkowań, z czego 252 stanowiły zgony wśród osób z grupy wiekowej 15–64 lata. W perspektywie europejskiej jest to liczba porównywalna z liczbą zgonów zanotowaną w Holandii (338 zgonów w 2023 roku) i Norwegii (363 zgony w 2023 roku).

Obraz ten ulega jednak diametralnej zmianie w przypadku wskaźników na milion mieszkańców, które wskazały, iż relatywnie do wielkości populacji zgony spowodowane przez używanie narkotyków przyjmują najwyższe wartości w krajach bałtyckich: w Estonii – 135 zgonów na milion mieszkańców oraz na Łotwie – 130 zgonów na milion mieszkańców, a także w Norwegii – 94 zgony na milion mieszkańców, Finlandii – 88 zgonów na milion mieszkańców oraz w Irlandii – 82 zgony na milion mieszkańców. Najniższe wskaźniki odnotowano natomiast w Rumunii – 2 zgony na milion mieszkańców, Bułgarii – 4 zgony na milion mieszkańców, Turcji i na Węgrzech – 5 zgonów na milion mieszkańców oraz we Włoszech – 6 zgonów na milion mieszkańców. Biorąc pod uwagę Polskę i naszych sąsiadów, to w naszym kraju odnotowano najniższe wskaźniki razem z Czechami i Słowacją – 10 zgonów na milion mieszkańców, podczas gdy w Niemczech i na Litwie wartości te wyniosły odpowiednio 33 i 40.

Zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach

Iniekcijni użytkownicy narkotyków są jedną z grup najbardziej narażonych na zakażenia chorobami zakaźnymi, takimi jak wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) i C (HCV), a także na HIV w wyniku dzielenia się sprzętem używanym do iniekcji (np. igły, strzykawki). Wskaźnik zakażeń wśród osób używających narkotyków w iniekcjach jest kolejnym wskaźnikiem, który odgrywa kluczową rolę w systemie monitorowania epidemiologii uzależnień od narkotyków. Na potrzeby raportu

EUDA wykorzystano dane Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) nadesłane i opublikowane w raporcie „HIV/AIDS surveillance in Europe 2024–2023 data”. Dane z 2023 roku wskazują, że pomimo odnotowanego spadku łącznej liczby przypadków zakażeń HIV spowodowanych iniekcyjnym używaniem narkotyków (980 zakażeń) na terenie Unii Europejskiej wobec roku 2022 roku (1088 zakażeń), to wskaźnik liczby zakażeń na milion mieszkańców powrócił do stanu z roku 2019 (2,2 zakażeń na milion mieszkańców).

Wśród państw członkowskich Unii Europejskiej najwięcej przypadków zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków odnotowano w Niemczech (271 zakażeń), gdzie zgłoszono ponad trzykrotnie więcej zakażeń niż we Francji (88) czy

w Grecji, gdzie stwierdzono 84 takie przypadki. W dziewięciu państwach odnotowano mniej niż 10 zakażeń HIV – Dania (7), Cypr (6), Luksemburg (5), Estonia (4), Słowacja (3), Słowenia (3), Węgry (2), Chorwacja (2), a na Malcie nie stwierdzono żadnego przypadku takiego zakażenia. W Polsce odnotowano 31 zakażeń HIV w 2023 roku. I jest to podobna ilość, jak ta zgłoszona w roku 2022 – 30. W przypadku czterech państw wskaźnik liczby zakażeń HIV powiązanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków przypadających na milion mieszkańców przekroczył 5

(Irlandia – 5,3 zakażeń/milion mieszkańców; Cypr – 6,5 zakażeń/milion mieszkańców; Luksemburg – 7,6 zakażeń/milion mieszkańców; Grecja – 8,1 zakażeń/milion mieszkańców), natomiast w przypadku dwóch państw bałtyckich – Łotwy i Litwy – stwierdzono niepokojąco wysokie wskaźniki na poziomach przekraczających 10 zakażeń na milion mieszkańców – odpowiednio 11,7 i 15,4. Polska (0,8 zakażeń/milion mieszkańców) wraz ze Słowacją (0,6 zakażeń/milion mieszkańców), Chorwacją (0,5 zakażeń/milion mieszkańców), Węgrami (0,2 zakażeń/milion mieszkańców) oraz Maltą (0 zakażeń/milion mieszkańców) odnotowały najniższe wskaźniki zakażeń w Europie.

Nowe syntetyczne opioidy mają bardzo silne działanie, co oznacza, że niewielka ich ilość wystarczy do wyprodukowania wielu dawek na poziomie detalicznym i może stwarzać podwyższone ryzyko zatrucia zagrażającego życiu. Opioidy nitazenowe zostały niedawno wprowadzone na rynek nielegalnych środków odurzających w Europie i były jedynymi nowymi opioidami zgłoszonymi do unijnego systemu wczesnego ostrzeżenia w 2023 roku.

W 67% skontrolowanych ośrodkach pomocy społecznej nierzetelnie wykonywano część obowiązków wynikających z procedury „Niebieskie Karty”. NIK odnotowała opóźnienia w powoływaniu grup diagnostyczno-pomocowych, w skrajnych przypadkach zwlekano z tym nawet do 47 dni. Terminy posiedzeń tych grup wyznaczano z dużym opóźnieniem – bywało, że nawet 55 dni po otrzymaniu formularza „Niebieska Karta”. Często występowały również opóźnienia w przekazywaniu dokumentacji członkom zespołu interdyscyplinarnego lub grup, wówczas jeszcze roboczych.

SYSTEM W KRYZYSIE. DLACZEGO ZDANIEM NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI WCIĄŻ NIE PRZECIWDZIAŁAMY SKUTECZNIE PRZEMOCY DOMOWEJ¹

Sylwester Lewandowski

Przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Grudziądzu
Członek Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy przy KCPU

(Nie)przeciwdziałanie przemocy domowej² – pod takim tytułem na stronie NIK można odnaleźć relację z konferencji prasowej, podczas której omawiano wyniki kontroli przeprowadzonych w 2024 roku – doraźną, dotyczącą pomocy udzielanej osobom doznającym przemocy domowej w województwie wielkopolskim, oraz ogólnopolską, koordynowaną, dotyczącą przeciwdziałania przemocy domowej. Skontrolowano łącznie 32 podmioty, w tym Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Pomocy Społecznej oraz Komendy Powiatowe Policji. Prezes NIK tak podsumował swoje wystąpienie: *Z najnowszej kontroli wynika, że funkcjonujące obecnie rozwiązania nie są wystarczające do skutecznego i kompleksowego przeciwdziałania przemocy domowej. Zarówno policja, jak i instytucje pomocy społecznej nie w pełni wywiązują się ze swoich ustawowych obowiązków. Ten problem dotyczył aż 90% skontrolowanych jednostek realizujących zadania objęte badaniem. Żadna z nich nie opracowała narzędzi, procedur ani metod identyfikowania osób, szczególnie zagrożonych przemocą domową.*

Czy naprawdę jest aż tak źle? Czy istotnie „działania wobec ofiar i sprawców przemocy domowej były niewystarczające i nieskuteczne”³. Czy pomimo licznych kampanii społecznych, szkoleń, kolejnych nowelizacji ustaw doskonalących interwencje prawne, udzielana pomoc jest wciąż „spóźniona i istotnie ograniczona”⁴? Od ponad 30 lat jako policjant i kilkunastu jako członek

miejskiej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych pracuję w systemie przeciwdziałania przemocy, prowadząc wykłady i konsultacje; odwiedzam różne miejsca w Polsce, rozmawiam z dziesiątkami ludzi i naprawdę dostrzegam pozytywne zmiany w jakości pomocy i strukturach wsparcia. Jednak pomimo tych postępów, które zapewne nie tylko ja zauważam, Najwyższa Izba Kontroli ujawniła nadal liczne słabości systemu, z którymi nie można się nie zgodzić. Ale chcę podkreślić, zanim przybliżę wnioski z tej kontroli, że moim zdaniem, sytuacja i dostępność pomocy w skali kraju poprawia się, choć jak pokazała NIK, są wciąż znaczące deficyty. Sam dostrzegam słabsze strony w moim samorządzie. Lekarze i ci z POZ, i z SOR bardzo rzadko rozpoznają przemoc u swoich pacjentów, niektórzy policjanci mają wciąż niewystarczające umiejętności w zakresie rozmowy z osobami doznającymi przemocy, a część nauczycieli twierdzi, że prawo nie zezwala im na uruchomienie procedury, ponieważ jeśli osobami stosującymi przemoc wobec dziecka są rodzice, to zgodnie z rozporządzeniem w sprawie procedury „Niebieskie Karty” (NK) działania należy przeprowadzać w obecności innej osoby najbliższej lub pełnoletniej osoby wskazanej przez małoletniego. Niektórzy nauczyciele dowodzą, że nie mogą ustalić i skontaktować się z osobą najbliższą inną niż krzywdzący rodzice, a przecież może to być inna osoba pełnoletnia wskazana przez ucznia, np. nauczyciel, do którego dziecko ma zaufanie albo ktoś

z dalszej rodziny, kogo można zaprosić do szkoły. Po latach pracy i szkoleń w przeciwdziałaniu przemocy, widzę ludzi zmotywowanych i szukających rozwiązań, ale i takich, którzy uzasadniają bezczynność niewystarczająco precyzyjnym prawem lub procedurami. Jednak nawet najbardziej zmobilizowany człowiek pozostaje bezradny wobec zbyt małej liczby miejsc w rodzinach zastępczych czy wobec niewystarczających zasobów kadrowych wśród pracowników socjalnych, którzy nie są w stanie obsłużyć rodzin objętych procedurą NK. Presja jest ogromna, obciążenie pracą rośnie, co negatywnie wpływa na jakość pomocy.

Ale wróćmy do raportu NIK i jego najważniejszych ustaleń.

Brak zintegrowanego rejestru rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty”

W zasadzie wszystkie służby zajmujące się przemocą domową postulują potrzebę utworzenia scentralizowanego systemu, w którym ewidencjonowane byłyby wszystkie wszczęte przez różne podmioty procedury „Niebieskie Karty”. Wgląd do niego miałyby podmioty uprawnione do realizacji tej procedury. Taki rejestr ma szczególne znaczenie w sytuacji rodzin, które zmieniają miejsce zamieszkania. Byłby także pomocny do monitorowania sytuacji dzieci doznających przemocy. Obecnie informacje o realizowanych procedurach NK są gromadzone przez różne instytucje w odrębnych bazach, co nie daje kompleksowej i łatwo dostępnej wiedzy o danej rodzinie.

Za mało miejsc pomocy dla osób doznających przemocy i za mało programów dla osób stosujących przemoc

Bezpieczne miejsca schronienia stanowią istotny element systemu pomocy dla osób doznających przemocy domowej. Powinny być one dostępne zarówno na poziomie gminnym, jak i powiatowym – mogą to być m.in. gminne ośrodki wsparcia, powiatowe ośrodki interwencji kryzysowej czy specjalistyczne placówki pomocowe. Tymczasem jedynie w jednej z dziewięciu gmin, w których były kontrolowane OPS, działał ośrodek wsparcia. W efekcie osoby doznające przemocy były często kierowane do odległych ośrodków, poza

granice powiatu, co mogło zniechęcać je do skorzystania z oferowanej pomocy. Spośród różnych form poradnictwa specjalistycznego, takich jak pomoc psychologiczna, prawna czy rodzinna, jedynie poradnictwo socjalne było dostępne we wszystkich kontrolowanych ośrodkach pomocy społecznej – wynikało to z faktu, że świadczyli je zatrudnieni tam pracownicy socjalni. Dostęp do innych form wsparcia był ograniczony, a ośrodki często odsyłały osoby potrzebujące do zewnętrznych instytucji. Należy dostrzec, że korzystanie z pomocy specjalistycznej poza miejscem zamieszkania może stanowić poważną barierę dla wielu osób.

Również dostęp do programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc był ograniczony, podobnie jak do programów psychologiczno-terapeutycznych, które stanowią ich ważne uzupełnienie i pogłębienie tych pierwszych. Tylko w co trzecim powiecie każdego roku odbywała się jedna edycja programu korekcyjno-edukacyjnego dla osób stosujących przemoc, natomiast programy psychologiczno-terapeutyczne organizowano jeszcze rzadziej – w zaledwie co drugim powiecie przeprowadzono jedną lub dwie edycje w całym badanym okresie. Udział stosujących przemoc w tych programach był niewielki, a jeszcze mniej osób je kończyło. Przykładowo, spośród 167 osób, które rozpoczęły programy korekcyjno-edukacyjne, jedynie 77 program ten ukończyło. W przypadku programów psychologiczno-terapeutycznych rozpoczęło je 48 sprawców, a ukończyło tylko 35 osób. Jest to zapewne związane z brakiem motywacji do udziału w programach, ponieważ część osób nie dostrzega problemu w swoim zachowaniu i nie chce pracować nad zmianą. Dodatkowo trudno jest dotrzeć do sprawców, ponieważ unikają kontaktu z instytucjami, co utrudnia ich skierowanie do programów. Natomiast na pewno efektywność takich programów powinna być monitorowana i oceniana systematycznie oraz powinny być szerzej dostępne szkolenia i superwizje dla osób prowadzących takie zajęcia.

Nierzetelna realizacja procedury

Aż w 67% skontrolowanych ośrodkach pomocy społecznej nierzetelnie wykonywano część obowiązków wynikających z procedury „Niebieskie Karty”. NIK odnotowała opóźnienia w powoływaniu grup diagnostyczno-pomocowych, w skrajnych przypadkach

zwlekano z tym nawet do 47 dni. Terminy posiedzeń tych grup wyznaczano z dużym opóźnieniem – bywało, że nawet 55 dni po otrzymaniu formularza „Niebieska Karta”. Często występowały również opóźnienia w przekazywaniu dokumentacji członkom zespołu interdyscyplinarnego lub grup, wówczas jeszcze roboczych. Zdarzały się przypadki udziału w grupach osób, które nie zostały do tego powołane przez zespół interdyscyplinarny już po nowelizacji ustawy. Istotnym uchybieniem był brak przeprowadzonej przez grupy diagnozy sytuacji rodziny wymaganej rozporządzeniem w sprawie procedury „Niebieskie Karty”. Jest to kluczowa sprawa dla identyfikacji aktualnej sytuacji, potrzeb i zasobów danej rodziny i uruchomienia adekwatnego wsparcia.

Funkcjonariusze policji z kolei nie przeprowadzali wizyt kontrolnych u osób doznających przemocy domowej w wymaganych terminach – zarówno tych pierwszych, jak i kolejnych. Działania podejmowane przez nich były często niewłaściwie lub niekompletnie dokumentowane, co utrudniało szybkie uzyskanie rzetelnych i pełnych informacji na temat sytuacji danej rodziny oraz podejmowanych lub koniecznych wobec niej działań. Zdarzało się również, że nie przekazywali informacji o wszczęciu procedury „Niebieskie Karty” do właściwej komórki organizacyjnej policji, np. Zespołu ds. Profilaktyki Społecznej oraz Nieletnich i Patologii, albo nie potwierdzali tego w dokumentacji – mimo że w rodzinach objętych procedurą NK znajdowały się osoby niepełnoletnie. Generalnie we wszystkich kontrolowanych KPP stwierdzono nierzetelne dokumentowanie działań podejmowanych przez policjantów, co z kolei stanowi naruszenie przepisów rozporządzenia w sprawie procedury „Niebieskie Karty”.

Wiele osób stosujących przemoc domową nie było skutecznie izolowanych, co zagrażało bezpieczeństwu osób doznających przemocy. Jednocześnie oferta programów korekcyjno-edukacyjnych oraz psychologiczno-terapeutycznych dla stosujących przemoc była ograniczona i niewystarczająca. Zdarzał się brak systematycznego kontaktu z osobami doznającymi przemocy oraz nieprzekazywanie im informacji o dostępnych formach pomocy i sposobach ich uzyskania. Ponadto nie dokumentowano działań podejmowanych przez pracowników socjalnych. Tego rodzaju uchybienia znacząco osłabiały skuteczność podejmowanych interwencji i utrudniały szybkie reagowanie na kryzysowe

sytuacje zarówno osób doznających przemocy, jak i jej sprawców.

Policja nie we wszystkich przypadkach przemocy wszczyna procedurę, ale jednocześnie najczęściej to policjanci inicjują procedurę „Niebieskie Karty”

NIK stwierdziła, że policja, przeprowadzając interwencje domowe, nie zawsze wszczyna procedurę „Niebieskie Karty”, mimo że z opisu zdarzenia w notatnikach służbowych wynika że tak należało daną interwencję zakwalifikować. Użyte w ówczesnie obowiązujących wytycznych Komendanta Głównego Policji w sprawie sposobu postępowania podczas realizacji procedury NK sformułowanie „policjant wszczyna”, nie pozostawiało swobody decyzji, uznając, że jest to działanie obligatoryjne – w przypadku uzasadnionego podejrzenia należy obowiązkowo wszcząć procedurę. W co trzeciej skontrolowanej komendzie stwierdzono przypadki odstąpienia od wszczęcia tej procedury, mimo że sporządzone przez funkcjonariuszy policji w ich notatnikach służbowych opisy przebiegu interwencji wskazywały na zasadność jej wszczęcia. W zakresie niewszczyniania procedury istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi miastami od 5-7% wszystkich interwencji w Zakopanem do 60-70% w Pile. Moim zdaniem odzwierciedla to różnice w podejściu do przemocy domowej samych policjantów, a także ich przełożonych, którzy albo wykazują postawę proaktywną i mobilizują do działań w tym zakresie swoich podwładnych, albo traktują przemoc domową mniej poważnie niż inne przestępstwa i interwencje. Poniżej opis jednej z interwencji z notatnika służbowego, która nie zakończyła się wszczęciem procedury, a ewidentnie powinna.

