



# Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 2 (11) 1999

2000

Nie bierz

BIURO D.S. NARKOMANII

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

## **Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999-2001**

Pragniemy Państwa poinformować, że Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999-2001 został zatwierdzony przez Radę Ministrów.

Krajowy Program, zgodnie z art. 4 par. 1 i 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, stanowi podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Polsce. Został on opracowany według modelowego schematu zalecanego przez Program Kontroli Narkotyków ONZ przez zespół składający się z przedstawicieli resortów ustawowo zobowiązanych do realizacji zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. W wyniku uzgodnień międzyresortowych projekt ulegał wielokrotnym zmianom. Na ostateczny jego kształt znaczący wpływ miały również wprowadzane w kraju reformy, w szczególności reforma służby zdrowia oraz reforma administracyjna kraju.

Krajowy program po raz pierwszy został opracowany w sposób tak szczegółowy i całościowy. Zawiera aktualną ocenę zjawiska narkomanii w Polsce, plany i wytyczne na lata następne oraz wskazuje podmioty odpowiadające za realizację harmonogramu działań.

**Celem Krajowego Programu jest ograniczenie popytu i podaży poprzez stworzenie całościowej strategii obejmującej:**

1. Zwiększenie dostępności do działań profilaktycznych, świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych, poprzez zbudowanie modelowej struktury, która zapewni ciągłość opieki nad osobami zagrożonymi uzależnieniem i uzależnionymi.
2. Podniesienie skuteczności i jakości świadczonych usług profilaktycznych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych, prowadzenie badań ewaluacyjnych ukierunkowanych na ocenę, czy nakłady poniesione na realizację programów są współmierne do ich społecznych rezultatów.
3. Zmniejszenie rozmiarów szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających i substancji psychotropowych poprzez rozwijanie programów edukacyjnych, wymiany igieł i strzykawek oraz programów leczenia substytucyjnego.
4. Zwiększenie skuteczności działania w zakresie zwalczania nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi oraz kontroli prekursorów poprzez wzmocnienie kontroli międzynarodowego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi oraz prekursorami a także wzmocnioną działalność służb policyjnych i celnych.
5. Rozwijanie systemów monitorowania programów w zakresie redukcji popytu i podaży. Jak dotychczas brak w naszym kraju instytucji odpowiedzialnej za koordynację zbierania danych, ich jakości i metodologiczną poprawność procedur. W efekcie nasza wiedza na temat zjawiska i trendów jego rozwoju pozostaje niepełna i przyrasta w tempie wolniejszym niż można by oczekiwać. Intencja zmiany tego stanu rzeczy leży u podstaw projektu powołania resortowych oraz krajowego Centrum Monitorowania Narkomanii, co wiąże się z kolejnym celem Programu dotyczącym:

6. Rozwijania współpracy w obszarze redukcji popytu i podaży na poziomie międzynarodowym. Zapisana w międzynarodowych konwencjach idea współdziałania społeczności międzynarodowej wymaga wspólnej, skoordynowanej bazy informacyjnej oraz zintegrowanych działań służb i instytucji odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii.

W celu poprawienia drożności systemu opieki nad osobami uzależnionymi, zapewnienia systemu wzajemnie uzupełniających się działań profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych oraz ekonomizacji działań w powyższych zakresach proponuje się w Krajowym Programie **MODELOWĄ STRUKTURĘ** :

### 1. Poziom profilaktyki:

- 1.1. Środowiskowe świetlice i kluby dla dzieci i młodzieży (min. 2 w gminie)
- 1.2. Ośrodki profilaktyki środowiskowej dla dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem, o szerokim zakresie działań profilaktycznych: edukacja dzieci, młodzieży i rodziców oraz grup zawodowych, diagnoza, psychoterapia, psychoedukacja, programy socjoterapeutyczne (min. 1 w gminie).

### 2. Poziom pierwszej interwencji

- 2.1. Ambulatoria obejmujące wstępną diagnozę oraz działania środowiskowe i rodzinne (min 1 w powiecie);
- 2.2. Dzielne Oddziały dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających nie wymagających całonocnej opieki (min. 2 w województwie, min. 60 miejsc);

### 3. Poziom leczniczy

Oddziały detoksykacyjne (od 0,1 do 0,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców w zależności od potrzeb na danym terenie).

## SPIS TREŚCI

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999-2001 ..... 2

Deklaracja ONZ na temat wiodących zasad ograniczania popytu na narkotyki  
*Jacek Moskalewicz* ..... 5

Reforma Służby Zdrowia  
*Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych* ..... 7

Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach  
*Raport z badań jakościowych*  
*Janusz Sierosławski* ..... 14

Interdyscyplinarna strategia zapobiegania narkomanii w społeczności lokalnej  
*Grażyna Świątkiewicz* ..... 23

Narkomani w więzieniach i po odbyciu kary - *Seminarium Grupy Pompidou (Rada Europy)*  
*Janusz Sierosławski* ..... 29

Studenci a substancje psychoaktywne  
*Wyniki badań ankietowych w Gdańsku*  
*Jolanta Wojciechowska* ..... 34

Z publikacji zagranicznej  
DrugNet Europe  
*Janusz Sierosławski* ..... 41

#### 4. Poziom rehabilitacji

- 4.1. Oddział wczesnej terapii - prowadzenie terapii krótkoterminowej w systemie całodobowym (min. 2 w województwie)
- 4.2. Poradnie profilaktyki i terapii uzależnienia - diagnoza, detoksykacja domowa, terapia (min. 3 w województwie)
- 4.3. Poradnie profilaktyki, terapii uzależnienia i terapii rodzin (min. 1 w województwie)
- 4.4. Całodobowy oddział terapii uzależnienia, w tym:
  - oddziały dla dzieci i młodzieży ( min. 30 miejsc w województwie),
  - oddziały dla dorosłych (min. 60 łóżek w województwie),
  - oddziały specjalistyczne (w miarę możliwości i potrzeby);

#### 5. Poziom readaptacji

Hostele lub mieszkania adaptacyjne dla osób kończących pozytywnie leczenie (min. 15 łóżek w województwie).

#### 6. Poziom minimalizacji szkód związanych z używaniem środków odurzających

- 6.1. Programy edukacyjne dotyczące bezpiecznych zachowań związanych z używaniem środków odurzających i substancji psychotropowych.
- 6.2. Programy wymiany i rozdawnictwa igieł, strzykawek oraz rozdawnictwa prezerwatyw w populacji osób uzależnionych od środków odurzających.
- 6.3. Programy pracowników ulicznych oraz *outreach* - ukierunkowane na docieranie do osób używających środki odurzające pozostających poza wszelkimi systemami oddziaływań zdrowotnych.
- 6.4. Programy substytucyjne obejmujące osoby długotrwale uzależnione od opiatów, bezskutecznie podejmujące wcześniej leczenie konwencjonalnymi metodami.

#### 7. Poziom działań samopomocowych

Popieranie i wspieranie ruchów samopomocowych wśród osób uzależnionych i ich rodzin.

Krajowy Program poddany będzie ciągłemu monitorowaniu w celu śledzenia postępów jego realizacji, a także identyfikacji osiągnięć i niepowodzeń w poszczególnych sferach działań. Źródłem danych do monitorowania Programu będą:

- Dane statystyczne instytucji reagujących na problem narkomanii
- Wyniki badań epidemiologicznych
- Sprawozdania z realizacji programu
- Wyniki ewaluacji poszczególnych przedsięwzięć Programu.

Przedstawione w Krajowym Programie zadania i cele obejmują całe spektrum zagadnień związanych ze sceną narkotykową w naszym kraju. Program zakłada efektywną, zrównoważoną politykę w zakresie ograniczania zarówno popytu, jak i podaży na środki odurzające.

W dobie obecnej żadna instytucja, czy organizacja nie jest w stanie samodzielnie i skutecznie realizować zadań z dziedziny przeciwdziałania narkomanii. Postulowane w Programie jednoczenie wysiłków w tym zakresie i realizowanie międzyresortowej współpracy zapewnić powinno efektywne wykorzystywanie środków i potencjału organizacyjnego. Konieczne jest łączenie wieloprofilowych działań oraz realizowanie ich w ramach współpracy międzynarodowej, w ramach polityki państwa, a także w ramach polityki lokalnej dostosowanej do potrzeb danych grup społecznych.

Krajowy Program uwzględnia te postulaty i - choć przy ograniczonych możliwościach finansowych - pozwala żywić nadzieję na skuteczną jego realizację.

(red)

## **DEKLARACJA ONZ NA TEMAT WIODĄCYCH ZASAD OGRANICZANIA POPYTU NA NARKOTYKI**

W czerwcu 1998 r. przedstawiciele krajów członkowskich przyjęli na Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych Deklarację na temat Wiodących Zasad Ograniczania Popytu na Narkotyki (*Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*). Przyjęcie tego dokumentu symbolizuje zwrot, jaki obserwuje się w ostatnim dziesięcioleciu w polityce wobec narkomanii na świecie. Po dekadach priorytetu dla ograniczania podaży, walki z przestępczością zorganizowaną, represji wobec dealerów i samych narkomanów, coraz częściej do głosu dochodzi potrzeba bardziej zrównoważonej polityki, w której istotną rolę przypisuje się ograniczaniu popytu.

Od początku mijającego stulecia wszystkie międzynarodowe traktaty i konwencje, łącznie z ratyfikowanymi przez Polskę konwencjami z 1961, 1977 i 1988 roku, dotyczyły kontroli podaży. Deklaracja jest więc pierwszym dokumentem tej rangi zmieniającym obowiązujące dotychczas priorytety.

Składa się z czterech rozdziałów:

- Wyzwanie
- Zobowiązania
- Wiodące zasady
- Wezwanie do działania

### **Wyzwanie**

Narkomania jest problemem wpływającym destrukcyjnie na rozwój społeczny i gospodarczy we wszystkich krajach świata, w krajach rozwiniętych i w krajach rozwijających się, pro-

blemem występującym we wszystkich segmentach społeczeństwa.

Okresowi gwałtownych transformacji społecznych towarzyszy wzrost podaży narkotyków i popytu na nie. Dotychczasowe wysiłki rządów koncentrowały się na ograniczaniu podaży, handlu i zwalczaniu dystrybucji narkotyków. Efektywna, zrównoważona polityka obejmuje kontrolę podaży i ograniczanie popytu, prowadzi do wzajemnego wzmacniania się obu podejść. Nadszedł czas, aby zintensyfikować wysiłki w zakresie ograniczania popytu i wyasygnować odpowiednie do tego środki.

### **Zobowiązania**

Kraje Członkowskie Narodów Zjednoczonych zobowiązują się do:

- podporządkowania swojej polityki zasadom przyjętym w Deklaracji,
- popierania programów ograniczania popytu i zapewnienia odpowiednich środków do realizacji tych programów,
- promowania współpracy międzynarodowej i międzyregionalnej w celu zrównoważenia polityki kontroli podaży i ograniczania popytu,
- zawierania odpowiednich umów dwu- i wielostronnych.

### **Wiodące zasady**

Polityka ograniczania popytu powinna:

- zmierzać nie tylko do zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych, ale także do ograniczania negatywnych następstw ich używania,

- zapewnić partycypację społeczności lokalnych, szczególnie tych narażonych na duże ryzyko,
- szanować odmienności kulturowe, respektować zróżnicowane potrzeby kobiet i mężczyzn.

### **Wezwanie do działania**

- Pełna, systematycznie powtarzana diagnoza sytuacji wykorzystująca badania naukowe jest niezbędnym warunkiem podjęcia skutecznych działań.
- Ograniczanie popytu musi uwzględniać możliwie szeroki wachlarz przedsięwzięć, od zapobiegania używaniu narkotyków do ograniczania negatywnych następstw ich przyjmowania. Powinno ono obejmować informację, edukację, podnoszenie wrażliwości opinii publicznej, wczesną interwencję, poradnictwo, leczenie, rehabilitację, zapobieganie nawrotom, opiekę postrehabilitacyjną i resocjalizację.
- Postęp i rozwój polityki ograniczania popytu wymagają stałej ewaluacji uwzględniającej specyfikę kulturową społeczności.

Deklaracja jest pierwszym tej rangi dokumentem, w którym społeczność międzynarodowa wzywa nie tylko do ograniczenia używania narkotyków, ale także negatywnych konsekwencji ich przyjmowania. Oznacza to pośrednie uznanie strategii ograniczania szkód (harm reduction) za pełnoprawny element polityki.