(...) Zgłaszająca 14-latką, w tle słysząc straszne krzyki, ojciec zgłaszającej znęca się nad rodziną – krzyczy na rodzinę, popycha babcię, jest trzeźwy. Na miejscu trójka dzieci w wieku 14, 16 i 13 lat. Mężczyzna oddalił się przed przybyciem patrolu. Żona oświadczyła, że jej mąż nadużywa alkoholu i wszczyna awantury domowe, a dzisiaj doszło do kłótni małżeńskiej (...).

Z mojego doświadczenia, i potwierdza to raport NIK, policjanci są szkoleni głównie z procedur prawnych podczas swoich szkoleń wewnętrznych, a tymczasem w sytuacjach interwencyjnych dotyczących przemocy

domowej powinni dysponować również umiejętnościami tzw. miękkimi, psychologicznymi w zakresie rozmawiania z osobami doznającymi przemocy i motywowania ich do skorzystania z pomocy. Zdaniem NIK brak tego rodzaju kompetencji może powodować trudności w zebraniu pełniejszych informacji o sytuacji w danej rodzinie, dopytaniu o trudne zachowania i dalszej ocenie pod kątem zakwalifikowania danej interwencji jako przemocy domowej.

Za mała aktywność ochrony zdrowia w przeciwdziałaniu przemocy domowej

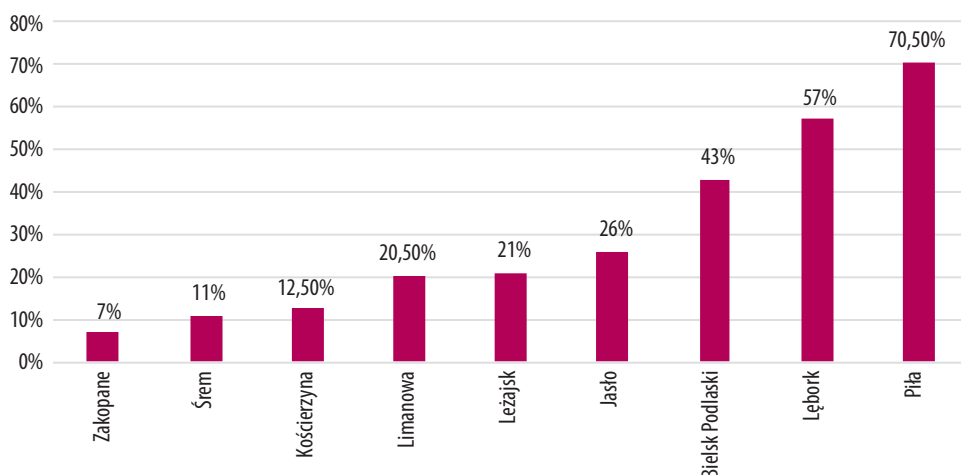
Cytując NIK, „szczególną uwagę zwraca niewielka liczba »Niebieskich Kart« zakładanych przez pracowników jednostek ochrony zdrowia, co może wskazywać na brak ich zaangażowania w rozpoznawanie przypadków przemocy domowej”. Na podstawie danych z komend powiatowych policji objętych kontrolą wynika, że spośród niemal 4,5 tys. NK wypełnionych z inicjatywy funkcjonariuszy, jedynie 20 zostało sporządzonych przez pracowników służby zdrowia. Jednocześnie wszyscy przedstawiciele skontrolowanych jednostek zaznaczali, że w przypadku małych dzieci, które nie uczęszczają jeszcze do szkoły, osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami, to właśnie personel medyczny często jest jedyną grupą, która ma możliwość zauważenia oznak przemocy domowej i ma obowiązek na nie reagować.

Brak współpracy z przedstawicielami ochrony zdrowia został wskazany przez kontrolowane podmioty jako jedna z barier w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. W odpowiedzi na problem niskiego zaangażowania ochrony zdrowia KCPU uruchomiło kolejną edycję kampanii „Lekarzu reaguj na przemoc”. Jej głównym celem jest zmotywowanie lekarzy do podejmowania tematu przemocy w czasie rozmów z pacjentami. Na przygotowanym dla nich portalu www.lekarzureaguj-naprzemoc.pl będą zamieszczone informacje dotyczące procedur prawnych, a także film instruktażowy pokazujący rozmowę lekarza z pacjentką doznającą przemocy i sposób uruchomienia procedury „Niebieskie Karty”.

Nierzetelna realizacja obowiązku opracowania gminnych programów przeciwdziałania przemocy

Aż w 57% skontrolowanych samorządach programy nie były opracowane w terminie umożliwiającym ich realizację bezpośrednio po zakończeniu okresu poprzednio obowiązujących uchwał, albo w ogóle nie zostały przyjęte. Ponad 65% z nich nie zawierało wskaźników realizacji zadań albo były one tak sformułowane, że nie można było dokonać ich pomiaru. Każde wpisane do programu działanie i każdy cel powinny mieć przypisany wskaźnik, czyli miarę, która pozwoli ocenić, czy cel został osiągnięty (wskaźniki osiągania celu) i czy zadanie zostało zrealizowane (wskaźniki realizacji zadania). Pomiar dokonywany przy pomocy wskaźników stanowi element

Wykres 1. Odsetek wszczętych „Niebieskich Kart” w stosunku do wszystkich interwencji domowych w 2023 roku.



Źródło: Raport NIK.

ewaluacji, ale wtedy musimy wyniki pomiaru porównać z danymi wyjściowymi. Przy budowie programów nie korzystano z zasady SMART, która pomaga definiować cele według zaleceń:

- Specific – Specyficzne, czyli konkretne,
- Measurable – Mierzalne,
- Acceptable – Akceptowalne,
- Realistic – Realistyczne,
- Timed – Terminowe, czyli do osiągnięcia w danym czasie.

Dodatkowo programy były formułowane w sposób bardzo ogólnikowy, w niektórych przypadkach nie było wiadomo, jakie działania dany samorząd będzie realizował.

Z raportu NIK o jednym z gminnych programów: (...) program identyfikował główne problemy związane z przeciwdziałaniem przemocy, miał jednakże charakter formalny i nie zamieszczono w nim postanowień wiążących go z uchwalanym corocznie budżetem (...). Tak przyjęty sposób zredagowania programu sprawiał m.in., że niemożliwe było ustalenie, jaki podmiot, w jakim zakresie i w jakim terminie miał podjąć konkretne działania i z jakiego źródła planowano je sfinansować.

Gminne programy profilaktyki tzw. alkoholowo-narkotykowe powinny wspierać system przeciwdziałania przemocy domowej

Nie jest to wprawdzie postulat NIK, ale warto przypomnieć, że jednym z zadań gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii jest ochrona rodzin przed przemocą i tym samym należy w ramach tych

programów oraz środków i z „korkowego”, i z tzw. małych wspierać lokalne systemy przeciwdziałania przemocy. Nie można wprawdzie przenieść tych środków na realizację gminnych programów przeciwdziałania przemocy oraz ochrony osób doznających przemocy domowej, ale bardzo dużo zadań z tego zakresu można realizować w ramach programów przeciwdziałania uzależnieniom. Należy do nich m.in. podnoszenie kompetencji przedstawicieli służb i instytucji, którzy w swojej pracy spotykają się ze zjawiskiem przemocy domowej

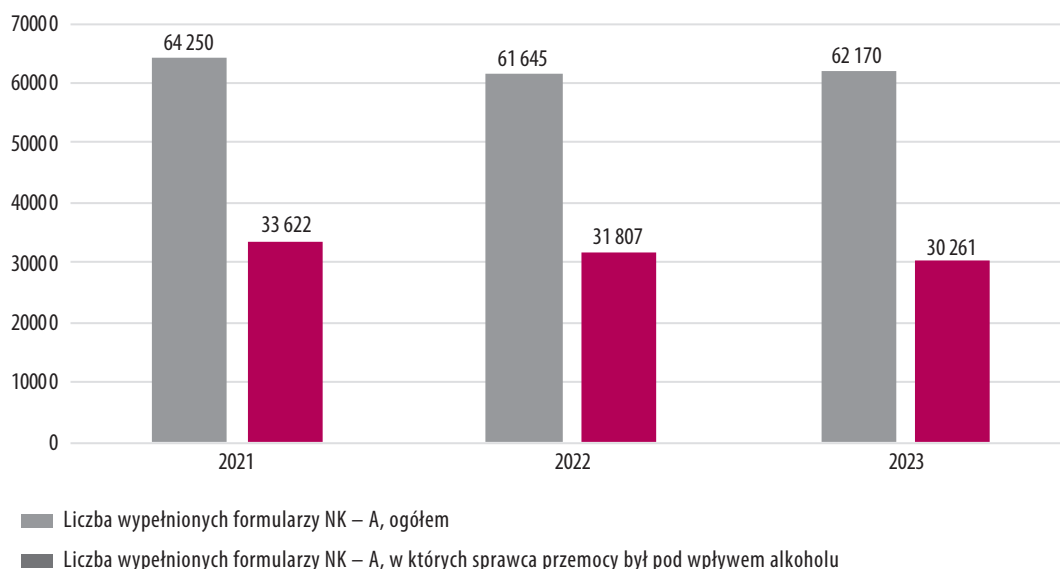
W co trzeciej skontrolowanej komendzie stwierdzono przypadki odstępiania od wszczęcia procedury NK, mimo że sporządzone przez funkcjonariuszy policji w ich notatnikach służbowych opisy przebiegu interwencji wskazywały na zasadność jej wszczęcia. W zakresie newszczynania procedury istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi miastami od 5-7% wszystkich interwencji w Zakopanem do 60-70% w Pile. Moim zdaniem odzwierciedla to różnice w podejściu do przemocy domowej samych policjantów, a także ich przełożonych, którzy albo wykazują postawę proaktywną i mobilizują do działań w tym zakresie swoich podwładnych, albo traktują przemoc domową mniej poważnie niż inne przestępstwa i interwencje.

poprzez system szkoleń, konferencji i superwizji, finansowanie miejsc pomocy, organizowanie lokalnych kampanii edukacyjnych, prowadzenie diagnoz i badań. Oczywiście, żeby doszło do takiej koordynacji zadań w programach „alkoholowo-narkotykowych” i „przemocowych” konieczna jest współpraca między urzędnikami, którzy je planują – należy po prostu spotkać się i ustalić, jakie zadania, gdzie mogą być wpisane i z czego finansowane. Zatem zachęcam czytelników do integracji i kooperacji w gronie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych z zespołami interdyscyplinarnymi, gdyż spora część obszarów zainteresowania tych gremiów pokrywa się ze sobą.

Alkohol nie jest przyczyną przemocy, ale ułatwia jej stosowanie

W różnych miejscach w raporcie można przeczytać, że przyczyną przemocy jest alkohol. W kontrolowanych komendach policji w od 42% do 82% wszczętych NK sprawcy przemocy byli pod wpływem alkoholu, jednak alkohol nie jest przyczyną przemocy, natomiast zwiększa ryzyko jej wystąpienia i ułatwia zachowania agresywne, oddziałując choćby na ośrodki mózgu, które są odpowiedzialne za kontrolę impulsów. Nie tylko przedstawiciele

Wykres 2. Liczba formularzy „Niebieska Karta A” ogółem i kart, w których osoba stosująca przemoc była pod wpływem alkoholu.



Źródło: www.statystyka.policja.pl.

różnych instytucji, ale także członkowie rodzin, w których występuje problem nadużywania czy uzależnienia, sami uważają alkohol za główną przyczynę przemocy. Mają przeświadczenie, że gdyby stosujący przemoc członek rodziny przestał pić alkohol, to zmieniłby swoje zachowanie. Jednak samo leczenie uzależnienia nie gwarantuje zaprzestania stosowania przemocy, a programy leczenia uzależnień nie są bezpośrednio nastawione na korektę zachowań agresywnych. Dla osób stosujących przemoc zostały opracowane programy korekcyjno-edukacyjne oraz psychologiczno-terapeutyczne i są one niezależne od oferty placówek leczenia uzależnień, aczkolwiek pożądanym jest, aby w sytuacji współwystępowania najpierw zająć się uzależnieniem, a dopiero potem kontynuować proces zmiany w programach dla osób stosujących przemoc. Niektóre wzorce związane z przemocą i uzależnieniami (nie tylko od alkoholu) wykazują duże podobieństwo. Zarówno osoby uzależnione, jak i stosujące przemoc często mają trudność z rozpoznawaniem i nazywaniem swoich emocji. Negatywne stany, takie jak smutek, lęk, poczucie bezradności czy rozczarowanie niemal odruchowo przekształcają w złość. Ta z kolei może przejawiać się w postaci agresji wobec bliskich lub jako silne pragnienie sięgnięcia po alkohol. Zarówno wybuch złości, jak i picie alkoholu przynoszą im chwilowe poczucie ulgi.

Choć tytuł notki prasowej na stronie NIK „(Nie) przeciwdziałanie przemocy domowej” przyciągnął moją uwagę, to się z nim nie zgadzam, ponieważ nie jest to prawda o systemie.

Moim zdaniem zdecydowanie bardziej oddającym aktualną sytuację tytułem byłoby „(NIE)wystarczające przeciwdziałanie przemocy”, zamiast kategorycznego twierdzenia, że system nie działa w ogóle. Działa, nie wszędzie jednakowo dobrze, nie wszędzie tylko źle i jednocześnie pewnie w każdym samorządzie gminnym wciąż znajdzie się coś do poprawienia. Na tym przecież polega budowanie systemu, tworzymy, sprawdzamy, czy działa – i poprawiamy, udoskonalamy, aby był sprawniejszy, skuteczniejszy. Ważne, aby się w tym procesie nie zatrzymywać.

Przypisy

- ¹ Przeciwdziałanie przemocy domowej. Informacja o wynikach kontroli. LPO.430.6.2024. Nr ewid. 101/2024/24/080/LPO.
- ² <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/przeciwdzialanie-przemocy-domowej-niebieskie-karty.html> (dostęp 9 czerwca 2025 roku).
- ³ Wypowiedź Karoliny Wirszyt-Sitkowskiej, dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu podczas konferencji prasowej.
- ⁴ Patrz przypis 2.

Zidentyfikowane bariery w realizacji zadań z obszaru przemocy domowej – według kierowników kontrolowanych jednostek oraz Komendantów Powiatowych Policji i Koordynatorów „Niebieskich Kart” :

1. **Brak współpracy z przedstawicielami ochrony zdrowia.**
2. **Brak jasnych regulacji prawnych dotyczących przewozu dzieci umieszczanych w pieczy zastępczej,** co powoduje trudności organizacyjne i formalne przy ich transporcie.
3. **Niewystarczająca liczba miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i rodzinnej pieczy zastępczej,** co znacząco utrudnia szybkie i bezpieczne zapewnienie opieki dzieciom w sytuacjach kryzysowych.
4. **Problemy z dostępnością transportu publicznego w miejscowościach oddalonych od siedzib powiatów,** co ogranicza możliwości uczestnictwa mieszkańców tych terenów w programach pomocowych.
5. **Przeciążenie obowiązkami pracowników socjalnych i asystentów rodzin,** przy jednoczesnym braku odpowiedniej liczby personelu w instytucjach zaangażowanych w działania na rzecz przeciwdziałania przemocy, co wpływa na skuteczność i jakość realizowanych zadań.
6. **Niedostateczne środki finansowe na wdrażanie odpowiednich form pomocy,** organizację szkoleń oraz rozwój kompetencji i kwalifikacji pracowników, co ogranicza skuteczność systemu wsparcia.
7. **Problemy z zapewnieniem wsparcia dla osób doświadczających przemocy, które chcą opuścić dotychczasowe miejsce zamieszkania,** w tym **brak dostępnych noclegów w granicach powiatu,** co utrudnia im podjęcie decyzji o odejściu i ogranicza skuteczność interwencji.
8. **Brak odpowiednich miejsc tymczasowego pobytu dla osób objętych nakazem natychmiastowego opuszczenia wspólnego mieszkania lub zakazem zbliżania się do niego,** co komplikuje egzekwowanie tych środków ochronnych.
9. **Brak systemowego rozwiązania umożliwiającego zapewnienie bezpiecznych i adekwatnych warunków dla dzieci odebranych opiekunom podczas interwencji kryzysowej,** spowodowany **niedoborem miejsc w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczo-wychowawczych.**
10. **Zbyt rygorystyczne przepisy dotyczące zachowania poufności przez członków Zespołu Interdyscyplinarnego,** które **ograniczają możliwość jawnej współpracy z osobami spoza zespołu,** nawet gdy jest to konieczne do skutecznej pomocy.

Dane europejskie i światowe pokazują, że globalna częstość palenia od wielu lat maleje. Był to powód, dla którego przemysł tytoniowy zaczął poszukiwać rozwiązań, mających zachęcić do konsumpcji, a w konsekwencji do uzależnienia od nikotyny nowych pokoleń i utrzymania najwyższego z możliwych poziomu sprzedaży swoich produktów, mimo rosnącej świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Polska, podobnie jak inne kraje świata, stanęła wobec nowych wyzwań zdrowotnych.

NOWE PRODUKTY NIKOTYNOWE, TO SAMO UZALEŻNIENIE – WSPÓŁCZESNE WYZWANIE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Kinga Janik-Koncewicz

Instytut-Europejskie Obserwatorium Nierówności Zdrowotnych, Uniwersytet Kaliski

Wprowadzenie

W ostatnich dekadach obserwujemy znaczące zmiany na rynku wyrobów nikotynowych. Postępująca technologia i niezwykle agresywne strategie marketingowe producentów tych wyrobów doprowadziły do popularyzacji nowych form używania nikotyny, w tym elektronicznych urządzeń do podawania nikotyny (ENDS – *electronic nicotine delivery systems*), podgrzewanego tytoniu (HTP – *heated tobacco products*) i woreczków nikotynowych. Choć produkty te często promowane są jako „mniej szkodliwe alternatywy” dla tradycyjnych papierosów, ich rzeczywisty wpływ na zdrowie, zwłaszcza młodych ludzi, jest coraz bardziej niepokojący. Przede wszystkim są to produkty, które powodują uzależnienie. W Polsce, podobnie jak na świecie, rośnie liczba użytkowników tych produktów, w tym dzieci i młodzieży. Zjawisko to stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, ponieważ nowe produkty nikotynowe często omijają istniejące regulacje prawne i są łatwo dostępne, również dla osób niepełnoletnich. Artykuł omawia obecną sytuację w Polsce oraz podejmuje próbę odpowiedzi na pytanie, dlaczego produkty nikotynowe stanowią szczególne wyzwanie dla zdrowia publicznego.

Tradycyjne palenie – tło i kontekst

Dla zrozumienia omawianego problemu, należy podkreślić, że to palenie tytoniu jest jedną z głównych możliwych do zapobiegania przyczyn chorób i przedwczesnych zgonów. Przede wszystkim tytoń zawiera

nikotynę, która jest silnie uzależniającą substancją. Ponadto dym tytoniowy zawiera ok. 7000 substancji chemicznych, z których ponad 70 ma udowodnione działanie rakotwórcze. Uzależnienie powoduje wydłużanie ekspozycji na szkodliwe związki zawarte w dymie tytoniowym, skutkiem czego zarówno czynne, jak i bierne wdychanie mieszaniny tych substancji istotnie zwiększa ryzyko wielu poważnych schorzeń. Wśród nich są m.in.: nowotwory (płuca, gardła, krtani, trzustki, pęcherza i inne), choroby układu oddechowego (POChP, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli), choroby serca i naczyń (zawał, udar, miażdżyca), schorzenia neurologiczne i zaburzenia psychiczne. Palenie w czasie ciąży szkodzi zarówno matce, jak i dziecku, zwiększa ryzyko poronień, powikłań okołoporodowych oraz zaburzeń rozwojowych. Niektóre choroby, jak rak płuca czy POChP, występują niemal wyłącznie u osób palących. Szacuje się, że osoby palące są aż 22 razy bardziej narażone na raka płuca niż osoby niepalące. Dorośli narażeni na dym tytoniowy mają o 25-30% wyższe ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że rocznie z powodu palenia tytoniu umiera na świecie ponad 8 mln osób [1]. O wadze wpływu palenia konwencjonalnych papierosów na zdrowie Polek i Polaków świadczy wielkość zjawiska szkód zdrowotnych, a dokładnie liczba zgonów związanych z paleniem, która w Polsce wynosi ok. 80 tys. rocznie [2].

Warto przypomnieć, że Polska była przykładem spektakularnego sukcesu w zakresie skutecznej prewencji pierwotnej, ukierunkowanej na ograniczenie negatywnych skutków palenia tytoniu. Działania te

doprowadziły do wyraźnego spadku umieralności na raka płuca. W latach 80. XX wieku konsumpcja tytoniu w Polsce osiągnęła najwyższy poziom w historii, co plasowało kraj w czołówce państw o najwyższym poziomie palenia na świecie. Jednak począwszy od lat 90., między innymi dzięki wdrożeniu kompleksowego programu przeciwdziałania zdrowotnym skutkom palenia tytoniu i ustawie sejmowej z 1995 roku [3], odnotowano znaczący i systematyczny spadek jego rozpowszechnienia. Polska stała się wówczas międzynarodowym wzorem skutecznej polityki antytytoniowej. W rezultacie sprzedaż papierosów zmniejszyła się z poziomu 100 mld sztuk w połowie lat 90. do 41 mld w 2015 roku. Średnie roczne spożycie papierosów na jedną osobę dorosłą spadło w tym okresie z około 2850 do poniżej 1300 sztuk, czyli o ponad 50%. Jednocześnie umieralność z powodu raka płuca wśród mężczyzn w wieku 20-64 lata zmniejszyła się z 62 do 38 przypadków na 100 tys. mieszkańców w latach 2001–2015. Niestety, od 2015 roku obserwuje się zahamowanie tych korzystnych trendów. Skuteczność działań w zakresie kontroli tytoniu wyraźnie osłabła, a sprzedaż papierosów zaczęła ponownie rosnąć [4]. Może to prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych i w dłuższej perspektywie odwrócić dotychczasowy spadkowy trend umieralności na raka płuca. W związku z tym palenie tradycyjnych papierosów stanowi najistotniejsze i aktualne wyzwanie dla zdrowia publicznego w Polsce.

Jednak dane europejskie i światowe pokazują, że globalna częstość palenia od wielu lat maleje [5]. Był to powód, dla którego przemysł zaczął poszukiwać rozwiązań, mających zachęcić do konsumpcji, a w konsekwencji do uzależnienia od nikotyny nowych pokoleń i utrzymania najwyższego z możliwych poziomu sprzedaży swoich produktów, mimo rosnącej świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Polska, podobnie jak inne kraje świata, stanęła wobec nowych wyzwań zdrowotnych.

Produkty nikotynowe stwarzające nowe wyzwania dla zdrowia publicznego

ENDS to urządzenia do wapowania, zaprojektowane do dostarczania nikotyny do organizmu człowieka metodą inhalacji. Są potocznie nazywane e-papierosami, co może wprowadzać w błąd, ponieważ nie ma w nich tytoniu i nie zachodzi proces spalania,

jak w papierosach tradycyjnych. Mogą wyglądem przypominać papierosy, cygara lub fajki, a niektóre przypominają długopisy lub komputerowe pamięci USB. Produkty te zazwyczaj wykorzystują płyny (zawierające nikotynę, ale także kompozycję substancji aromatyzujących, glikol propylenowy i inne składniki), które są podgrzewane i tworzą aerozol do inhalacji [6, 7]. Wbrew powszechnym mitom, aerozol z ENDS to nie jest tylko para wodna i nikotyna. Zawiera on także liczne szkodliwe substancje, takie jak formaldehyd, aceton, metale ciężkie (chrom, nikiel, mangan, aluminium, cynk, ołów) czy nitrozoaminy, a ich zawartość osiąga poziomy zagrażające zdrowiu [8, 9]. ENDS są silnie uzależniające. Zawarte w nich wysokie stężenia nikotyny mogą powodować szybkie i silne uzależnienie, szczególnie u młodych osób. Metaanaliza z 2025 roku wykazała, że uzależniające działanie ENDS jest podobne do działania papierosów tradycyjnych [10]. Należy jednak pamiętać, że wypalenie tradycyjnego papierosa trwa zazwyczaj kilka minut i w naturalny sposób ogranicza czas ekspozycji na nikotynę oraz inne substancje. W przypadku urządzeń do wapowania sytuacja wygląda inaczej. Mogą być one używane niemal bez przerwy, a pojedyncza „sesja” może trwać nawet godzinami. Brak wyraźnego początku i końca takiej konsumpcji sprawia, że użytkownik często przyjmuje większą dawkę nikotyny niż podczas tradycyjnego palenia. Na dodatek brakuje wystarczających badań długoterminowych, jednak istnieją już liczne doniesienia o negatywnym wpływie ENDS na układ oddechowy [11-13], układ krążenia [14-17] oraz zdrowie psychiczne szczególnie młodych użytkowników [18].

Badania potwierdzają, że substancje aromatyzujące są głównym powodem, dla którego młodzi ludzie próbują ENDS i innych produktów nikotynowych [19, 20]. Zdecydowana większość użytkowników ENDS, szczególnie wśród młodzieży, używa produktów aromatyzowanych [21, 22]. Ponadto substancje smakowo-zapachowe wpływają na długość i częstotliwość wapowania przez młodych ludzi. Badanie przeprowadzone przez Leventhal i in. [23] wykazało, że nastoletni użytkownicy ENDS o niestandardowych smakach (owocowe czy cukierkowe), częściej kontynuowali wapowanie i praktykowali większą liczbę zaciągnięć przy każdym użyciu ENDS po 6 miesiącach w porównaniu z osobami, które używały wyłącznie ENDS o smaku tytoniowym, miętowym, mentolowym lub bezsmakowym. Ponadto w badaniu

nastolatków w USA 70% uczestników stwierdziło, że rzuciłoby ENDS, gdyby produkty te były dostępne wyłącznie w smaku tytoniowym [24].

Dane z badań epidemiologicznych wskazują, że znacząca większość dorosłej populacji w Polsce nigdy nie korzystała z ENDS. W 2019 roku ENDS używało zaledwie 3% mężczyzn oraz 1% kobiet w wieku 20 lat i więcej. Wyniki badań przeprowadzonych przez Główny Inspektorat Sanitarny w latach 2013, 2015, 2017 i 2019 potwierdzają, że odsetek dorosłych użytkowników ENDS utrzymywał się na niskim i stosunkowo stabilnym poziomie, wynoszącym od 2% do 4%, bez istotnych zmian w analizowanym okresie [25]. Podobne tendencje obserwuje się również w danych z badań z kolejnych lat. Wyniki z 2022 roku wykazały, że 6% mężczyzn i 4% kobiet deklaroowało używanie ENDS, natomiast 3% mężczyzn i 5% kobiet korzystało z podgrzewaczy tytoniu [26].

Pomimo nieznaczącej skali zjawiska używania ENDS wśród dorosłych w Polsce (liczba dorosłych użytkowników ENDS szacuje się na ok. 700 tys., w porównaniu do ok. 7 mln osób palących tradycyjne papierosy), ich popularność pozostaje znacznie niższa niż wśród młodszych grup wiekowych. Wśród dzieci i młodzieży obserwuje się znacznie wyższy poziom używania ENDS, co budzi poważne obawy zdrowotne i społeczne. Zgodnie z wynikami badania GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) przeprowadzonego w Polsce w 2016 roku, aż 22% dziewcząt i 32% chłopców w wieku 11-17 lat deklaroowało, że używało ENDS co najmniej raz w ciągu ostatnich 30 dni [27]. Podobne rezultaty przyniosło badanie *PolNicoYouth Study* z 2020 roku, według którego aż 30% młodzieży w wieku 13-19 lat korzystało z ENDS przynajmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca [28]. Najbardziej niepokojące dane pochodzą jednak z najnowszego badania ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) z 2024 roku. Wynika z niego, że odsetek młodzieży używającej ENDS w okresie 30 dni przed badaniem był jeszcze wyższy: w grupie wiekowej 15-16 lat wyniósł 36% wśród chłopców i 38% wśród dziewcząt, natomiast w grupie 17-18 lat odsetki te wzrosły do 48% u chłopców i aż 54% u dziewcząt [29].

Należy podkreślić, że szczególną grupą produktów do wapowania są jednorazowe ENDS, obecne na polskim rynku od 2018 roku. Z uwagi na znaczący wzrost ich popularności, wydają się stwarzać szczególne ryzyko w Polsce. Atrakcyjna cena (poniżej 30 zł), duży wybór smaków (ponad kilkaset wariantów) oraz szeroka dostęp-

ność sprawiały, że produkty te są bardzo zachęcające dla dzieci i młodzieży. Według raportu Instytutu Prognoz i Analiz Rynku, jednorazowe ENDS były najszybciej rozwijającą się kategorią produktów nikotynowych na polskim rynku w latach 2022–2023. Według raportu realna sprzedaż jednorazowych, smakowych ENDS w 2022 roku wyniosła ok. 32,3 mln sztuk i wzrosła trzykrotnie do ok. 99,7 mln sztuk w 2023 roku [30].

Oprócz płynów z zawartością nikotyny, istnieją także płyny beznikotynowe, które można wapować. Są bardzo popularne wśród młodych ludzi. Brakuje badań na temat długotrwałych efektów używania tych produktów na zdrowie, ale już dziś pierwsze wyniki wskazują, że nie są one całkowicie bezpieczne. Mimo iż nie zawierają nikotyny, jednak ich używanie dostarcza różnych substancji toksycznych powstałych z podgrzewania m.in. różnorodnych substancji smakowo-zapachowym. Używanie takich produktów normalizuje inhalowanie substancji i przyczynia się do zwiększenia akceptacji społecznej dla używania nowych produktów nikotynowych i innych substancji psychoaktywnych. Poza tym ich używanie może prowadzić do uzależnienia behawioralnego, które w konsekwencji może ewoluować do używania produktów nikotynowych.

Podgrzewacze tytoniu (HTP) to kolejna forma nowoczesnych produktów nikotynowych. Są często przedstawiane jako „nowatorskie” i „bezpieczniejsze” od papierosów, ponieważ nie dochodzi w nich do spalania tytoniu, a jedynie podgrzewania, co ma zmniejszać emisję substancji toksycznych. Warto podkreślić, że HTP to wyroby tytoniowe. W wyniku podgrzewania kapsulek/wkładów ze specjalnie przygotowanym tytoniem, powstają toksyczne substancje podobne do tych zawartych w dymie papierosowym, tj. aceton, formaldehyd czy benzen. Podczas gdy ilość niektórych substancji w HTP jest rzeczywiście znacząco mniejsza niż w dymie z tradycyjnych papierosów, to niektóre z nich występują w porównywalnych stężeniach. Na przykład zawartość formaldehydu z podgrzewanego tytoniu stanowi 74%, a akroleiny 82% ilości zawartej w dymie papierosowym [31]. Ponad wszystko HTP, mimo iż znane są pojedyncze przykłady wyjścia z nałogu, na poziomie populacyjnym nie pomagają rzucić palenia, przeciwnie, podtrzymują uzależnienie dostarczając nikotynę do organizmu. Badania nad wpływem podgrzewanego tytoniu na zdrowie są niejednoznaczne, a większość badań jest sponsorowanych przez przemysł tytoniowy, stąd obarczone są konfliktem interesów,

w którym nie ma możliwości obiektywnej oceny wpływu na zdrowie. Ponadto wiele badań opartych jest na eksperymentalnych modelach komórkowych i zwierzęcych. Pojawiają się jednak pojedyncze doniesienia z badań prowadzonych na ludziach, wykazujących negatywny wpływ na układ sercowo-naczyniowy [32].

Produkty te są mniej popularne niż ENDS wśród dzieci i młodzieży i częściej są używane przez młodych i dorosłych w średnim wieku. W *National Youth Tobacco Survey*, corocznym ogólnokrajowym, reprezentatywnym badaniu przekrojowym uczniów szkół średnich i gimnazjów w USA, około 2% nastolatków zgłosiło aktualne używanie HTP [33]. Według edycji *Global Youth Tobacco Survey* z 2022 roku w Polsce ok. 10% uczniów w wieku 13-15 lat używało HTP w ciągu ostatnich 30 dni [34]. Mimo że HTP są rzadziej używane w porównaniu z ENDS, zainteresowanie wypróbowaniem tych produktów jest bardzo wysokie wśród osób nastoletnich. Badanie wykazało, że wśród młodych osób nigdy niepalących i nie wapujących w wielu krajach (Kanada, Anglia i USA) podatność na wypróbowanie podgrzewanego tytoniu w formie IQOS (25,1%) była wyższa niż w przypadku papierosów tradycyjnych (19,3%), ale niższa niż w przypadku ENDS (29,1%) [35, 36].

Wśród bezdymnych wyrobów nikotynowych coraz większą popularność zyskują woreczki nikotynowe. Dostarczają nikotynę poprzez wkładanie ich do jamy ustnej. Nie dochodzi w ich przypadku ani do spalania, ani do podgrzewania, więc nie emitują wielu substancji toksycznych obecnych w dymie papierosowym czy aerozolu z ENDS i HTP. Ich stosowanie wiąże się jednak z ryzykiem raka jamy ustnej, leukoplakii, a także działaniem kardiotoksycznym [37]. Podobnie jak w przypadku ENDS i podgrzewanego tytoniu, woreczki nikotynowe dostarczają nikotynę, która powoduje uzależnienie. W wielu przypadkach zawierają wysokie stężenia nikotyny, przez co łatwo można się od nich uzależnić. Co więcej, dostępność smaków i atrakcyjny wygląd opakowań przyciąga młodych użytkowników.

Redukcja szkód – katastrofalna w skutkach kampania marketingowa producentów

Jednym z najczęściej przytaczanych argumentów producentów nowych produktów nikotynowych jest „redukcja szkód”. Model ten stosowany jest np. u pacjentów

onkologicznych czy po zabiegach chirurgicznych, którzy są uzależnieni od nikotyny. Podaje się wtedy preparaty Nikotynowej Terapii Zastępczej (NTZ), powodując zmniejszenie chęci zapalenia papierosa, nie narażając organizmu na substancje toksyczne zawarte w dymie papierosowym. Redukcja szkód może mieć sens w indywidualnej terapii dorosłych osób uzależnionych od tytoniu z wykorzystaniem NTZ. Jednak agresywna kampania promująca ten model w stosunku do produktów typu ENDS i podgrzewaczy tytoniu na poziomie populacyjnym doprowadziła do wzrostu zainteresowania tymi produktami wśród młodych osób, które nigdy wcześniej nie paliły tradycyjnych papierosów. Doprowadziło to do epidemii wapowania wśród dzieci i młodzieży. Ponadto młodzież narażona na bierne wdychanie aerozolu z ENDS częściej rozważa rozpoczęcie wapowania, co wskazuje na potencjalny czynnik ryzyka inicjacji i zwiększenie liczby użytkowników [38].

Należy także podkreślić, że nowe produkty nikotynowe powinny być oceniane przede wszystkim pod kątem ich szkodliwości oraz bezpośredniego wpływu na zdrowie człowieka, a nie w odniesieniu do papierosów tradycyjnych. Jak już wcześniej wspomniano, to właśnie palenie papierosów stanowi jedno z największych zagrożeń dla zdrowia. Dlatego każdy produkt zestawiany z papierosami będzie mniej szkodliwy. Porównywanie tych wyrobów z konwencjonalnymi papierosami, o ogromnej toksyczności, odpowiadającymi za miliony zgonów rocznie na świecie, może prowadzić do błędnych wniosków. Fakt, że niektóre nowe produkty nikotynowe mogą być potencjalnie mniej szkodliwe niż papierosy, nie oznacza, że są bezpieczne. Ten fakt został sprytnie wykorzystany przez przemysł tytoniowy, który promując ENDS czy podgrzewacze tytoniu podkreśla ich mniejszą szkodliwość, często pomijając kontekst i sugerując, że są one bezpieczne dla zdrowia. Tego rodzaju narracja jest myląca i oddala concept świata wolnego od tytoniu i nikotyny.