Deklaracja podkreśla konieczność kompleksowego, zintegrowanego podejścia, w miejsce izolowanych, ograniczonych do jednego resortu działań, które do niedawna dominowały w polityce wobec narkomanii.

Partycypacja społeczności, partnerstwo różnych sektorów, profesji w miejsce dominacji i

centralizacji powinny charakteryzować politykę wobec narkomanii.

Deklaracja akcentuje rolę badań naukowych, diagnozy sytuacji i oceny potrzeb jak również ewaluacji. Wyniki badań, a nie jak to często bywało dotychczas przekonania i stereotypy, powinny być źródłem i inspiracją strategii ograniczania popytu.

Deklaracja nie ma mocy konwencji. Jednak, podobnie jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, stanowi standardy, do których osiągnięcia rządu zobowiązują się dążyć i zgodnie z którymi będzie się je oceniać.

*Jacek Moskalewicz*

*Instytut Psychiatrii i Neurologii*

## **REFORMA SŁUŻBY ZDROWIA**

### **Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych**

Mijający 1999 rok okazał się bardzo trudny dla lecznictwa i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Zgodnie z Ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, świadczenia zdrowotne dla osób uzależnionych, nie objętych ubezpieczeniem, powinny być finansowane przez Kasy Chorych. Zarówno pacjenci, jak i środowiska medyczne wiązały duże nadzieje z wprowadzaniem reformą służby zdrowia. Niestety, Kasy Chorych powołując się na różne uzasadnienia i interpretacje prawne, wielokrotnie odmawiały zakupu świadczeń zdrowotnych.

Wobec zapaści, jaka groziła lecznictwu i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków, Ministerstwo Zdrowia w połowie 1999 r. podjęło decyzję o wyasygnowaniu dodatkowych funduszy na zakup świadczeń zdrowotnych, gwarantujących utrzymanie dotychczasowej bazy materialnej i poziomu świadczeń.

Z myślą o nadchodzącym kolejnym roku funkcjonowania zreformowanej służby zdrowia, we wrześniu br., Biuro ds. Narkomanii zorganizowało dla kierowników zakładów opieki zdrowotnej spotkanie z p. Krzysztofem Tronczyńskim, z-cą Dyrektora ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych w Biurze Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, pełniącym równocześnie funkcję z-cy Dyrektora ds. medycznych w Krajowym Związku Kas Chorych. Ce-

lem spotkania było przede wszystkim zapoznanie kierowników placówek z istotnymi kwestiami prawnymi dotyczącymi reformy służby zdrowia, ale jednocześnie formuła spotkania dawała możliwość otrzymania odpowiedzi na konkretne pytania i wątpliwości związane z finansowaniem przez Kasy Chorych świadczeń dotyczących lecznictwa i rehabilitacji osób uzależnionych.

Poniżej prezentujemy Państwu zapis wspomnianego wyżej spotkania mając nadzieję, że przedstawione przez Dyrektora Tronczyńskiego kwestie będą pomocne w negocjacjach z Kasami Chorych.

#### **• *Które ośrodki mogą składać oferty do Kas Chorych?***

Dotyczy to wszystkich ośrodków publicznych i niepublicznych. Nie ma różnicy. O ile w ubiegłym roku byliśmy niejako przymuszeni do tego, aby zawierać kontrakty ze wszystkimi ośrodkami publicznymi, o tyle w tym roku nie musimy tego robić, ponieważ pojawia się konkurencja. Jeżeli zakład niepubliczny przedstawi lepszą ofertę, to konkurs ofert wygra właśnie on. Lepszą, znaczy również tańszą, chociaż oczywiście nie zawsze. Mamy pewne standardy i po to je Państwu dajemy, aby móc skontrolować oferty jakie otrzymujemy. Jeżeli przykładowo jeden ośrodek złoży ofertę za 50 zł,

a drugi za 500 zł, to oczywiście powstaje pytanie: skąd aż taka duża różnica?

W tym roku kontrakty z „Monarem” nie były zawierane zgodnie z prawem, gdyż ośrodki te nie posiadają osobowości prawnej. Jeżeli nie zostaną poczynione kroki w celu otrzymania przez ośrodki „Monaru” osobowości prawnej, to sytuacja tych ośrodków będzie zła.

Umowy mogą być podpisywane tylko z tymi świadczeniodawcami, którzy posiadają osobowość prawną.

- ***Od czego zależy, czy dana placówka zostanie zakontraktowana przez Kasę Chorych jako oddział, a nie jako ośrodek?***

Zależy głównie od tego, jak zostanie złożona oferta. Placówki składające ofertę do Kas Chorych muszą skalkulować, co się bardziej opłaca. Określenie „oddział” odnosi się również do oddziałów dziennych. Ośrodek może być traktowany jako oddział, albo będzie to ośrodek świadczący ambulatoryjne specjalistyczne świadczenie zdrowotne.

- ***Aby otrzymać osobowość prawną wystarczy posiadać rejestr ZOZ, czy też trzeba utworzyć Radę Nadzorczą ?***

Rejestr Wojewody nie nadaje osobowości prawnej.

- ***Gdzie można uzyskać informacje dotyczące: poradni, oddziałów detoksykacyjnych, ośrodków leczenia uzależnień, oddziałów psychiatrycznych, leczenia metadonowego, tego do jakiej kategorii zaklasyfikować daną placówkę świadczeń zdrowotnych - kto i w***

***jakim czasie ma je wykonywać, jakie są wymagania co do obsady personalnej danej placówki?***

Wszystko to jest opisane w standardach, które są dostępne w Kasach Chorych.

Standardy w psychiatrii są jednymi z najlepszych, jakie powstały w MZ i OS.

Wśród nich są takie, które odpowiadają zarówno świadczeniodawcy, jak i Kasie Chorych. Każda Kasa Chorych publikuje także szczegółowe informacje na temat warunków konkursu ofert.

- ***Jak zakontraktować z Kasą Chorych placówkę posiadającą program terapeutyczny, zajmującą się całodobowym leczeniem dzieci uzależnionych?***

Ośrodek taki najlepiej jest zakontraktować jako oddział leczenia odwykowego. Przy czym, w ofercie należy zaznaczyć, że ośrodek taki nie jest szpitalem, gdyż nie posiada OIOM\* . W takim wypadku należy wypełnić tylko tę część formularza, która dotyczy oddziału odwykowego. Ośrodek ten nie musi być oddziałem szpitalnym.