Przypomnijmy, że istnieje szereg produktów do leczenia uzależnienia od nikotyny, o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, dostępnych w aptece. Jedynym słusznym zaleceniem dla osób palących czy wapujących jest uwolnienie się od uzależnienia za pomocą sprawdzonych metod terapeutycznych, a nie kontynuowanie nałogu za pomocą innych produktów ryzykownych dla zdrowia.

Konsekwencje zdrowotne używania ENDS przez młodzież

Nikotyna ma szczególnie destrukcyjny wpływ na rozwijający się mózg nastolatków. Nawet niewielka ekspozycja może prowadzić do trwałych deficytów poznawczych i rozregulowania funkcji kory czołowej [39]. Dodatkowo, liczne badania wykazały istotne powiązania między używaniem ENDS a występowaniem depresji [40-42], zwiększoną liczbą prób samobójczych [18,42], zaburzeniami lękowymi oraz zachowaniami impulsywnymi [41].

Ponadto badania wskazują, że stosowanie ENDS wiąże się ze zwiększonym ryzykiem inicjacji palenia, częstszym sięganiem po tradycyjne papierosy, nawrotami palenia oraz większym prawdopodobieństwem używania innych substancji psychoaktywnych. Nikotyna, jako substancja psychoaktywna, może odgrywać rolę tzw. substancji inicjującej, zmieniając funkcjonowanie szlaków neuronalnych, co może sprzyjać sięganiu po inne, silniejsze narkotyki. Tego rodzaju mechanizmy wskazują, że nawet pozornie „łagodniejsze” formy dostarczania nikotyny, jak ENDS, mogą mieć istotny wpływ na ryzyko rozwoju uzależnień i zaburzeń zdrowia psychicznego.

Młodzież w centrum strategii marketingowych

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia pt. *Hooking the next generation: how the tobacco industry captures young customers* [43] wynika, że przemysł tytoniowy i producenci nowych produktów nikotynowych stosują wieloaspektową, agresywną strategię marketingową ukierunkowaną na dzieci i młodzież. Działania te mają na celu stworzenie nowego pokolenia uzależnionych konsumentów, które zastąpi osoby dorosłe rzucające palenie lub umierające z powodu związanych z nim chorób. Firmy wytwarzające ENDS, podgrzewacze tytoniu czy woreczki nikotynowe świadomie projektują swoje wyroby w sposób atrakcyjny dla młodego odbiorcy. Produkty często przyjmują formę przypominającą zabawki, kolorowe słodycze czy gadżety elektroniczne, a ich smakowe warianty (np. owocowe, cukierkowe i in.) stanowią jedną z głównych zachęt do sięgnięcia po nie po raz pierwszy. Używa się przy tym opakowań z bajkowymi grafikami, pastelowych kolo-

rów i designerskich kształtów, które przyciągają uwagę dzieci i młodzieży. Producenci tworzą urządzenia, które można łatwo ukryć, wyglądające jak długopisy czy kosmetyki, co umożliwia ich użycie w szkole lub domu bez wiedzy dorosłych.

Kampanie marketingowe prowadzone są z wyjątkową intensywnością w przestrzeniach cyfrowych, gdzie młodzi ludzie spędzają najwięcej czasu. Promocja produktów nikotynowych w internecie kierowana jest głównie do młodzieży poprzez media społecznościowe, gry online, influencerów oraz obecność w filmach, serialach, wydarzeniach sportowych i koncertach, co dodatkowo normalizuje ich obecność w codziennym życiu młodych odbiorców. Dostępność tych produktów dla dzieci i młodzieży jest ułatwana dzięki strategiom sprzedażowym. Produkty często eksponowane są obok słodczych czy napojów. W wielu krajach odnotowano przypadki sprzedaży bezpośredniej dzieciom oraz rozdawania próbek przez przedstawicieli firm. Dodatkowo przemysł celowo manipuluje przekazem, kreując wizerunek odpowiedzialny społecznie i proekologiczny, sponsorując szkoły, rozdając stypendia oraz tworząc kampanie pozornie antynikotynowe za ułamki zysków, co buduje zaufanie młodych odbiorców.

Działania te ukazują spójną i agresywną strategię ukierunkowaną na zdobycie nowego pokolenia użytkowników nikotyny. WHO ostrzega, że bez zdecydowanej reakcji państw, w tym zakazu reklam, zakazu stosowania substancji smakowych, podniesienia cen i skutecznego egzekwowania zakazów sprzedaży nieletnim, młodzież pozostanie narażona na działania przemysłu, którego zyski wciąż opierają się na uzależnieniu kolejnych pokoleń.

Przeciwdziałanie zagrożeniom – działania legislacyjne i edukacyjne

W odpowiedzi na rosnące zagrożenie, niektóre kraje wprowadziły m.in. całkowity zakaz sprzedaży jednorazowych e-papierosów (m.in. Belgia, Wielka Brytania, Francja). Ciekawe, że taki zakaz podyktowany troską o zdrowie osób niepełnoletnich, wprowadziły także Chiny, główny producent światowy produktów nikotynowych. W Polsce trwają prace legislacyjne, które mają doprowadzić do zakazu obrotu papierosów elektronicznych jednorazowego użytku, a także doda-

wania substancji smakowo-zapachowych do woreczków nikotynowych [44].

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych [45], która weszła w życie w lipcu 2025 roku, wprowadziła szereg zaostrzających przepisów dotyczących sprzedaży i promocji nowych produktów nikotynowych. Niedozwolona jest sprzedaż ENDS (również beznikotynowych), woreczków nikotynowych i pojemników zapasowych osobom poniżej 18. roku życia, a punkty sprzedaży muszą umieszczać widoczne ostrzeżenie o tym zakazie. Ponadto zakazano sprzedaży tych produktów przez internet, w automatach, w przestrzeniach oświatowych, placówkach medycznych i obiektach sportowych. Reklama, promocja, sprzedaż premio- wa, rozdawanie próbek czy organizowanie degustacji waporyzatorów, saszetek nikotynowych i pojemników zapasowych są zakazane we wszystkich formach, w tym na odległość. Ponadto zakazano eksponowania imitacji opakowań tych wyrobów w punktach sprzedaży oraz stosowania wizerunku marek w reklamach, także gdy służy to jedynie budowaniu świadomości marki.

Jednak eksperci i organizacje zdrowia publicznego wyrażają wątpliwości, czy wprowadzone regulacje będą skutecznie egzekwowane, zwłaszcza w zakresie zakazu sprzedaży internetowej. W praktyce już dziś część transakcji odbywa się za pośrednictwem mediów społecznościowych, komunikatorów czy nieformalnych platform sprzedażowych, które trudno monitorować. Istnieje ryzyko, że młodzież wciąż będzie mogła łatwo nabywać produkty nikotynowe poprzez sieci kontaktów rówieśniczych lub nielegalnych sprzedawców, co może ograniczyć realny wpływ ustawy na zmniejszenie dostępności tych produktów dla osób niepełnoletnich. Stąd nasuwa się wniosek, że działania legislacyjne dla ochrony zdrowia są niezwykle ważne, jednak niewystarczające. Potrzebne są szeroko zakrojone działania edukacyjne nie tylko dla młodzieży, ale i ich rodziców oraz nauczycieli. Konieczne jest obalanie mitów dotyczących bezpieczeństwa ENDS i HTP, a także skuteczna egzekucja istniejących przepisów zakazujących sprzedaży produktów nikotynowych osobom nieletnim.

Kampanie edukacyjne powinny wykorzystywać kanały komunikacji, w których młodzi ludzie faktycznie spędzają czas: media społecznościowe, platformy streamingowe, gry online czy aplikacje mobilne. Kluczowe jest dostosowanie formy przekazu do oczekiwań tej

grupy odbiorców: krótkie, atrakcyjne wizualnie treści, wykorzystanie języka i symboliki bliskiej młodzieży, udział influencerów i twórców internetowych, którzy cieszą się jej zaufaniem. Nie wystarczy jedynie powiedzieć, że coś jest szkodliwe. Przekaz musi odwoływać się do emocji, wartości i doświadczeń młodych ludzi, pokazując realne konsekwencje w sposób dla nich zrozumiały i angażujący. Tylko w ten sposób komunikaty profilaktyczne mają szansę konkurować z agresywnymi kampaniami marketingowymi przemysłu i realnie wpływać na postawy młodych ludzi.

Edukacja powinna obejmować także osoby dorosłe: rodziców, opiekunów, nauczycieli i wychowawców, którzy często nie potrafią rozpoznać nowoczesnych urządzeń do wapowania lub błędnie uważają je za nieszkodliwe gadżety. Brak wiedzy na temat wyglądu, działania i potencjalnych skutków zdrowotnych nowych produktów nikotynowych sprawia, że dorośli mogą nie dostrzegać zagrożeń w otoczeniu swoich podopiecznych. Dlatego programy profilaktyczne powinny dostarczać im rzetelnych informacji i praktycznych wskazówek, jak rozpoznawać takie produkty, reagować na ich używanie oraz rozmawiać z młodymi ludźmi o ryzyku związanym z ich używaniem.

Podsumowanie

Nowe produkty nikotynowe, mimo odmiennej formy i narracji o „mniejszej szkodliwości” od tradycyjnych papierosów, powodują to samo uzależnienie od nikotyny i niosą ryzyko poważnych konsekwencji zdrowotnych. Ich rosnąca popularność, szczególnie wśród młodzieży, wynika z agresywnej strategii marketingowej, opartej na dodawaniu przyciągających substancji smakowo-zapachowych, atrakcyjnym wyglądzie i łatwej dostępności. Choć tradycyjne papierosy wciąż pozostają jednym z głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego w Polsce, nowe produkty nikotynowe tworzą dodatkowy front walki o zdrowie społeczeństwa, niosąc ryzyko chorób układu oddechowego, sercowo-naczyniowego i zaburzeń psychicznych, a także sprzyjając inicjacji palenia i używania innych substancji psychoaktywnych. Skuteczna odpowiedź wymaga nie tylko wprowadzenia i egzekwowania regulacji prawnych, ale także szeroko zakrojonych kampanii edukacyjnych obejmujących wszystkie formy używania nikotyny.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Rozpoznanie zjawiska przemocy przez lekarzy jest niewystarczające; szacuje się, że wynosi ono między 10 a 30% przypadków. W badaniach prowadzonych w USA, jedynie około 13% zgłaszających się na oddział ratunkowy zostało zapytanych o przemoc. Tylko około 10% położników i ginekologów deklaroowało prowadzenie badań przesiewowych. Psychiatrzy również rzadko pytają o przemoc, a jeśli do ujawnienia dochodzi, nie uwzględniają jej w planie leczenia.

BARIERY W ROZPOZNAWANIU PRZEMOCY DOMOWEJ IDENTYFIKOWANE PRZEZ PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii i Zdrowia Publicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Przemoc w rodzinie to poważny problem zdrowia publicznego, który wpływa na życie ludzi na całym świecie. Uznaje się, że zjawisko przemocy domowej było i nadal jest niedoszacowane, ponieważ ofiary często go nie ujawniają, co oznacza, że rzeczywiste liczby osób jej doświadczających mogą być znacznie wyższe (Kirk i współ., 2020). Osoby doświadczające przemocy częściej skarżą się na problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym i częściej korzystają z opieki zdrowotnej w porównaniu do osób, które nie doznają przemocy (Alhabib i współ., 2010). Pracownicy ochrony zdrowia odgrywają ważną rolę zarówno w rozpoznawaniu przemocy, jak i leczeniu jej skutków (Siltala i współ., 2019). Rozpoznanie zjawiska przemocy przez lekarzy jest niewystarczające; szacuje się, że wynosi ono między 10 a 30% przypadków (Sparrow i współ., 2020). W badaniach prowadzonych w USA, jedynie około 13% zgłaszających się na oddział ratunkowy zostało zapytanych o przemoc. Tylko około 10% położników i ginekologów deklaroowało prowadzenie badań

przesiewowych (Waaen i współ., 2000). Psychiatrzy również rzadko pytają o przemoc, a jeśli do ujawnienia dochodzi, nie uwzględniają jej w planie leczenia (Trevillion i współ., 2012). W brytyjskich badaniach jedynie 15% psychiatrów i pielęgniarek pytało rutynowo o przemoc domową, 8% robiło to sporadycznie, a bli-

sko 40% dopiero po zauważeniu symptomów (Nyame i współ., 2013). Co trzeci pracownik przekazywał pacjentom informacje o pomocy, co piąty kierował do instytucji wsparcia, a 12% pomagało w przygotowaniu planu bezpieczeństwa. Badania pokazują, że w szpitalach kobiety doświadczające przemocy otrzymują jedynie tradycyjne leczenie i zachętę do zgłoszenia sprawy na policję, bez wsparcia psychologicznego (Nascimento i współ., 2014).

Niski odsetek rozpoznawanych przypadków wynika z barier systemowych, pracowniczych i tych związanych z ofiarami.

Barier systemowe to m.in. krótki czas wizyt, ograniczone zasoby kadrowe, przeciążenie pracą, brak ciągłości opieki i protokołów postępowania, a także słaba komunikacja między instytucjami (Waaen

Barierą w rozpoznawaniu przemocy domowej, szczególnie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, jest krótki czas wizyty przeznaczony na pacjenta. Lekarze specjaliści także dostrzegają tę barierę. Czas wizyty tak bardzo ogranicza lekarzy, że nawet w sytuacji, gdy podejrzewają, iż pacjent doświadcza przemocy, nie podejmują żadnych kroków. Lekarze obawiają się opóźnień, roszczeń ze strony pacjentów i kierownictwa placówki.

i współ., 2000; Husso i współ., 2012; Sparrow i współ., 2020). Bariery pozostające po stronie pracowników obejmują brak szkoleń i kompetencji w identyfikacji przemocy, niepewność, brak wiedzy o miejscach wsparcia, obawy przed konfrontacją oraz bagatelizowanie przemocy psychicznej (Read i współ., 2007; Rose i współ., 2011; Henriksen i współ., 2017). Wielu lekarzy uważa przemoc za problem psychologiczny lub społeczny, a nie medyczny, co sprzyja dystansowaniu się od tematu (Waaen i współ., 2000; Husso i współ., 2012). Inną barierą jest obawa o własne bezpieczeństwo (Waaen i współ., 2000). Po stronie ofiar bariery to wstyd, lęk, obawa przed stygmatyzacją, odwetem, utratą dzieci czy statusu społecznego, a także normalizacja przemocy i nadzieja na zmianę partnera (Gadomski i współ., 2001; Taylor i współ., 2013; Nascimento i współ., 2014). Niezgłaszanie przemocy może wynikać też z kultury, np. machizmu, barier językowych czy obawy przed deportacją (Fisher i współ., 2020; Sparrow i współ., 2020).

Celem artykułu jest identyfikacja barier w rozpoznawaniu przemocy domowej przez pracowników ochrony zdrowia – lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów oraz terapeutów uzależnień.

Metodologia

Badanie miało charakter jakościowy. Technika wykorzystaną w badaniu był wywiad semi-strukturyzowany z listą poszukiwanych informacji.

Badania były prowadzone w różnych grupach respondentów. W sumie zrealizowano 60 wywiadów – 30 w placówkach zlokalizowanych w dużym mieście i 30 w placówkach zlokalizowanych w społeczności lokalnej, zdefiniowanej jako miejscowość licząca poniżej 20 tys. mieszkańców.

Zrealizowano badania wśród:

- 20 lekarzy pierwszego kontaktu zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- 20 lekarzy specjalności psychiatria, ginekologia, pracowników SOR,
- 20 specjalistów psychoterapii uzależnień (STU).

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Respondenci byli rekrutowani w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), na ostrych dyżurach szpitalnych (SOR), poradniach zdrowia psychicznego (PZP), poradniach ginekologicznych

oraz placówkach leczenia uzależnień zlokalizowanych w dużych miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców i małych społecznościach lokalnych.

Wyniki

Zidentyfikowane w badaniu bariery w rozpoznawaniu przemocy domowej można podzielić na trzy grupy. Jedną z nich są bariery związane z organizacją ochrony zdrowia, kolejną są bariery odnoszące się do pracowników zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia i ich gotowości do rozpoznawania zjawiska, a trzecią są bariery związane z ofiarami przemocy.

Bariery związane z organizacją ochrony zdrowia

Barierą w rozpoznawaniu przemocy domowej, szczególnie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, jest krótki czas wizyty przeznaczony na jednego pacjenta. Lekarze specjaliści również dostrzegają tę barierę. Czas wizyty tak bardzo ogranicza lekarzy, że nawet w sytuacji, gdy podejrzewają, iż pacjent doświadcza przemocy, nie podejmują żadnych kroków. Lekarze obawiają się opóźnień, roszczeń ze strony pacjentów i kierownictwa placówki. Również kolejka oczekujących pacjentów zwiększa presję na lekarzy, aby nie koncentrowali się zbyt długo na jednym przypadku i przestrzegali zasad związanych z czasem wizyty.

POZ: *Myszę, że przede wszystkim to jest kwestia czasu, no bo najczęściej wizyty zajmują no maksymalnie 15 minut w naszym grafiku i tak naprawdę w większości sytuacji nie mamy możliwości gdzieś tam szczerze porozmawiać z pacjentami. Nawet jeżeli byśmy coś podejrzewali, no to jednak tego czasu w warunkach POZ jest naprawdę bardzo mało.* (EG210420232POZMM¹)

Inną barierą z tego wymiaru jest nadmierna biurokracja, która zajmuje czas i uniemożliwia nawiązanie relacji z pacjentem. Konieczność uzupełnienia dokumentacji podczas krótkiej wizyty sprawia, że czasu na wywiad pozostaje niewiele.