- ***W przypadku leczenia osób uzależnionych nie obowiązuje rejonizacja. Czy w związku z tym, pacjent może być nieubezpieczony i czy ma prawo wyboru placówki, w której chce podjąć leczenie? Czy za leczenie takiego pacjenta Kasy Chorych regulują kwestie finansowe między sobą?***

Kasy Chorych podpisały porozumienie w sprawie rozliczeń między nimi. Pacjent ma

\* Oddział Intensywnej Opieki Medycznej



prawo do bezpłatnej opieki, nie obowiązują go rejonizacja i ma prawo wyboru ośrodka, a Kasy Chorych muszą zapłacić za leczenie tych pacjentów, którzy są ubezpieczeni. Za nieubezpieczonych Kasa Chorych nie płaci - to jest zobowiązanie budżetu Państwa.

- ***Czy na bazie ZOZ można oferować miejsca opiekuńczo-lecznicze nie powołując Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego?***

Zgodnie z prawem, ZOZ nie może oferować tego, co jest w ZOL. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy może być powołany tylko przez organ upoważniony do powoływania zakładu publicznego, czyli: Radę Gminy, Radę Powiatu, Sejmik Wojewódzki, Wojewodę, Kościół, Stowarzyszenie. Natomiast ZOZ może dać opiekę nad przewlekle chorymi z tytułu opieki pielęgnacyjnej i taką ofertę można złożyć w Kasie Chorych na podstawie osobodnia.

- ***Czy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej będą mogły realizować programy metadonowe?***

Jeżeli za programy metadonowe będą płacić Kasy Chorych, to w standardach, które opracowaliśmy jest opisany program metadonowy i konkretny program do zakontraktowania.

W chwili obecnej programy metadonowe nie mogą być prowadzone przez ośrodki niepubliczne. Z punktu widzenia Kasy Chorych, jako instytucji parabankowej nie ma to żadnego znaczenia, czy robi to publiczny, czy niepubliczny ośrodek. Jednak Kasa Chorych, jako element rynku medycznego, zgadza się ze stanowiskiem MZ i OS, że programy te powinny być prowadzone przez podmioty publiczne.

- ***Czy pieniądze z Kas Chorych będą przekazywane tylko za pacjentów ubezpieczonych?***

Tak.

- ***Załóżmy, że placówka otrzyma odpowiedź pozytywną z innych Kas Chorych, niż np. Mazowiecka i będzie otrzymywała zwrot kosztów poniesionych na leczenie pacjenta. Jednak pacjent oprócz opieki w zakresie leczenia uzależnień będzie wymagał dodatkowej opieki specjalistycznej, na przykład wycięcia wyrostka robaczkowego. Czy w takiej sytuacji oprócz tego co będzie przyznane za osobodzień na pacjenta, Kasa Chorych do której dany pacjent należy zapłaci za jego dodatkowe leczenie?***

W takim wypadku Kasa Chorych, do której dany pacjent należy, zwróci za nagłe zachorowanie, jednak dotyczy to tylko przypadków, które ustawa określa jako nagłe zachorowanie. Jeżeli na przykład pacjent podczas pobytu w ośrodku leczenia uzależnień będzie chciał wstać sobie nową protezę dentystyczną, to prawdopodobnie Kasa Chorych nie będzie chciała za to zapłacić. I ma do tego prawo.

- ***Czy pacjent uzależniony od narkotyków, będący nosicielem wirusa HIV, może równocześnie leczyć się w dwóch ośrodkach: ośrodku leczenia uzależnień oraz w pionie zakaźnym i czy koszty leczenia obu schorzeń zostaną pokryte przez Kasę Chorych?***

Pacjent uzależniony, zrażony wirusem HIV, może równocześnie leczyć się w więcej niż jednej placówce. Każda z placówek musi oddzielnie przedstawić Kasie Chorych koszty poniesione na leczenie takiego pacjenta. Placów-

ka odwykowa przedstawi Kasie koszty leczenia uzależnień, placówka leczenia HIV - koszty leczenia HIV. Kasa Chorych zwróci pieniądze za leczenie takiego pacjenta oddzielnie każdej placówce.

- ***Jeżeli Kasa Chorych wyda promesę, czy dla ośrodka jest to gwarancja, że koszty poniesione na leczenie takiego pacjenta zostaną zwrócone przez Kasę Chorych?***

Jeżeli Kasa Chorych wyda promesę, to oczywiście jest gwarancja, że koszty poniesione na leczenie zostaną zwrócone. Promesa jest zabezpieczeniem zarówno dla Kas Chorych, jak i dla ośrodka. Kłopot polega na tym, że po pierwsze jest to bezprawne, a po drugie, Kasy nie nauczyły się jeszcze psychiatrii i leczenia uzależnień. W Kasach Chorych musi być więcej specjalistów, którzy rozumieją, że dobrze jest, jeżeli leczenie pacjenta np. z Olsztyna odbywa się w województwie dolnośląskim. W zaleceniach, jakie otrzymają Kasy na rok 2000, informacje takie będą umieszczone z zaznaczeniem tego, aby promesy nie były wymagane od pacjentów, którzy chcą się leczyć w placówkach leczenia odwykowego i psychiatrycznego.

- ***Kiedy Kasa Chorych zapłaci za leczenie pacjenta?***

W ustawie nie jest napisane, kiedy Kasa Chorych ma zapłacić za pacjenta. Zasady regulowania należności określa umowa między Kasą a świadczeniodawcą.

- ***Kasa Chorych zażądała podania numeru lekarza, który skierował pacjenta do psychiatrii. Czy jest to zgodne z ustawą o ochronie danych osobowych?***

Kasa Chorych ma prawo wiedzieć dokładnie wszystko łącznie z danymi medycznymi, ale podania takich informacji może zażądać tylko osoba do tego upoważniona. Jediną gwarancją jest to, że przepisy prawa będą respektowane. Podając informację trzeba założyć, że daje się ją osobie upoważnionej. Jeżeli informacja ta wydostanie się na zewnątrz, pacjent ma prawo oskarżyć lekarza. Kasa ma prawo żądać podania informacji, kto skierował pacjenta, ponieważ zakładamy, że do leczenia odwykowego powinni trafiać pacjenci skierowani przez specjalistę.