POZ: *Często zajmujemy się tutaj głównie tak zwaną, w cudzysłowie mówiąc, robotą papierkową, zamiast rzeczywiście szczerze z tym pacjentem porozmawiać.* (EG210420232POZMM)

Dla lekarzy i terapeutów barierą w rozpoznawaniu przemocy domowej jest brak wsparcia przełożonych,

które daje pracownikom poczucie, że nie zostają sami z tą sytuacją.

STU: *Czasami brak nawet konstruktywnego wsparcia personelu medycznego po stronie kierownictwa i jakby osób zarządzających danymi placówkami. Być może czasami występuje jakaś presja tego, żeby nie wszystko zgłaszać, a być może nawet na pewne sprawy przymykać oko.* (AŁ22042023STUDM)

Pracownicy medyczni nie mają narzędzi, które pozwoliłyby na identyfikację zjawiska przemocy. W ich ocenie brakuje testów przesiewowych, które mogłyby ułatwić to lekarzom i terapeutom. Również pacjentom mogłoby to ułatwić ujawnienie doświadczenia przemocy, a także pozwoliłoby dowiedzieć się o różnych formach przemocy.

Specjalista: *Nie ma żadnych takich zobiektywizowanych narzędzi, jakichś arkuszy, formularzy, które mogłabym podsunąć pacjentce, tak, żeby być może nawet jej łatwiej byłoby zaznaczyć odpowiedź na konkretne pytania, niż powiedzieć wprost, że jest ofiarą, bo myślę, że to jest też dla nich trudne. I jakby stwierdzenie, że na podstawie zaznaczonych krzyżyków, na przykład, że jest czy też może być Pani ofiarą przemocy. Brakuje czegoś, co byłoby wystarczająco delikatne, a również na tyle silne diagnostycznie, żeby można było przypisać nadużycie jako prawdopodobną przyczynę wystąpienia takich dolegliwości.* (AŁ12022023S)

Zdaniem respondentów w systemie ochrony zdrowia brakuje ciągłości opieki, co utrudnia rozpoznawanie przemocy domowej. Pacjenci przychodzą do lekarzy, którzy są w danej chwili dostępni, a nie do swojego lekarza rodzinnego, który znałby rodzinę i jej sytuację. Nie jest nawiązywana relacja, nie buduje się zaufania, które sprzyja rozpoznawaniu zjawiska. Szwankuje komunikacja między różnymi instytucjami bądź placówkami oraz między pracownikami wewnątrz instytucji, przez co za pacjentem nie podąża informacja o doświadczeniu przemocy.

POZ: *W tym POZ-ecie, gdzie ja pracuję, no przyjmuje też iluś lekarzy, więc często jest tak, że no ktoś widzi tego pacjenta, po czym na przykład tam przychodzi ktoś parę tygodni czy miesiąc później na kontrolę do kogoś innego. Więc też często nie ma takiej ciągłości opieki.* (EG21042023POZMM)

Barierą w rozpoznawaniu przemocy w placówkach ochrony zdrowia jest brak odpowiednich warunków, zapewniających intymność podczas przeprowadzania

wizyty. Na SOR lub oddziałach szpitalnych brakuje wyizolowanych miejsc do rozmowy na tak trudne tematy. Lekarze nie dbają, aby zapewnić odpowiednie warunki, przez co pacjentowi może być trudno mówić o przemoc.

Specjalista: *Jeżeli to jest wizyta w szpitalu na izbie przyjęć, no jest tam więcej na pewno osób, no może wtedy trudniej na przykład sobie rozmawiać na takie tematy. Co innego na przykład w gabinecie, gdy jest się sam na sam z lekarzem. Na takiej izbie przyjęć czy na SOR-ze trudno o intymność, żeby tak sam na sam porozmawiać z pacjentem czy pacjent z lekarzem. W takich sytuacjach nie każdy pacjent chce się przy wszystkich przyznawać do takich sytuacji.* (EG14042023SMM)

Specjalista: *Osobną kwestią jest to, że w oddziale psychiatrycznym, w którym ja pracuję jest jedno pomieszczenie, gdzie można porozmawiać z pacjentem w cztery oczy. I ono zazwyczaj w trakcie dnia jest zajęte na zajęcia ze studentami. W związku z czym my z pacjentami rozmawiamy albo na stołówce, albo na korytarzu, albo przy łóżkach pacjentów. Więc no niestety nie mamy takiej infrastruktury do przeprowadzenia tego typu rozmowy. No bo to się nie powinno odbywać w takich warunkach.* (MK28032023SDM)

Bariery związane z pracownikami ochrony zdrowia

Pracownicy ochrony zdrowia nie mają gotowości do identyfikacji zjawiska przemocy i nie są wystarczająco wyczuleni na symptomy mogące o nim świadczyć. Lekarze rodzinni i specjaliści skupiają się na problemie, z którym przychodzi pacjent, jeśli sam nie wspomina o przemocy domowej, to oni nie zaczynają sami tego tematu.

Specjalista: *Podświadomie niestety lekarze, przynajmniej w naszym kraju, nie chcą widzieć tej przemocy z tego powodu, że dowiedzenie się o tym, że ktoś jest ofiarą przemocy, niesie ze sobą moralny obowiązek zrobienia czegoś z tym, co jest trudne, bo ma się uczucie, że jeżeli wnosimy, że dana osoba jest ofiarą przemocy, to że później ta przemoc może się jeszcze nasilić, zwłaszcza w momencie, kiedy później wraca do tego środowiska rodzinnego. To, że mamy wiele przykładów, kiedy sprawca nie był odizolowany od rodziny, kiedy go pozostawiano w tej rodzinie i działa się naprawdę duże tragedie. Pociąga to też za sobą*

szereg jakichś działań administracyjno-prawnych, a zaangażowanie w to innych organów samo w sobie generuje problem dla lekarza, pracę, obciążenia psychiczne. (AL10022023DMS)

Lekarze odczuwają brak kompetencji w różnych obszarach dotyczących reagowania na przemoc, takich jak: rozpoznawanie zjawiska, inicjacja rozmowy na temat przemocy, sposoby postępowania z osobą doświadczającą przemocy i sprawcą, znajomość oferty pomocowej, regulacji i przepisów. Niektórzy pracownicy ochrony zdrowia nie potrafią udzielić wsparcia w sytuacji ujawnienia przemocy, gdyż brakuje im kompetencji psychologicznych i interwencyjnych.

POZ: *Ja jestem młodym lekarzem, pracuję w tej poradni około pięciu lat i ta moja zdolność rozpoznawania, jeżeli to nie są takie ewidentne fizyczne uszkodzenia ciała, no jest raczej taka sobie, bym powiedziała. No już na pewno nie jestem w stanie tutaj w POZ zauważyć, że ktoś stosuje przemoc materialną albo psychiczną, no bo tutaj nie mamy możliwości tego sprawdzić.* (MM-20042023POZDM)

Badani deklarowali również, że nie rozpoznają przemocy, ponieważ nie znają sposobów postępowania, regulacji i przepisów prawa. Niektórzy lekarze nie wiedzą, gdzie pokierować pacjenta, będącego ofiarą przemocy domowej. Brak takiej wiedzy może blokować pracowników ochrony zdrowia przed rozpoznawaniem zjawiska, ponieważ nie znają kolejnych kroków postępowania, instytucji, w których ofiary mogą uzyskać wsparcie. Boją się, że jak już dowiedzą się, że mają do czynienia z osobą doświadczającą przemocy, to nie będą wiedzieli, co mają dalej zrobić, gdzie ją pokierować.

Specjalista: *Nigdy nikt mnie w tym nie przeszkolił, nigdy w życiu nie dostałem żadnej książki na ten temat, nigdy nie miałem zajęć na ten temat na studiach, nigdy nie miałem żadnego kontaktu z kimś, kto by chciał ze mną na ten temat pogadać. Bo nawet nie wiem, do kogo się zgłosić, szczerze mówiąc. Lekarze nie są przeszkoleni i nie umieją udzielać takiej pomocy, nie wiedzą, do kogo nawet zadzwonić.* (IH04042023SMM)

Ignorowanie i bagatelizowanie zjawiska przemocy przez pracowników ochrony zdrowia jest barierą, która utrudnia jej rozpoznawanie i uzyskiwanie pomocy. Zdarza się, że pracownicy medyczni, mimo oczywistych symptomów przemocy bagatelizują jej występowanie. POZ: *Mam z początku tej swojej kariery zawodowej, jeszcze z pracy w szpitalu klinicznym, takie dwie sytuacje,*

że teraz uważam, że powinno się coś z tym zrobić, tylko wtedy jeszcze nie znalazłam procedur, a moja kierownik specjalizacji, a jednocześnie ordynator oddziału, nie uznała za stosowne, żeby wdrożyć jakiejkolwiek procedury. To znaczy ona wprost pytana, czy coś z tym trzeba zrobić, odpowiedziała, że dajemy sobie spokój. (MK31032023POZDM)

Jeden z respondentów wspomniał, że barierą w identyfikacji przemocy mogą być osobiste przekonania i poglądy pracowników ochrony zdrowia, co może wpływać na bagatelizowanie przemocy wobec specyficznych grup pacjentów, np. imigrantów, osób o orientacji homoseksualnej.

STU: *Zawsze istnieje takie ryzyko, że można się spotkać z kimś, kto ma jakieś poglądy, przekonania troszkę, bym powiedziała, takie stereotypowe i pewnie wtedy sytuacje związane z przemocą mogą być przeoczone. Na przykład przemoc wobec mężczyzn jest często niedoszacowana, przemoc wobec niektórych grup, które uznaje się za grupy ryzyka pod kątem przemocy, czyli na przykład osoby starsze albo osoby z grupy LGBT+.* (AŁ22042023STUDM)

Niektórzy lekarze POZ i specjaliści postrzegają zjawisko przemocy jako wychodzące poza ich kompetencje. Uważają, że rozpoznawanie tego problemu leży w kompetencjach osób zajmujących się pomocą psychologiczną lub prawną.

POZ: *Jako lekarze rodzinni w POZ-ecie wiele nie możemy zrobić. Jest to bardziej problem psychologiczny i prawny, formalny niż medyczny. Z mojego punktu widzenia oczywiście. W ogóle szpital nie zajmuje się przemocą. W ogóle to jest jakby poza. W mojej opinii to jest tylko działka psychiatrii. Nie spotkałem się, żeby wychodziło to poza inne działy medycyny.* (MK13042023POZMM)

Pracownicy ochrony zdrowia mogą obawiać się o własne bezpieczeństwo, dlatego niechętnie rozpoznają przemoc domową u swoich pacjentów. Szczególnie może być to istotna bariera w małych społecznościach lokalnych, w których osobiste znajomości są częste. POZ: *Jeśli chodzi o małe miasto, to często zna się tych ludzi. Rodzic dziecka, które powiedziało, że „Tata dał mi klapsa”, wie, gdzie ja mieszkam; może wybić mi okna albo przebić opony w samochodzie, jeśli go mam. To są opory związane z tym, że się zna kogoś w tej miejscowości, w której się mieszka.* (MK31032023POZDM)

Bariery po stronie osób doświadczających przemocy domowej

Trzecim wymiarem barier wyróżnionym na podstawie materiału badawczego są bariery leżące po stronie osób doświadczających przemocy. Wśród nich respondenci wyróżnili brak zaufania do lekarzy i terapeutów. Szczególnie było to istotne w sytuacji incydentalnych spotkań. Przy większej regularności zaufanie jest budowane i łatwiej powiedzieć o przemocy domowej.

POZ: *Nie jestem przekonana, czy każdy chce rozmawiać akurat z lekarzem POZ na takie tematy. Przypuszczam, że zależy to od tego, czy to są nasi stali pacjenci, czy też przypadkowe osoby, które do nas trafiają.* (EG-210420232POZMM)

Osoby doświadczające przemocy nie ujawniają tego zjawiska, ponieważ obawiają się reakcji ze strony przedstawicieli różnych instytucji, w tym pracowników ochrony zdrowia. Mają poczucie, że reakcja profesjonalistów na ujawnienie przemocy domowej może być niewłaściwa i może dostarczać dodatkowego stresu i cierpienia.

Specjalista: *Barierą może być na przykład niewłaściwa reakcja pracowników ochrony zdrowia, czyli na przykład zbagatelizowanie sytuacji. Czy na przykład niejednokrotnie pacjentki, które były w jakiś sposób nadużyte seksualnie, mówiły o tym, że jeszcze większą traumą albo równie trudnym przeżyciem była na przykład rozmowa na komisariacie, kiedy albo nie było komfortu takiej rozmowy, albo nie były traktowane poważnie, albo spotykały się z jakąś inną formą niewłaściwego zachowania.* (AL28012023DMS)

Istotną barierą, która sprawia, że pacjenci nie zgłaszają przemocy, jest obawa przed stygmatyzacją.

STU: *Myszę też, że istnieje stygmatyzacja ofiar przemocy jako takich, które źle wybrały, które właściwie nie powinny zgłaszać jakichś tam zastrzeżeń, jeśli mają za co żyć, no same się prosiły, i tak dalej. Te wszystkie okropne rzeczy, które się niestety ciągle słyszy.* (AL16052023STUDM)

Osobiste znajomości w ramach społeczności lokalnej między osobami doświadczającymi przemocy i pracownikami ochrony zdrowia mogą potęgować strach przed stygmatyzacją i poczucie wstydu. Brak anonimowości może być przeszkodą w zgłoszeniu tej sytuacji w placówce ochrony zdrowia.

Specjalista: *W dużym mieście łatwiej jest im [ofiaram – autorzy] uzyskać anonimową pomoc. W mniejszych miejscowościach sędzę, że to może być bardzo trudne plus tu jesteśmy w większości anonimowi. Myszę, że tutaj jest kwestia tego, że środowisko dowie się o jakimś problemie w rodzinie, więc w małych miejscowościach ta anonimowość jest prawie niemożliwa i to powoduje mniejszą chęć zgłoszenia tego.* (MK17032023MMS)

Inną barierą w rozpoznawaniu przemocy jest chęć ukrycia nadużyć w obawie o odwet, dalsze wykorzystywanie i inne dotkliwe konsekwencje. Strach przed osobą stosującą przemoc sprawia, że osoby doświadczające przemocy starają się to ukrywać i nawet w dość oczywistych sytuacjach zaprzeczają występowaniu przemocy domowej. Doświadczający przemocy ukrywają ją również powodowani obawą o los sprawcy. Nie chcą dopuścić, aby poniósł on negatywne konsekwencje.

Specjalista: *Po pierwsze mogą się bać powiedzmy tej osoby, która jakby używała wobec niej przemocy, mogą być od niej zależne, na przykład finansowo czy w jakiś inny sposób i dlatego mogą się bać zgłaszać taką przemoc. Albo się po prostu nawet wstydzić.* (EG14042023SMM)

Część respondentów zwróciła uwagę na normalizację przemocy przez jej ofiary i postrzeganie przez to pewnych zachowań mających charakter przemocy – odmiennie. Normalizacja przemocy może się przejawiać racjonalizacją zachowań partnera i przekonaniami o powszechności zjawiska. Z kolei niedostrzeganie przejawów przemocy może być związane z brakiem wiedzy, co nią jest.

Specjalista: *Często mają w głowie takie przekonanie, że zdarzyło się, to przecież nic takiego, u każdego jest tak samo. Przecież to normalne, moją matkę też ojciec bił.* (IH04042023SMM)

Podsumowanie

Z powodu doświadczanych problemów ze zdrowiem somatycznym i psychicznym, osoby doświadczające przemocy domowej są znacznie częściej pacjentami placówek ochrony zdrowia w porównaniu do osób, które jej nie doświadczają (Alhabib i współ., 2010). Jak pokazują badania, przemoc jest często pomijana przez pracowników tych placówek, mimo że kontakt pomiędzy lekarzem/pozostałymi pracownikami ochrony zdrowia a pacjentem to dogodna sytuacja, by reagować na zjawisko występowania przemocy domowej. Pracow-

nicy medyczni cieszą się zaufaniem swoich pacjentów, nawet jeśli jest to wizyta pierwszorazowa (Feder i współ., 2006). Bariery w rozpoznawaniu przemocy domowej zakwalifikowaliśmy do trzech wymiarów – związanych z organizacją ochrony zdrowia, gotowością i kompetencjami pracowników do identyfikacji przemocy oraz mających związek z osobą doświadczającą przemocy. Wśród barier systemowych wskazywano m.in. na krótki czas wizyty, rozbudowaną biurokrację oraz brak ciągłości opieki i komunikacji między instytucjami. W leczeniu uzależnień bariery te były rzadsze – dłuższy czas sesji i stała relacja terapeuty z pacjentem sprzyjały rozmowie o przemoc. Istotną barierą był brak testów przesiewowych, mimo ich udowodnionej skuteczności. Problematyczne okazały się także warunki lokalowe uniemożliwiające intymność oraz brak wsparcia ze strony przełożonych.

Badania wskazują na konieczność wdrażania jasnych procedur postępowania i kierowania pacjentów do specjalistów. Po stronie profesjonalistów dominował brak kompetencji i gotowości do identyfikacji przemocy, co potwierdzają wcześniejsze badania. Lekarze często nie dostrzegają sygnałów, bagatelizują zjawisko bądź uważają je za problem wykraczający poza ich kompetencje. Dodatkowe bariery wiązały się z obawą o własne bezpieczeństwo oraz osobistymi przekonaniami i poglądami, wpływającymi na gotowość do zajmowania się przemocą. Po stronie osób doświadczających przemocy istotne były obawy przed stygmatyzacją, wstyd, strach przed odwetem i utratą dzieci czy statusu społecznego, a także normalizacja i racjonalizacja zjawiska. Nasze badania ujawniły dodatkowo brak wiedzy o rodzajach przemocy, brak zaufania do specjalistów i wpływ osobistych znajomości w społeczności lokalnej. Przeciwdziałanie tym barierom wymaga działań zwiększających świadomość zjawiska, podkreślających jego różnorodność i nietolerancję, a także zachęcania do poszukiwania pomocy.