- ***Mazowiecka Kasa Chorych oczekuje od naszych Ośrodków utworzenia sal, w których przebywać będzie nie więcej niż 2 - 3 osoby. Czy ma do tego prawo?***

Człowiek nie powinien na stałe przebywać w sali większej niż dwie osoby. Czasem ciężko jest nawet wtedy, gdy w pokoju przebywają razem dwie osoby. Moim zdaniem terapia nie odbywa się w miejscu wypoczynku, ale to nie o to chodzi. Oczywiście możemy posprzeczać się merytorycznie. Myślę, że Pan mi nie udowodni, że to jest terapia, a ja Panu udowodnię, że to terapia nie jest. Jeżeli ośrodek nie posiada sal dwuosobowych, to bardzo ważne jest opisanie w ofercie składanej do Kas Chorych, dlaczego takich sal nie ma. Oczywiście brak sal dwuosobowych nie spowoduje, że taki ośrodek odpadnie z konkursu.

- ***Czy przed przyjęciem pacjenta na leczenie mamy prawo zwrócić się do Kasy Chorych, do której pacjent należy, o wydanie zgody na leczenie? Czy w przypadku braku takiej zgody możemy nie przyjąć pacjenta? Jak będzie to wyglądało w świetle obowiązujących przepisów mówiących o tym, że w***

*przypadku leczenia uzależnień nie obowiązuje rejonizacja i jest obowiązek przyjęcia pacjenta na leczenie tam, gdzie pacjent sobie życzy?*

Nie ma takiego przepisu, który pozwala żądać od pacjenta potwierdzenia z Kasy Chorych.

To Kasy wprowadziły sobie przepis mówiący o tym, że zapłacą tylko za pacjentów posiadających potwierdzenie z rodzimych Kas Chorych. Jest to porozumienie między Kasami.

Jak mówiłem wcześniej, moim zdaniem te zasady nie powinny dotyczyć osób uzależnionych i chorych psychicznie

- *Prowadzę ośrodek dla dzieci w wieku 8-17 lat. Ośrodek funkcjonuje dzięki temu, że podpisałem w 70% kontrakt z Biurem ds. Narkomanii. Mam smutne doświadczenie z jedną z Kas, z którą również podpisałem kontrakt. Kasa zażądała, abym to ja negocjował z pozostałymi Kasami Chorych. Mimo, że otrzymałem zgodę na leczenie od Kasy, ta - w trakcie leczenia wycofała się. Dzieci nadal przebywają w ośrodku. Większość z nich jest u mnie z nakazu sądowego.*

Mogę tylko powiedzieć, że Kasa Chorych zobowiązana jest do tego, aby zapłacić za pacjentów ubezpieczonych lub członków rodzin ubezpieczonych. Robię wszystko, aby wytłumaczyć Kasom, że dla nikogo nie jest przyjemnością iść do ośrodka odwykowego, a tym bardziej z nakazu sądowego. Kasy Chorych nauczone przez innych świadczeniodawców boją się.

- *Pacjent ma pełne prawo wyboru na terenie, której Kasy Chorych chce się leczyć. Mazowiecka Kasa natomiast żąda od nas, czyli od poradni, zaświadczenia, że my kierujemy da-*

*nego pacjenta do konkretnej placówki. Na ile prawne jest to żądanie, abyśmy my wnioskowali o leczenie w ośrodkach spoza Mazowieckiej Kasy Chorych.*

Kasa traktuje Państwa tak, jak innych świadczeniodawców. Opiera się to na przepisie ustawy, który mówi, że jeżeli na terenie danej Kasy nie można zapewnić danego świadczenia, to pacjent może leczyć się gdzie indziej, czyli uzasadnienie musi dać placówka. Oczywiście żądanie takiego uzasadnienia w przypadku leczenia uzależnień nie powinno mieć miejsca, ale z drugiej strony, jeżeli mamy tworzyć system, to nie wdawałbym się w dyskusję tylko napisałbym bardzo długie uzasadnienie.

- *W jednej placówce znajduje się jednocześnie oddział dzienny, oddział stacjonarny i ambulatorium. Czy w takiej sytuacji należy złożyć jedną, czy też trzy oferty do Kas Chorych?*

Należy złożyć trzy oferty i tak proszę to robić.

- *Kasa Chorych zażądała od ośrodka przedstawienia spisu wystawionych recept z niebieskim paskiem. Czy to zgodne z prawem?*

Tak, mają prawo sprawdzić recepty.

- *W ubiegłym roku zakontraktowaliśmy 25 miejsc. Za 10 miejsc zwróciła nam Kasa Chorych, za pozostałe 15 Biuro ds. Narkomanii. Rozumiem, że w tym roku będziemy musieli te proporcje odwrócić. Według standardów Kas Chorych, ośrodek musi posiadać minimum 20 łóżek, aby był traktowany jako oddział odwykowy, a co za tym idzie, musi posiadać określoną obsługę terapeutyczną. Wcześniej większość etatów opłacało Biuro ds.*

***Narkomanii. Czy w związku z odwróceniem proporcji Kasa Chorych zapłaci za etaty?***

Kasę Chorych nie interesuje, czy personel ośrodka jest zatrudniony na pełnym etacie, na pół etatu, czy na umowę zlecenie. Ośrodek ma obowiązek zapewnić świadczenie fachowym personelem. Kasę Chorych interesuje, jaką cenę za swoje świadczenie przedstawi placówka. Kasa sprawdza tylko, czy ośrodek zatrudnia fachowców, a na podstawie jakiej umowy o pracę są oni zatrudnieni Kasę Chorych nie interesuje.

Jeżeli inny ośrodek, posiadający taki sam personel, te same kompetencje i ten sam oddział zaproponuje niższą cenę, to Kasa podpisze kontrakt nie na dwadzieścia, a na czterdzieści łóżek - ośrodek droższy odpadnie.

***Jakie są Pana prognozy na rok 2000?***

Bardzo nad tym boleję, ale niestety są bardzo złe. Ośrodki są ze sobą wzajemnie skłócone i z tego powodu przegrywają. Poza tym lecnicstwo odwykowe nie jest lecnictwem urgensowym. Myślę, że czasem brakuje zrozumienia również tego, jakie powinno być lecnicstwo odwykowe i to zarówno w społeczeństwie, jak wśród osób zarządzających funduszami.

***Pacjent ubezpieczony ma prawo do lecnicstwa refundowanego przez Kasy Chorych. W tym roku Kasy wprowadziły jednak limity miejsc. Ja rozumiem, że wynika to z braku pieniędzy, ale interesuje mnie, jak zostało to zaplanowane na rok 2000?***

Nie ma limitów, jest liczba wykupionych świadczeń. Kasa Chorych kontraktuje pewne świadczenia medyczne. Podaż jest większa niż

popyt, ale popyt ograniczony jest nie tylko przez Kasy Chorych, czyli przez finanse, ale również przez jakość świadczeń. Kasa musi się zbilansować. Jeżeli Kasy zbankrutują, to padnie cały budżet.

***Kogo podać do sądu w sytuacji, gdy budżet państwa winny jest ośrodkowi 40 000 zł. Ani dzielnica, ani gmina, ani powiat, ani wojewoda, ani ministerstwo, nie chce się przyznać do tego, że jest reprezentantem tego budżetu?***

Powiem uczciwie, ja podałem wojewodę do sądu, bo to on jest reprezentantem Skarbu Państwa na terenie województwa.

***Pani Minister napisała, że za leczenie bezdomnych nieubezpieczonych, zobowiązany jest zapłacić Ośrodek Opieki Społecznej, na terenie którego znajduje się Ośrodek, w którym Ci ludzie przebywają.***

Są pieniądze przeznaczone na bezdomnych uprawnionych, którzy nie są ubezpieczeni i powinny być wypłacane z gminy, na terenie której ta osoba zamieszkuje, a jeżeli trwale zerwała związek z gminą tak, jak mówi Ustawa o Systemie Ubezpieczeń Społecznych, to pieniądze powinien przekazać powiat, na terenie którego ta osoba przebywa, przy czym środki finansowe gmina, czy powiat powinni otrzymywać z budżetu państwa od wojewody, który jest dysponentem na tym poziomie. Zawierania biorą się z tego, że bardzo często wojewoda nie uruchomił tych pieniędzy.

***Ponieważ nie jesteśmy w stanie przewidzieć ilu pacjentów będziemy mieli z poszczególnych Kas Chorych, jak w takiej sytuacji będzie wyglądało rozliczanie Kas Chorych?***

Kłopot polega na tym, że Kasy Chorych tak jak spierają się z Wami, spierają się również między sobą. Są jednak zawsze zobowiązane do płacenia za swoich członków.

- ***W standardach, jakie otrzymałem z Kas Chorych napisane jest, że na 100 tys. mieszkańców przysługują trzy miejsca w placówkach leczenia uzależnień i psychiatrii. Czy to oznacza, że część miejsc będzie zlikwidowana? Z tego co wiem, w chwili obecnej tych miejsc przypada więcej niż trzy na 100 tys. mieszkańców.***

Nie wiem. Mogę tylko powiedzieć, że te standardy zostały ustalone przez specjalistów krajowych oraz przez przedstawicieli pracodawców i związków zawodowych oraz specjalistów w danej dziedzinie łącznie z przedstawicielami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

- ***Czy brak kontraktu z daną Kasą Chorych zwalnia tę Kasę z obowiązku ponoszenia kosztów za pacjentów jej podlegających?***

Oczywiście, że nie. Jeżeli Kasa odmówi zwrotu kosztów za leczenie pacjenta, placówka rehabilitacyjna może wnieść sprawę do sądu. Trzeba jednak pamiętać o tym, że tego typu sprawy trwają dość długo, niekiedy nawet około 2 lat. Jeżeli placówka posiada fundusze na utrzymanie w czasie trwania procesu, to oczywiście może to zrobić i z pewnością wygra sprawę w sądzie. Kasa pokrywa uzasadnione koszty leczenia swoich członków.

- ***Czy w najbliższym czasie zmienią się dyrektorzy Kas Chorych?***

Mam nadzieję, że do końca tego roku nic się nie zmieni.

- ***Czy mógłby Pan powiedzieć kilka słów o procedurach odwoławczych?***

Nie ma żadnych procedur odwoławczych. Zgodnie z rozporządzeniem można się skarżyć i protestować, jednak nie istnieje jednostka, do której można by się było odwoływać. Jest Rada Kasy oraz UNUZ\*, który jest tym miejscem, gdzie możecie Państwo składać zażalenia i skargi. UNUZ jest jedyną instytucją, która ma możliwość kontrolowania wszystkich, od ZUS-u począwszy, na świadczeniodawcy skończywszy.

(red)

\* Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych

# UCZNIOWIE I NAUCZYCIELE O STYLACH ŻYCIA MŁODZIEŻY I NARKOTYKACH

## RAPORT Z BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

### Wprowadzenie

W latach dziewięćdziesiątych przeprowadzono w naszym kraju wiele badań nad problemem używania narkotyków przez młodzież szkolną. Zwykle realizowane one były metodą ankiety audytoryjnej, przy użyciu mniej, czy bardziej wystandaryzowanego kwestionariusza. Taka metodologia mieszcząca się w nurcie badań ilościowych jest użyteczna przy szacowaniu rozpowszechnienia problemu lub też przy weryfikacji hipotez odnoszących się do warunkowań czy konsekwencji zjawiska. Badania ilościowe zwykle jednak niewiele wnoszą do głębszego zrozumienia problemu. Jeśli chcemy dowiedzieć się czegoś o miejscu narkotyków w kulturze młodzieżowej, roli jaką pełnią w jej stylu życia, czy sposobach rozumienia problemu przez młodzież powinniśmy sięgnąć do metod jakościowych, takich jak na przykład wywiad pogłębiony, wywiad grupowy lub obserwacja uczestnicząca. Badania z wykorzystaniem tych metod nie odznaczają się wprawdzie reprezentatywnością w sensie statystycznym, nie pozwalają na ilościowe uogólnienia, ale mogą przyczynić się do lepszego rozumienia mechanizmów decydujących o związkach stwierdzanych w badaniach ilościowych. Metody jakościowe są szczególnie użyteczne w

pierwszej, eksploracyjnej fazie procesu badawczego. Dzięki ich zastosowaniu można lepiej zrozumieć badaną rzeczywistość, sformułować hipotezy i wybrać bardziej trafne wskaźniki do badań ilościowych. W takiej też roli metody jakościowe zostały zastosowane w badaniu zrealizowanym przez Instytut Spraw Publicznych na wiosnę tego roku. Ogólnym celem programu badawczego podjętego przez Instytut jest poznanie miejsca narkotyków w kulturze młodzieżowej. Badanie zakłada próbę spojrzenia na narkotyki i ich używanie z perspektywy młodzieży, odczytanie znaczeń jakie są im przypisywane, poznanie roli jaką pełnią w stylu życia młodego pokolenia. Problem narkotyków jest tu analizowany w szerokim kontekście kultury młodzieżowej, norm, zwyczajów i problemów wieku dorastania. Postawy młodzieży wobec narkotyków są konfrontowane z postawami dorosłych odpowiedzialnych za wychowanie, a więc nauczycieli, pedagogów szkolnych, dyrektorów szkół.