Wnioski

Część barier pozostających po stronie profesjonalistów wynika z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, np. brak kompetencji w rozpoznawaniu zjawiska, niechęć do brania odpowiedzialności za jego rozpoznawanie. Wprowadzenie zmian w systemie może ograniczyć występowanie barier po stronie profesjonalistów, np.

wprowadzenie krótkich szkoleń na temat rozpoznawania przemocy domowej. Szkolenia lekarzy mogłyby mieć formę online bez konieczności osobistego stawienia się. Poza tym o przemoc należy mówić na konferencjach dla lekarzy.

Kolejnym sposobem na ograniczenie barier systemowych, a przez to również tych pozostających po stronie profesjonalistów, może być wprowadzenie procedury postępowania uwzględniającej realizację testów przesiewowych. Testy mogłyby być przekazywane rutynowo do uzupełnienia każdemu pacjentowi wraz z dokumentami niezbędnymi do rejestracji. Mogłyby być oceniane przez pielęgniarkę bądź innego pracownika medycznego, a ich wynik przekazywany lekarzowi.

Trudniejsze do przezwyciężenia wydają się bariery pozostające po stronie osób doświadczających przemocy – wstyd, strach przed stygmatyzacją, wtórna stygmatyzacja wynikająca z reakcji pracowników ochrony zdrowia, brak zaufania do lekarzy, obawa ofiar o własne bezpieczeństwo bądź o los sprawcy, brak wiedzy o różnych rodzajach przemocy lub jej normalizacja. Część tego typu barier można by pokonać poprzez prowadzenie różnego rodzaju działań profilaktycznych na poziomie uniwersalnym – kampanii edukacyjnych informujących o różnych rodzajach przemocy, możliwościach wsparcia, miejscach uzyskania pomocy. Tego typu kampanie mogłyby również pomóc w niestygmatyzowaniu osób doświadczających przemocy oraz sprawców, którym trudno jest podjąć jakieś działania w kierunku zmiany swojego zachowania.

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

Przypisy

- ¹ Kodowanie wywiadów: XXDDMMYYYYZAA gdzie XX oznacza inicjały ankietera, DDMMYYYY oznacza datę realizacji wywiadu, Z oznacza nazwę grupy respondentów (POZ – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, S – lekarz specjalista, STU – specjalista terapii uzależnień), AA oznacza wielkość miejscowości (DM – duże miasto, MM – społeczność lokalna).

Bibliografia dostępna w redakcji.

Wśród różnych ryzykownych zachowań młodzieży związanych z obawą uzależnienia ważne miejsce zajmują: nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych oraz gier na urządzeniach elektronicznych, a także granie w gry hazardowe. Wydaje się, iż na czoło pod względem rozpowszechnienia wysuwa się pierwsze z tych zagrożeń. Najniższym rozpowszechnieniem zaś cechuje się granie w gry hazardowe. Wzrost nasilenia zaangażowania w media społecznościowe przyczynia się do zwiększenia prawdopodobieństwa zaliczania się do aktualnych konsumentów napojów alkoholowych.

ZACHOWANIA PROWADZĄCE DO TZW. UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH. CZEGO DOWIADUJEMY SIĘ Z NAJNOWSZEJ EDYCJI ESPAD 2024?

Janusz Sierosławski

Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych

Wprowadzenie

W dwóch poprzednich numerach Serwisu Informacyjnego Uzależnienia można było zapoznać się z aktualnymi trendami w piciu alkoholu oraz używaniu nielegalnych substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną na podstawie wyników badań ESPAD, realizowanych w cyklu czteroletnim w latach 1995–2024. W pierwszym z nich można też znaleźć podstawowe informacje metodologiczne na temat tych badań. W tym artykule prześledzimy trendy w zakresie zachowań prowadzących do tzw. uzależnień behawioralnych, czyli grania w gry hazardowe, nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych oraz gier wideo, albo ujmując to szerzej, gier na urządzeniach elektronicznych. Dane na ten temat nie pozwalają na uchwycenie tak długich trendów, jak w przypadku używania substancji psychoaktywnych. Ta tematyka trafiała do badań ESPAD stopniowo, począwszy dopiero od 2011 roku. Ponadto, w tym czasie, pytania ulegały licznym modyfikacjom, co przypisać należy nowości tej problematyki. W konsekwencji niektóre ze wskaźników zaprezentować można jedynie w postaci wyników z 2024 roku.

Nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych

Kwestię nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych poddano eksploracji, wykorzystując skalę

ryzyka budowaną na podstawie trzypytaniowego testu przesiewowego opracowanego przez Bjørna E Holsteina i współpracowników (Holstein i in., 2014). To narzędzie jest nieklinicznym instrumentem skupiającym się na postrzeganiu przez ucznia problemów związanych z trzema elementami: zbyt dużą ilością czasu spędzanego na tych aktywnościach, emocjonalnym dyskomfortem z powodu ograniczonego dostępu i obawami wyrażanymi przez rodziców związanymi z czasem spędzanym na tych aktywnościach. Ze względu na prostotę, a także lapidarność nadaje się ono do badań ankietowych. Stosując go, uczniom zadano następujące pytanie: W jaki stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami na temat mediów społecznościowych takich jak X (dawny Twitter), WhatsApp, Facebook, Skype?

1. Uważam, że spędzam za dużo czasu uczestnicząc w tych mediach.
2. Mam zły humor, kiedy nie mogę spędzać czasu uczestnicząc w tych mediach.
3. Moi rodzice mówią, że spędzam za dużo czasu uczestnicząc w tych mediach.

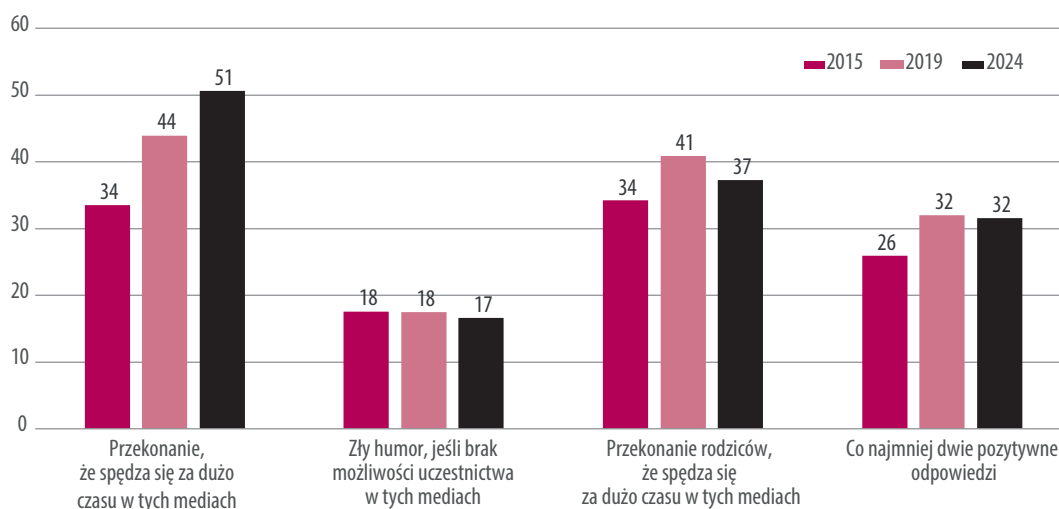
Kategorie odpowiedzi w odniesieniu do każdego z trzech twierdzeń to „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „ani tak, ani nie”, „raczej nie” i „zdecydowanie nie”. Odpowiedzi pozytywne („zdecydowanie tak” i „raczej tak”) otrzymywały jeden punkt. Sumę 0-1 punktów uznano za wskazującą na niski poziom samooceny problemów, a wynik 2-3 punkty za wskazujący na wysoki poziom

samooceny problemów związanych z korzystaniem z mediów społecznościowych. Innymi słowy powyżej tej granicy rozpoczyna się strefa podniesionego ryzyka problemów.

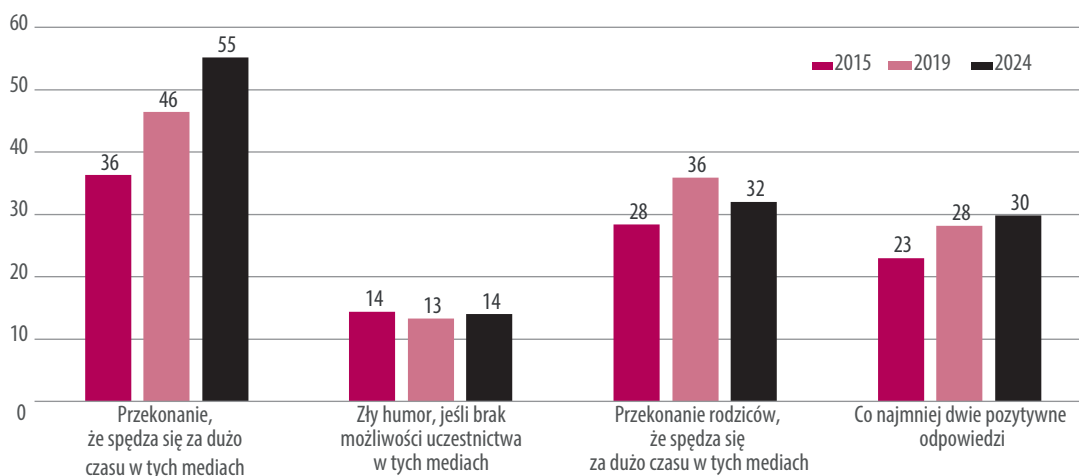
Na rycinie 1. zestawiono odsetki pierwszoklasistów, którzy w badaniach z lat 2011, 2019 oraz 2024 potwierdzili poszczególne stwierdzenia oraz odsetki tych, którzy uzyskali pozytywny wynik testu, tzn. udzielili przynajmniej dwóch pozytywnych odpowiedzi. Na rycinie 2. zaś znaleźć można analogiczne dane dla trzecioklasistów. W obu kohortach obserwuje się wzrost odsetków uczniów przekonanych, że spędzają za dużo czasu w mediach społecznościowych. W grupie pierwszoklasistów odsetek ten wzrósł z 34% w 2015 roku do 51% w 2024 roku. W starszej kohorcie stało się podobnie, tzn. zwiększenie nastąpiło z 36% do 55%. Frakcje uczniów klas pierwszych

doświadczających złego humoru, jeśli pojawia się brak możliwości korzystania z mediów społecznościowych, są względnie stałe, utrzymując się na poziomie 17-18%. W starszej kohorcie jest podobnie, przy czym odsetki są trochę mniejsze i wynoszą 13-14%. Udział pierwszoklasistów raportujących przekonanie swoich rodziców, że spędza się za dużo czasu w mediach społecznościowych wzrósł z 34% w 2015 roku do 41% w 2019 roku i spadły do 37% w 2024 roku. Analogiczne dane dla trzecioklasistów wykazują taką samą dynamikę i wynoszą 28%, 36% i 32%. Co najmniej dwie pozytywne odpowiedzi, czyli wynik testu wskazujący na zwiększone ryzyko problemu nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych w 2015 roku wyniosło 25% u uczniów klas pierwszych i 23% u uczniów klas trzecich. W tej pierwszej grupie w 2019 roku wzrosło do 32% i w 2024 roku pozostało

Rycina 1. Pozytywne odpowiedzi na pytania testu przesiewowego nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych (odsetki uczniów w wieku 15-16 lat).



Rycina 2. Pozytywne odpowiedzi na pytania testu przesiewowego nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych (odsetki uczniów w wieku 17-18 lat).



na tym samym poziomie. Wśród trzecioklasistów następował stopniowy wzrost poprzez 28% w 2019 roku do 30% w 2024 roku.

Dane z 2024 roku sugerują znaczne zróżnicowanie wyników testu ze względu na płeć. Zarówno w młodszej kohorcie, jak i w starszej odsetki osób, które zaliczyć można do grupy podwyższonego ryzyka problemów okazały się wyższe u dziewcząt niż u chłopców. Wśród pierwszoklasistów 26% chłopców oraz 37% dziewcząt potwierdziło przynajmniej dwa stwierdzenia testu. Wśród trzecioklasistów analogiczne odsetki wyniosły 25% i 34%. Warto zauważyć zatem, iż skala zróżnicowania związanego z płcią jest znaczna i zarazem podobna w obu badanych kohortach.

W ostatnich latach w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach – obserwujemy spadek rozpowszechnienia picia napojów alkoholowych wśród młodzieży szkolnej. Jedną z hipotez wyjaśniającą ten trend jest narastające zaangażowanie młodzieży w kontakty zapośredniczone przez media społecznościowe, co ma odbywać się kosztem kontaktów osobistych tworzących okazje do wspólnego picia. Wiążąca weryfikacja tej hipotezy wymagałaby podłużnych badań kohortowych, jednak na podstawie badań przekrojowych można podjąć próbę eksploracji tego zagadnienia.

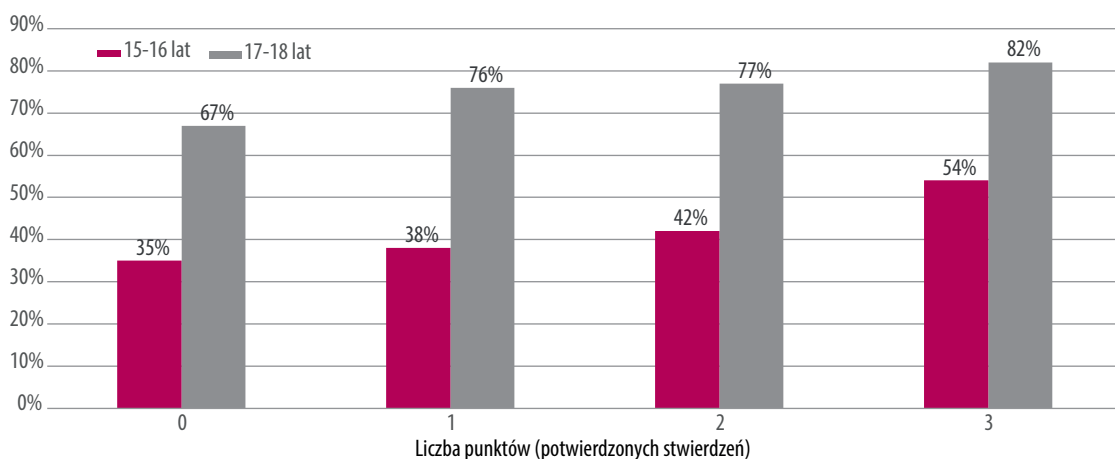
Na rycinie 3. zaprezentowano odsetki uczniów, którzy przyznali się do picia napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Wśród nich byli tacy, którzy potwierdzili różne liczby stwierdzeń poczynawszy od tych, którzy nie potwierdzili żadnego, a skończywszy na tych, którzy potwierdzili wszystkie trzy. Zarówno w młodszej kohorcie, jak i w starszej najniższa frakcja

uczniów, którzy pili, lokuje się wśród tych pierwszych. W młodszej kohorcie jest to 35%, a w starszej 67%. W kolejnych grupach odsetki te rosną, aż do 54% w młodszej kohorcie i 82% w starszej grupie badanych, którzy potwierdzili wszystkie trzy stwierdzenia.

Powyższe wyniki zdają się obalać hipotezę o efekcie substytucyjnym nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych dla picia napojów alkoholowych przez młodzież.

Powyższą konstatację potwierdza kolejna analiza wykorzystująca model regresji logistycznej (ryc. 4). Na wykresie znajdujemy wartości ilorazu szans, tzn. parametru, który określa, na ile prawdopodobieństwo znalezienia w danej kategorii pijącego jest wyższe od analogicznego prawdopodobieństwa w kategorii referencyjnej. Jeśli zatem za kategorię referencyjną przyjmiemy osoby, które nie potwierdziły żadnego ze stwierdzeń (otrzymały 0 punktów), to zarówno pierwszoklasiści, jak trzecioklasiści z trzema punktami z ponad dwukrotnie (220%) większym prawdopodobieństwem zaliczali się do pijących napoje alkoholowe w czasie ostatnich 30 dni. W przypadku potwierdzenia jednego stwierdzenia lub dwóch stwierdzeń iloraz szans rósł wolniej w młodszej kohorcie niż w starszej. Dopiero w grupie najsilniej uwikłanych w korzystanie z mediów społecznościowych nastąpiło zrównanie tego parametru w obu kohortach. Powyższe analizy przekonują, iż nie tylko teza o substytucyjnej roli mediów społecznościowych wobec picia napojów alkoholowych nie znajduje potwierdzenia w badaniu, ale intensywne korzystanie z mediów społecznościowych wręcz sprzyja w sensie statystycznym picciu napojów alkoholowych.

Rycina 3. Picie napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni według problemowego korzystania z mediów społecznościowych.



Granie w gry na urządzeniach elektronicznych

Aby ocenić wzorce korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, zapytano uczniów o liczbę dni w ostatnim tygodniu oraz przeciętną liczbę godzin w ciągu ostatnich 30 dni spędzonych na graniu w gry na urządzeniach elektronicznych (tj. komputerach, tabletach, konsolach, smartfonach lub innych urządzeniach elektronicznych), rozróżniając dni szkolne i pozaszkolne. Odpowiedzi na pytania dotyczące przeciętnej liczby godzin spędzonych w ciągu ostatnich 7 dni w mediach społecznościowych oraz w ciągu ostatnich 30 dni na graniu to: „brak”, „pół godziny lub mniej”, „około 1 godziny”, „około 2-3 godzin”, „około 4-5 godzin” i „6 godzin lub więcej”. Wyniki zostały

podane oddzielnie dla typowego dnia roboczego i typowego dnia pozaszkolnego, ograniczając pole obserwacji do ostatnich 30 dni przed badaniem.

W obu kohortach liczne frakcje stanowili badani, którzy w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem w ogóle nie korzystali z gier na urządzeniach elektronicznych. Wśród pierwszoklasistów stanowili oni 21%, zaś wśród uczniów klas trzecich – 29%.

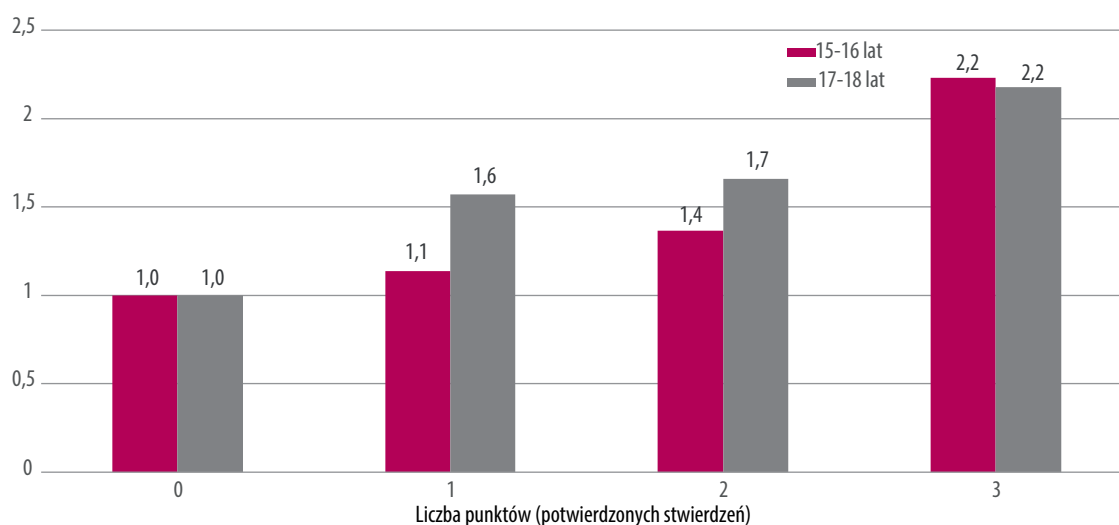
Przez wszystkie siedem dni grało 26% pierwszoklasistów oraz nieco mniej, bo 20% trzecioklasistów.

W tabeli 1. zaprezentowano rozkłady czasu spędzonego na grach na urządzeniach elektronicznych w typowym dniu roboczym i weekendowym, w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem, ale tylko dla tych, którzy grali w tym czasie.

Tabela 1. Czas spędzony na grach na urządzeniach elektronicznych dziennie w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem (średnie oraz odsetki tylko wśród tych, którzy grali w tym czasie).

Kohorta	Pół godziny lub mniej	Ok. 1 godz.	Ok. 2-3 godz.	Ok. 4-5 godz.	6 godzin i więcej	Średnia w minutach
Młodsza kohorta (15-16 lat)						
Typowy dzień roboczy	17	24	32	15	12	171
Typowy dzień weekendowy	10	14	29	24	23	243
Starsza kohorta (17-18 lat)						
Typowy dzień roboczy	21	25	31	14	9	151
Typowy dzień weekendowy	13	16	29	22	21	225

Rycina 4. Picie napojów alkoholowych (ostatnie 30 dni) według problemowego korzystania z mediów społecznościowych (regresja logistyczna – iloraz szans).



Analiza typowego dnia roboczego w młodszej kohorcie graczy ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, którzy grali 2-3 godziny dziennie (32%), mniej osób poświęcało na tę aktywność ok. godziny (24%). W przypadku typowego dnia weekendowego także dominuje frakcja badanych grających 2-3 godziny (29%), ale bardzo liczne są także frakcje badanych grających ok. 4-5 godzin (24%) oraz nawet 6 godzin lub więcej (23%).

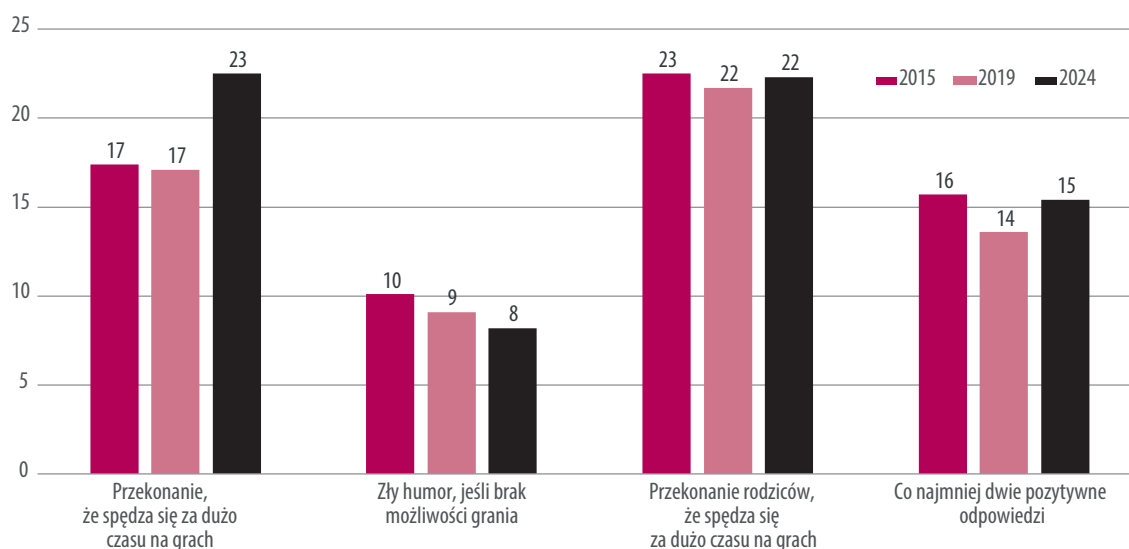
W starszej kohorcie, w typowym dniu roboczym, największy odsetek uczniów poświęcał na grę 2-3 godziny dziennie (31%) lub ok. godziny dziennie (25%). W trak-

cie weekendu dominuje korzystanie z gier 2-3 godziny dziennie (29%).

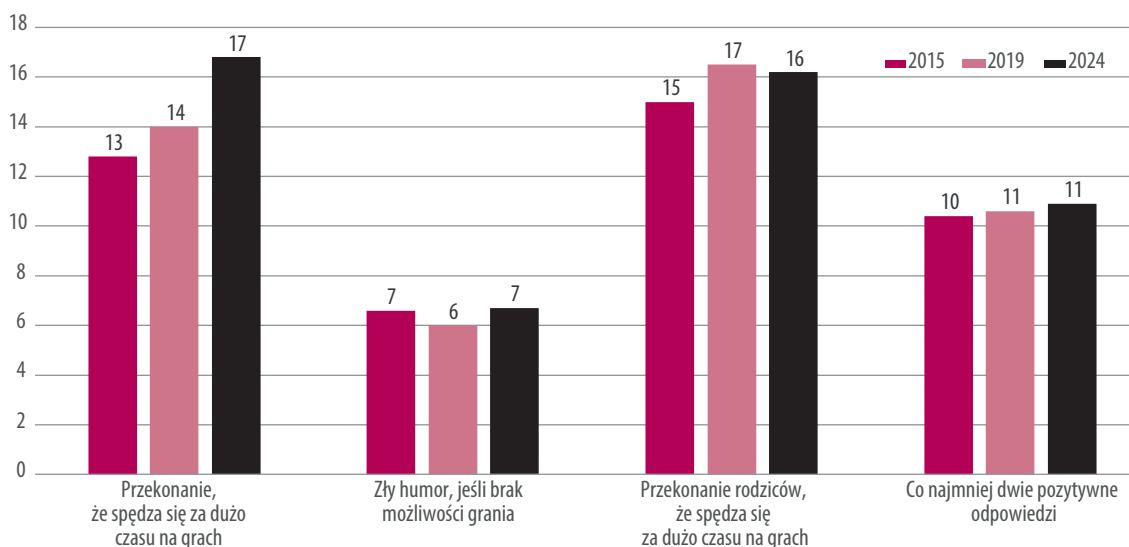
W obu kohortach zgodnie z oczekiwaniami w dni weekendowe na granie poświęca się znacznie więcej czasu niż w dni robocze.

Pierwszoklasiści przeciętnie grali 171 minut dziennie w typowy dzień roboczy, zaś trzecioklasiści nieco mniej – 151 minut. W typowy dzień weekendowy także średnia dzienna jest wyższa u pierwszoklasistów (243 minuty) niż u trzecioklasistów (225 minut). Trudno orzec, czy

Rycina 5. Pozytywne odpowiedzi na pytania testu przesiewowego nadmiernego grania w gry elektroniczne (odsetki uczniów w wieku 15-16 lat).



Rycina 6. Pozytywne odpowiedzi na pytania testu przesiewowego nadmiernego grania w gry elektroniczne (odsetki uczniów w wieku 17-18 lat).



z gier na urządzeniach elektronicznych się wyrasta, czy też mamy do czynienia z efektem kohortowym.

Granie w gry na urządzeniach elektronicznych podobnie jak korzystanie z mediów społecznościowych może przybrać charakter problemowy. Eksplorację tego fenomenu umożliwia tak samo skonstruowany test przesiewowy, opierając się na pytaniu: „W jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami na temat twojego grania w gry na komputerze, tablecie, konsoli, smartfonie lub innym urządzeniu elektronicznym”. Trzy stwierdzenia poddane ocenie badanych, jak również skale odpowiedzi były takie same jak w poprzednim teście. Identyczny był także sposób opracowywania wyników i wartość graniczna dla podwyższonego ryzyka powstania problemów.

Wyniki testu dla pierwszoklasistów zawiera rycina 5, zaś dla trzecioklasistów – rycina 6. Zawierają one odsetki uczniów, którzy w badaniach z lat 2011, 2019 oraz 2024 potwierdzili poszczególne stwierdzenia oraz odsetki tych, którzy uzyskali pozytywny wynik testu, tzn. udzielili przynajmniej dwóch pozytywnych odpowiedzi.

W obu kohortach obserwuje się wzrost odsetków uczniów przekonanych, że spędzają za dużo czasu na grę na urządzeniach elektronicznych. W grupie pierwszoklasistów odsetek ten wzrósł z 17% notowanych zarówno w 2015 roku, jak i w 2019 roku, do 23% w 2024 roku. W starszej kohorcie obserwuje się stopniowe zwiększanie się odsetka z 13% w 2015 roku, do 14% w 2019 roku, aż do 17% w 2024 roku.

Fracje uczniów klas pierwszych doświadczających złego humoru, jeśli pojawia się brak możliwości grania w gry na urządzeniach elektronicznych wykazały słaby trend spadkowy z 10% w 2015 roku do 8% w 2024 roku. Analogiczne odsetki wśród trzecioklasistów są względnie stałe, utrzymując się na poziomie 6-7%.

Udział pierwszoklasistów raportujących przekonanie swoich rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu, utrzymywał się na wyrównanym poziomie 22-23%, zaś trzecioklasistów – 15-17%.

Co najmniej dwie pozytywne odpowiedzi, czyli wynik testu wskazujący na zwiększone ryzyko problemu nadmiernego grania w gry na urządzeniach elektronicznych w 2015 roku wyniósł 16% u uczniów klas pierwszych i 10% u uczniów klas trzecich. W tej pierwszej grupie w 2019 roku spadł do 14% i w 2024 wzrósł do 15%. Wśród trzecioklasistów w latach 2019 i 2024 utrzymywał się na wyrównanym poziomie 11%.

Podobnie jak to było w przypadku wyników testu przesiewowego na problemowe korzystanie z mediów społecznościowych, wyniki testu na problemowe granie w gry na urządzenia elektroniczne są zróżnicowane ze względu na płeć. Jednak kierunek tego zróżnicowania jest odmienny. To wśród chłopców odsetek uczniów z pozytywnym wynikiem jest wyższy niż u dziewcząt. W młodszej kohorcie pozytywny wynik uzyskało 22% chłopców i 9% dziewcząt, zaś w starszej – 16% chłopców i 7% dziewcząt. Tutaj także skala zróżnicowania związanego z płcią jest podobna w obu badanych kohortach.

Granie w gry hazardowe

Sektor gier i zakładów wzajemnych w Polsce obejmuje takie formy działalności, jak: loterie pieniężne, gry liczbowe, zakłady wzajemne, salony gry bingo, kasyna, salony gry na automatach, punkty gry na automatach o niskich wygranych. Gry hazardowe uprawiać można w internecie i poprzez uczestnictwo w loteriach SMS.

W porównaniu do innych problemów społecznych, hazardowi i problemom z nim związanym poświęca się niewiele uwagi w debacie publicznej. Hazard patologiczny, czyli uzależnienie od gier, w powszechnej opinii uznawane jest za stosunkowo marginalne zjawisko dotyczące niewielkiej liczby dorosłych mężczyzn. Hazard problemowy i patologiczny prowadzi do różnego rodzaju problemów zarówno u samych graczy, jak i u ich rodzin oraz najbliższego środowiska społecznego.

Szeroka oferta różnego rodzaju form gier hazardowych skłania do postawienia pytania o rozpowszechnienie wśród młodzieży szkolnej uprawiania gier, które z czasem mogą doprowadzić do problemu hazardu.

Dane z rycin 7 i 8 sugerują, że około jednej czwartej młodzieży w 2024 roku miało za sobą doświadczenia gry na pieniądze. W młodszej kohorcie jest to 25%, w starszej – 27%.

W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 13% pierwszoklasistów i 14% uczniów klas trzecich.

Porównanie wyników z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań wskazywało na trend spadkowy odsetków badanych, którzy grali w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu. Wskaźnik grania w czasie ostatnich 30 dni w starszej kohorcie nie uległ zmianie, zaś w młodszej zmniejszył się. W 2024 roku nastąpiło odwrócenie tych tendencji, wszystkie wskaźniki w obu kohortach znacznie wzrosły.

W ankiecie zapytano także o częstotliwości stawiania pieniędzy w grach hazardowych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Najliczniejszą frakcję w obu kohortach stanowiły osoby, które grały raz w miesiącu lub rzadziej (12% w młodszej i 11% w starszej grupie). Do grania 2-3 razy w tygodniu lub więcej przyznało się 5% pierwszoklasistów i 4% uczniów klas trzecich.

Na rycinie 9 zestawiono dane na temat grania w poszczególne gry hazardowe na miejscu, tzn. w kasynach, salonach gier, punktach bukmacherskich itp. oraz w internecie.

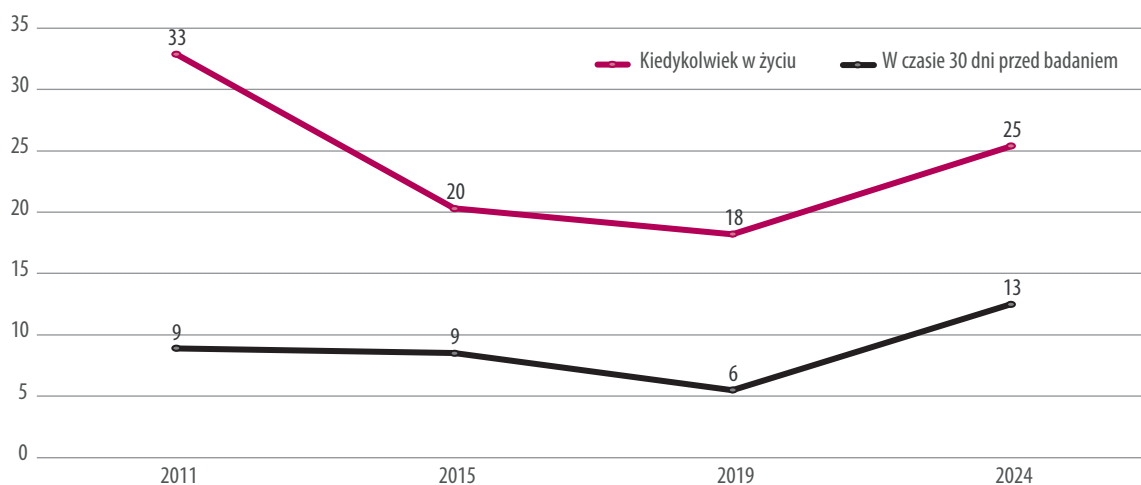
Gdy analizujemy granie na miejscu, to w obu kohortach największą popularnością cieszyły się zakłady sportowe (13% zarówno w młodszej, jak i w starszej grupie). Najmniejszą popularnością cieszyło się wśród pierw-

szoklasistów granie w karty lub kości – 10%, zaś wśród trzecioklasistów granie na automatach – 7%.

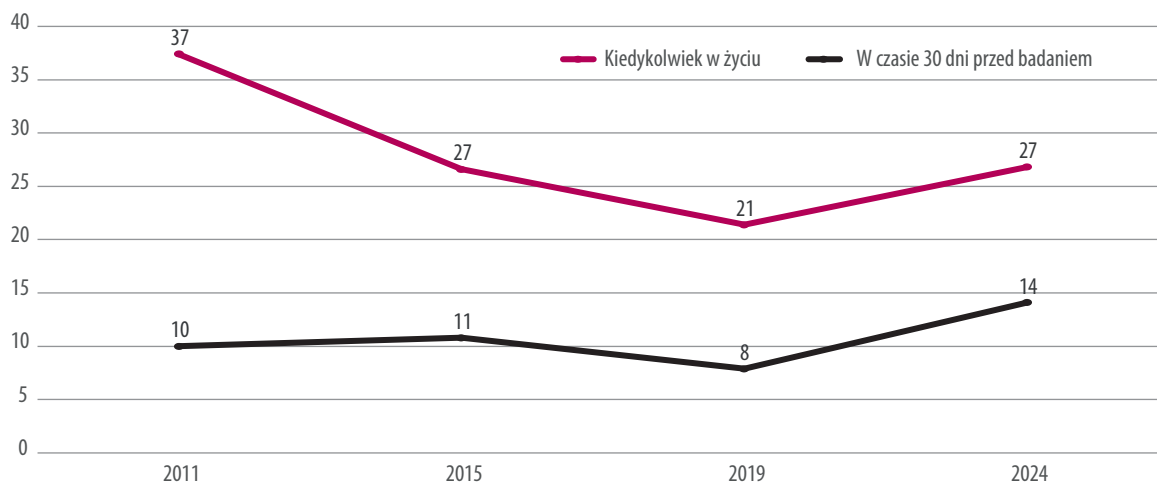
Trochę inaczej jest, gdy mowa o hazardzie w internecie. Wprawdzie tu również w obu kohortach na pierwszym miejscu są zakłady sportowe (13% oraz 16%), a w starszej kohorcie najrzadziej deklarowano grę na automatach (6%), to jednak w młodszej kohorcie wszystkie trzy pozostałe formy hazardu stały się udziałem takiej samej frakcji uczniów (9%).