Zrealizowane już badanie metodami jakościowymi stanowi pierwszy etap projektu, który przewiduje również ogólnopolskie badania ankietowe. Wyniki tego etapu zostały opublikowane przez Instytut Spraw Publicznych w raporcie autorstwa Barbary Fatygi i Janusza Sierosławskiego pt. „Uczniowie i na-

uczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach. Raport z badań jakościowych”. Publikacja ta jest dostępna w Instytucie Spraw Publicznych, można ją nabyć za zaliczeniem pocztowym lub poprzez księgarnię internetową<sup>1</sup>. W tym artykule przedstawiona zostanie część wyników odnoszących się do postaw wobec narkotyków.

Badanie zostało przeprowadzone w dwóch miastach: Warszawie i znacznie mniejszym mieście, liczącym ok. 40 tys. mieszkańców. Badaniem objęto uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz ich wychowawców. Dane zbierano techniką wywiadu grupowego i pogłębionych wywiadów indywidualnych. Ponadto obserwacji poddano szkoły i ich bezpośrednie otoczenie.

## **Narkotyki w opiniach młodzieży**

Dla młodych respondentów, trudne do zdefiniowania okazało się samo pojęcie narkotyku. Pytanie o to, co to jest narkotyk wywoływało zwykle konsternację. Po chwili zastanowienia, badanym udawało się ułożyć nieporadną definicję, albo przynajmniej wskazać cechy określające istotę narkotyku. Dla większości badanych narkotyk, to substancja lub środek, określany najczęściej jako:

- odurzający lub oszalamiający
- chemiczny
- uzależniający
- szkodliwy dla zdrowia
- dający przyjemne przeżycia.

Narkotyk bywał też opisywany w kategoriach używki, co zbliża go do takich substancji legalnych jak alkohol czy tytoń, a nawet jeszcze bardziej niewinnych, takich jak kawa.

Generalnie w postrzeganiu narkotyków przez młodzież obecne są zawsze dwa elementy - pozytywny (przyjemność, lepsze samopoczucie, nowe wrażenia, itp.) decydujący o ich atrakcyjności i negatywny w postaci zagrożeń konsekwencjami, głównie zdrowotnymi.

W definicjach budowanych przez młodzież praktycznie nie odwoływano się do kryterium statusu prawnego substancji. Narkotyk nikomu nie kojarzy się z substancją nielegalną. Wydaje się, że wymiar legalności substancji, decydujący w istocie o jej społecznym obrazie i współwyznaczający charakter i nasilenie konsekwencji społecznych i zdrowotnych, nie jest obecny w myśleniu młodych ludzi o problemie narkotyków. Wskazuje to, jak się wydaje, na wyraźne deficyty w kulturze prawnej młodych ludzi oraz oznacza brak głębszej refleksji nad problemem.

Młodzież sporo wie na temat narkotyków, wiedza ta jest jednak często fragmentaryczna i nie zawsze zgodna z prawdą. Wywiady nie potwierdzają powszechnego przekonania o tym, że młodzież wie wszystko o narkotykach. Badani zwykle nie mieli większych trudności w przytoczeniu nazw bardziej znanych narkotyków, chociaż znajomość nazw poszczególnych środków okazała się być zróżnicowana. Znacznie więcej trudności sprawiały badanym pytania sondujące bardziej szczegółowo wiedzę na temat wyglądu poszczególnych substancji, sposobu ich przyjmowania, efektów działania oraz zagrożeń, jakie niesie ich używanie. Stosunkowo najwięcej młodzieży wie na temat przetworów konopi, a następnie amfetaminy i LSD. Tu również spotykamy u niektórych badanych przekonania stojące w sprzeczności ze stanem wiedzy naukowej - najbardziej jaskrawy przykład to przekonanie o całkowitej nieszkodliwo-

<sup>1</sup> Instytut Spraw Publicznych. 02-053 Warszawa, ul. Mikołaja Reja 7., tel. (22) 825 76 80, fax (22) 825 53 05, internet: [www.isp.org.pl](http://www.isp.org.pl)

ści marihuany oraz o braku możliwości uzależnienia się od niej. W ocenach niektórych badanych marihuana nie zasługuje w ogóle na miano narkotyku - „to zupełnie niegroźne ziółko”. Inny mit dotyczący narkotyków, pojawiający się w wypowiedziach młodzieży, to możliwość uzależnienia się od niektórych narkotyków, już przy pierwszym użyciu.

Młodzież potrafi wymienić wiele zagrożeń wynikających z używania narkotyków. Zagrożenia te wiązane są jednak bardziej z narkomanią rozumianą jako uzależnienie, niż z okazjonalnym, czy eksperymentalnym używaniem narkotyków. A te dwie sprawy młodzież bardzo wyraźnie odróżnia. Wprawdzie nikt nie kwestionuje, że okazjonalne używanie narkotyków może doprowadzić do narkomanii, to jednak powszechne jest przekonanie, że wystarczy zachować miarę, tzn. nie sięgać po nie zbyt często. Przy ocenie stopnia szkodliwości narkotyków młodzież często odwołuje się do pojęcia umiaru. Zdaniem niektórych badanych wszystkie substancje mogą być szkodliwe jeśli w ich używaniu przebiera się miarę i wszystkie też mogą być bezpieczne jeśli używa się ich odpowiednio. Szkodliwość poszczególnych substancji widziana jest przez niektórych badanych nie jako ich immanentna cecha, a raczej jako rezultat interakcji użytkownik - substancja.

Tak bulwersujący środowisko dorosłych spór, co do podziału narkotyków na „miękkie” i „twarde”, znajduje odzwierciedlenie także wśród młodzieży. O ile jednak w przypadku dorosłych przeważa pogląd o braku uzasadnienia dla takiego podziału, to młodzież przychyliła się do poglądu o jego zasadności. Dla większości nastolatków kwestia zróżnicowania szkodliwości narkotyków leżąca u podstaw idei podziału wydaje się oczywista. Przekonanie o silnie zróżnicowanej szkodliwości środków oraz nie jedna-

kowym potencjale uzależniania wpływa często z osobistych obserwacji najbliższego otoczenia, a także niekiedy własnych doświadczeń.