Z danych zawartych na rycinie wyczytać można także, iż jedynie w przypadku zakładów sportowych w starszej kohorcie zaznacza się przewaga grania on-line nad graniem na miejscu, zaś w przypadku loterii przewaga grania na miejscu nad graniem w internecie. W młodszej kohorcie obserwuje się wyrównany poziom sposobów

Rycina 7. Granie w gry hazardowe, tj. takie, gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać, kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych w wieku 15-16 lat).



Rycina 8. Granie w gry hazardowe, tj. takie, gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać, kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych w wieku 17-18 lat).



zawierania zakładów sportowych oraz lekką przewagę grania na miejscu nad graniem online w gry hazardowe wszystkich pozostałych rodzajów.

W badaniu zastosowano dwa wskaźniki grania problemowego w latach 2011, 2015, 2019 i 2024 (ryc. 10). Pierwszy to potrzeba stawiania w grze coraz większych pieniędzy, a drugi to okłamywanie kogoś ważnego dla respondenta w sprawie tego, jak dużo gra się w gry hazardowe.

W latach 2011–2019 w młodszej kohorcie obserwuje się słaby trend spadkowy odsetków uczniów wyrażających potrzebę stawiania coraz większych pieniędzy z ponad 7% do 6%, zaś w 2024 roku nastąpił wzrost do 9%. W starszej kohorcie analogiczna frakcja w 2011 roku wyniosła 9%, w latach 2015 i 2019 nieco ponad 7%, natomiast w 2024 roku nastąpił powrót do 9%.

Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra, okazało się mniej rozpowszechnione. W 2011 roku 3% uczniów w wieku piętnasto-szesnastu lat, a także w wieku siedemnasto-osiemnastu lat przyznało się do tego zachowania. W następnych latach w młodszej kohorcie odsetek ten oscylował między niespełną 3% i ponad 4%, zaś w starszej wykazywał słaby trend spadkowy z ponad 3% do 2%, aby w 2024 roku wzrosnąć do 4%.

Uczniowie, którzy w 2024 roku zadeklarowali oba symptomy, stanowili w każdej z kohort ok. 3%. Dla porównania, uczniowie, którzy w 2019 roku zadeklarowali oba symptomy, stanowili wśród piętnasto-szesnastolatków oraz wśród siedemnasto-osiemnastolatków 1%. Odsetki w 2015 roku były podobne i wyniosły w młodszej kohorcie 3% oraz wśród uczniów ze starszej kohorty – 2%. Wyniki uzyskane w 2011 roku także nie odbiegały znacząco od

cytowanych i wynosiły wśród piętnasto-szesnastolatków 2%, zaś wśród także siedemnasto-osiemnastolatków – 2%. W sumie porównania wyników z poszczególnych lat nie ujawniają większych różnic.

Zastrzeżenia i ograniczenia

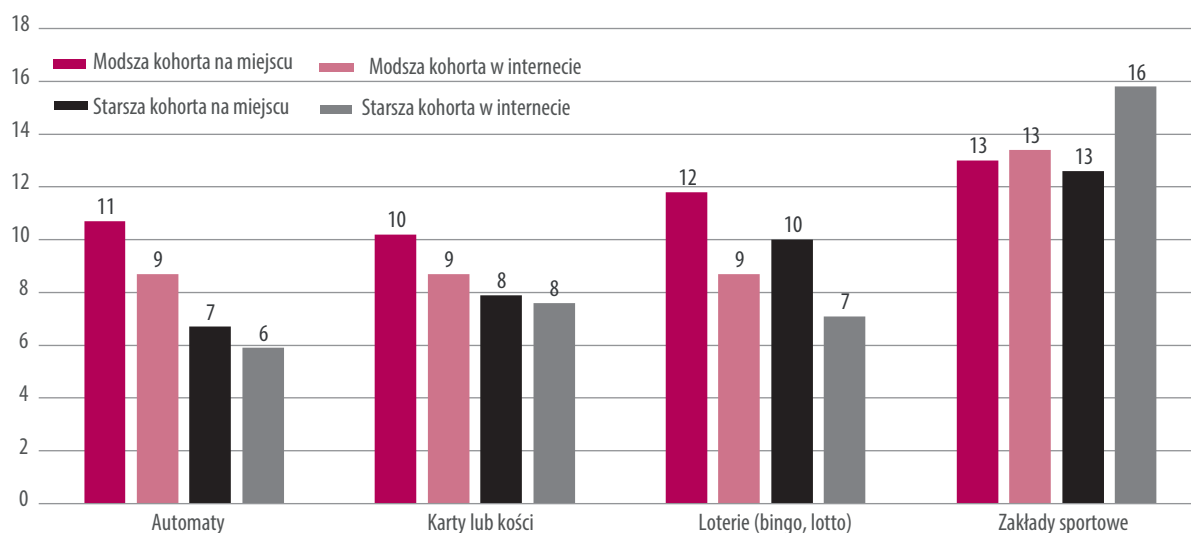
Badania ankietowe, jak wszystkie metody „sprawozdawcze”, są wrażliwe na zniekształcenia intencjonalne wynikające z obawy przed odpowiadaniem na drażliwe pytania, czy nieintencjonalne będące efektem zapomnienia lub błędnej interpretacji pytań. Wprawdzie zachowania młodych ludzi prowadzące do uzależnień behawioralnych nie są tak drażliwe jak używanie narkotyków czy nawet picie alkoholu, to jednak niektóre z nich (np. hazard) mogą być tak traktowane.

Międzynarodowy charakter kwestionariusza wprawdzie przyczynia się do zwiększenia porównywalności wyników z krajów uczestniczących w projekcie, ale niekiedy dzieje się to kosztem ograniczenia krajowej trafności niektórych wskaźników.

Najistotniejsze zastrzeżenia dotyczą wyników obu testów przesiewowych, problemowego korzystania z mediów społecznościowych oraz grania w gry na urządzeniach elektronicznych. Testy te nie były walidowane w Polsce, stąd nie ma pewności, czy próg dwóch potwierdzeń wyznaczony w Danii, jest adekwatny dla zachowań problemowych młodzieży w naszym kraju.

Na koniec trzeba także przypomnieć o zastrzeżeniach wynikających ze znacznych modyfikacji kwestionariusza stosowanego w poszczególnych edycjach badania, co może mieć wpływ na porównywalność wyników serii czasowych.

Rycina 9. Granie w różne rodzaje gier hazardowych na miejscu oraz w internecie w 2024 roku (odsetki uczniów).



Podsumowanie i wnioski

Trend wzrostowy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych notowany w latach 2011–2024 traktować można jako wyzwanie dla profilaktyki bądź jako symptom dynamiki form komunikowania się, stanowiący przejaw głębokiej zmiany społeczno-kulturowej. Stabilizacja w zakresie rozpowszechnienia grania w gry na urządzeniach elektronicznych oznaczać może nasycenie tą formą rozrywki. Warto zauważyć, zarówno w zakresie obecności w mediach społecznościowych, jak i grania w gry na urządzeniach elektronicznych, trend wzrostowy w obszarze świadomości, że spędza się za dużo czasu na tych czynnościach. W przypadku dwóch pozostałych stwierdzeń składających się na każdy z obu testów przesiewowych takiej tendencji się nie notuje.

Zgodnie z wynikami innych badań, także w tym badaniu zaobserwować można większe rozpowszechnienie korzystania z mediów społecznościowych u dziewcząt niż u chłopców oraz większe rozpowszechnienie grania w gry na urządzeniach elektronicznych u chłopców niż u dziewcząt. To kolejne potwierdzenie konstatacji, która ma swój wymiar praktyczny, ukierunkowując interwencje profilaktyczne.

Przenoszenie kontaktów społecznych w świat wirtualny nie staje na przeszkodzie picciu napojów alkoholowych. Wręcz przeciwnie, wraz ze wzrostem zaangażowania w media społecznościowe rośnie prawdopodobieństwo zaliczania się do aktualnych konsumentów napojów alkoholowych.

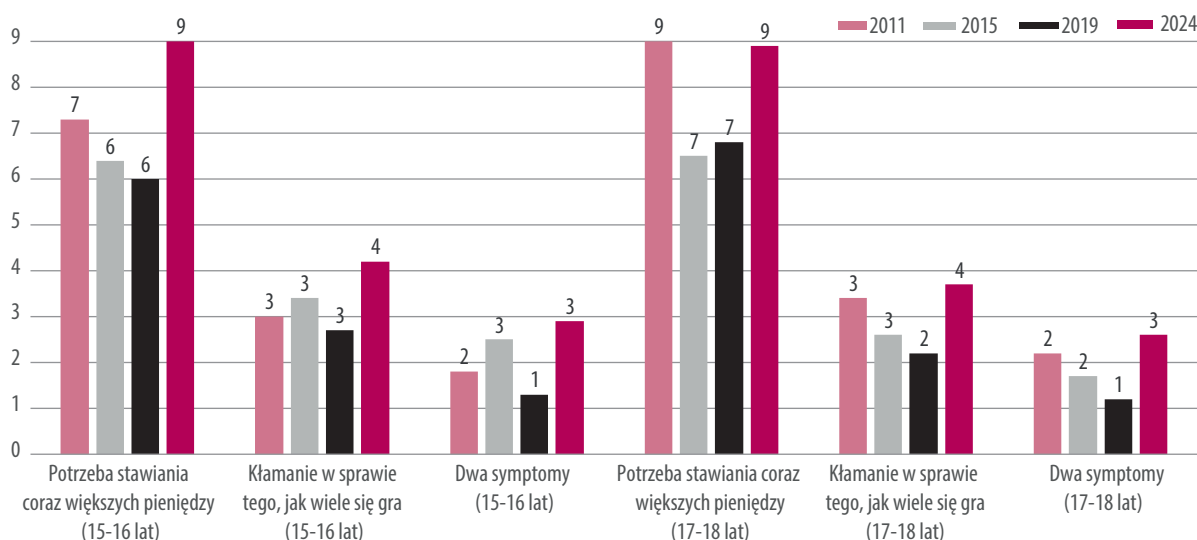
W weekendy spędza się więcej czasu na grach na urządzeniach elektronicznych niż w dni robocze. Pierwszoklasiści spędzają przeciętnie więcej czasu na grach niż trzecioklasiści, zarówno w dni robocze, jak i w weekendy. W starszej kohorcie różnica w średnim czasie między dniami roboczymi a weekendami jest nieznacznie większa niż w młodszej. Otwartym pozostaje pytanie, czy różnice między pierwszoklasistami i trzecioklasistami wynikają z efektu kohortowego, czy też po prostu z gier się wyrasta. Za tą drugą interpretacją zdaje się przemawiać niższy odsetek świadomych zbyt znacznego zaangażowania czasowego w gry u uczniów ze starszej kohorty niż młodszej. Warto dodać, iż globalne wyniki testu przesiewowego sugerują większe rozpowszechnienie grania problemowego w młodszej kohorcie niż w starszej.

Niepokoić może zahamowanie trendu spadkowego grania w gry hazardowe, w 2024 roku rozpowszechnienie wzrosło. Trzeba jednak zauważyć, iż problemowe granie w gry hazardowe pozostaje na niskim i względnie stabilnym poziomie.

Podobne rozpowszechnienie grania na miejscu, jak i w internecie może wskazywać na brak należytej ochrony niepełnoletnich, nawet gdy w grę wchodzi uprawianie hazardu na miejscu.

Porównując rozpowszechnienie nadmiernych czy też problemowych form trzech analizowanych typów zachowań, wydaje się, iż na czoło wysuwa się korzystanie z mediów społecznościowych, na drugim miejscu byłoby granie w gry na urządzeniach elektronicznych, a na trzecim granie w gry hazardowe.

Rycina 10. Pozytywne odpowiedzi na pytania testu przesiewowego problemowego grania w gry hazardowe (odsetki uczniów).



FASD (SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH)

9 września obchodzony jest na świecie Dzień Świadomości FASD, mający na celu przekazanie przyszłym matkom wiedzy na temat picia alkoholu w czasie ciąży i wpływu tego zachowania na rozwój płodu oraz zwrócenie uwagi społeczeństwa na występowanie problemu w skali światowej. Z tej okazji prezentujemy pakiet materiałów na temat FASD udostępnionych przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w internecie pod adresem <https://ciazabezalkoholu.pl/ciaza/czym-jest-fasd>.

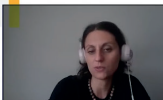


Tematyka pogrupowana jest w pięć działów.

- ➔ Dział **Ciąża i FASD** przybliża samo pojęcie oraz opisuje możliwe konsekwencje ekspozycji płodu na alkohol w czasie ciąży. Odpowiada też na pytanie, dlaczego kobiety w ciąży sięgają po alkohol.
- ➔ W dziale **Strefy** uszczegółowione są informacje kierowane do:
 - ♦ rodziców dzieci z FASD (m.in. w formie dyspozycji, jak zadbać o środowisko dziecka i codzienne postępowanie wobec niego oraz jak rozwijać umiejętności dziecka z FASD),
 - ♦ wychowawców uczniów z FASD,
 - ♦ specjalistów (m.in. prezentowane są polskie wytyczne, opisujące metodologię diagnozowania FASD),
 - ♦ czwarta strefa dotyczy dorosłych z FASD, opisując ich możliwe trudności oraz radząc, jak ich wspierać.
- ➔ Dział **Kampania** prezentuje ogólnopolską kampanię edukacyjną pod hasłem „Ciąża bez alkoholu”. Głównym celem kampanii było zmniejszenie liczby kobiet pijących alkohol w czasie ciąży, promocja całkowitej abstynencji w tym okresie oraz zwiększenie wiedzy o negatywnym wpływie alkoholu na rozwijające się w łonie matki dziecko.

CZY ISTNIEJE NARZĘDZIE DO PRZESIEWOWEJ DIAGNOSTYKI FASD?

TAK! FASD – Tree można uznać za skuteczne narzędzie do przesiewowej diagnostyki FASD!

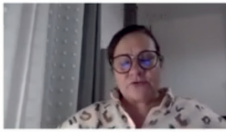
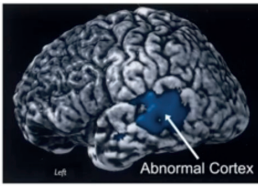


KBC Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Całkowita wielkość mózgu jest zmniejszona – obszary językowe

- Ogólny rozmiar mózgu jest zmniejszony, a niektóre regiony są bardziej dotknięte niż inne.
- Na niebiesko pokazano obszar mózgu ważny dla funkcjonowania języka.



item

Children's Hospital LOS Angeles

USC University of Southern California

KBC Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Zdrowy start w życie to najpiękniejszy prezent, jaki możesz dać swojemu dziecku.

Wrzesień miesiącem świadomości o Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD)

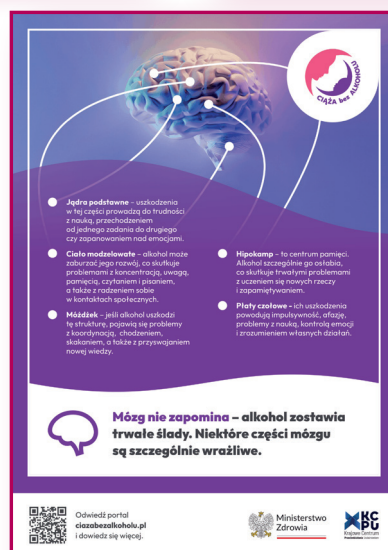
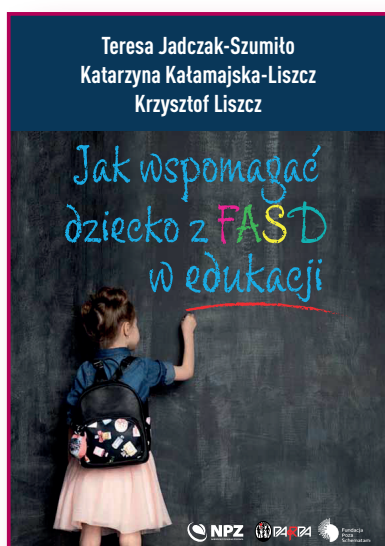
 Ministerstwo Zdrowia

KBC Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

FASD (SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH) cd.

Dział **Materiały** zawiera publikacje i artykuły poruszające tematykę FASD, udostępnia nagrania spotkań online, wykładów ekspertów oraz paneli dyskusyjnych poświęconych FASD, proponuje materiały do druku w formie plakatów oraz banery do umieszczenia na stronach internetowych.

W dziale **Pomoc** podano dane kontaktowe do placówek diagnozujących dzieci w kierunku zaburzeń ze spektrum FASD oraz oferujących pomoc terapeutyczną dzieciom z FASD.



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

Redaktorka naczelna: Bogusława Bukowska;
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz;
Kolegium redakcyjne: Bartosz Kehl, Artur Malczewski, Katarzyna Michalska,
Danuta Muszyńska, Anna Radomska

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Redakcja:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: +48 601 311 454
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Egzemplarz bezpłatny
Nr 3 (111) 2025 r.
Numery archiwalne na stronie:
siu.praesterno.pl
ISSN 2543-8816