Nie ma natomiast pełnej zgody co do tego, jakie substancje zaliczyć można do każdej z tych grup. Wątpliwości nie budzi umieszczenie marihuany wśród „miękkich” i kokainy lub heroiny wśród „twardych”. Dyskusyjne jest natomiast zakwalifikowanie amfetaminy, czy LSD, a nawet zmienionej genetycznie odmiany konopi, tzw. skuna. Często przywoływanym kryterium podziału jest naturalne, bądź chemiczne pochodzenie substancji. Kryterium to nie wydaje się szczególnie trafne bowiem np. opiaty, czy kokaina najsilniej i najszybciej uzależniające substancje są pochodzenia roślinnego.

Nie jest również jasne, co w praktyce oznaczać ma podział na narkotyki „miękkie” i „twarde”. Czy tylko oczywiste stwierdzenie zróżnicowania ryzyka i skali zagrożeń, czy też w ślad za tym odmienną politykę wobec poszczególnych substancji? Innymi słowy czy podział ten ma spełniać jedynie rolę opisową, czy też powinien stanowić drogowskaz dla polityki społecznej i rozwiązań prawnych. O tym drugim świadczy kontrowersja dotycząca legalizacji marihuany. Niektórzy badani okazali się gorącymi zwolennikami takiego rozwiązania. W uzasadnieniu wskazywali oni na otwierającą się w wyniku legalizacji możliwość kontroli jakości i dostępności tego środka oraz likwidację efektu „owocu zakazanego”. Inni byli legalizacji przeciwni utrzymując, że przyczyniło by się to do wzrostu rozpowszechnienia i zwiększenia rozmiarów szkód zdrowotnych.

Dywersyfikacji świata narkotyków w opiniach młodzieży towarzyszy dominujące przekonanie o ich współnocie z alkoholem i tytoniem. Pod względem traktowania substancji psychoaktywnych opinie młodzieży są zdumie-



wajaco zbieżne ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia, wedle którego wszystkie substancje psychoaktywne są szkodliwe niezależnie od ich statusu prawnego. Dla większości młodych respondentów do narkotyków zaliczyć też trzeba alkohol i tytoń. W konsekwencji, spojrzenie młodych ludzi na substancje psychoaktywne bliższe jest perspektywie zdrowia publicznego, niż np. porządku prawnego, czy kontroli społecznej. W uzasadnieniach traktowania napojów alkoholowych i tytoniu, jako desygnatów pojęcia narkotyk, pojawiają się właśnie właściwości uzależniające.

Nie wszyscy badani byli zgodni w swoich ocenach co do mniejszej lub podobnej szkodliwości przetworów konopi, jak alkoholu czy tytoniu. W wypowiedziach wielu badanych uderza racjonalne myślenie na ten temat, niezależnie od stanowiska, jakie jest jego efektem. W ocenach szkodliwości bierze się pod uwagę nie tylko rodzaj środka, ale i wzór przyjmowania - np. częstotliwość, czy motywacje używania.

Badana młodzież bez oporów deklarowała swoje doświadczenia z narkotykami. Otwartą pozostaje kwestia, czy wszystkie deklaracje znajdują pokrycie w faktach. Moda na narkotyki powodować może, że niektórzy przyznają się do ich używania mimo, że nie mieli z nimi do czynienia. W wywiadach znajdujemy też przykłady wstrzemięźliwości w mówieniu o swoich doświadczeniach z narkotykami lub wręcz odmowy udzielenia odpowiedzi na takie pytania. Moda na narkotyki z jednej strony i obawy części młodzieży z drugiej, są ważnymi czynnikami ograniczającymi rzetelność danych z badań ankietowych realizowanych technikami ilościowymi. Dane z wywiadów sugerują, że skrzywienie wyników w stronę przeszacowania może być silniejsze niż w stronę niedo-

szacowania. Generalnie wydaje się, że młodzież bardziej jest skłonna przesadzać w opisie swoich doświadczeń z narkotykami, niż je ukrywać.

W przeważającej większości kontakty badanych z narkotykami ograniczały się do eksperymentowania z przetworami konopi. Kilka osób próbowało również innych środków - głównie amfetaminy i halucynogenów. Niektórych zaliczyć można do grupy okazjonalnych użytkowników konopi, co oznacza używanie zwykle raz do kilku razy w miesiącu.

Do pierwszych prób z narkotykami dochodzi zwykle w szkole średniej, chociaż zdarza się to już w starszych klasach szkół podstawowych. Dominującymi motywami sięgnięcia po narkotyk jest ciekawość, poszukiwanie nowych wrażeń, nuda. Niekiedy u podłoża inicjacji znajdujemy czynniki sytuacyjne - namowa ze strony kolegów, okazja powstała na prywatce. W wywiadach nie odnajdujemy przykładów agresywnego marketingu ze strony dealerów czy nacisku ze strony kolegów. Jeśli inspiracja pochodzi z zewnątrz to przybiera ona zwykle formę łagodnego bodźca, na który można odpowiedzieć w różny sposób. Odmowa skorzystania z okazji zazwyczaj nie wiąże się z odrzuceniem, czy innymi restrykcjami towarzyskimi. Jeśli na przykład na prywatce pojawia się narkotyk, to używają go tylko niektórzy, inni pozostają przy alkoholu. Przyjęcie narkotyku nie nobilituje, zaś odmowa nie usuwa nikogo na margines. W zasadzie do narkotyku nikogo się nie namawia, inaczej niż bywa to w przypadku alkoholu.

Wśród motywów okazjonalnego używania narkotyków najczęściej pojawiają się potrzeba silnych wrażeń, nuda, przyjemność, ucieczka od stresów i frustracji. Poza motywami natury psychologicznej pojawiają się też motywy społeczne. Zwraca się uwagę na integracyjną funk-

cję wspólnego używania narkotyków. Używanie narkotyków, szczególnie przetworów konopi, jest też drogą do osiągnięcia najwyższej cenionego przez młodzież stanu „luzu”. Podobnie jak w innych badaniach „luz” stanowi dla nastolatków istotną wartość, wspólny dla większości komponent postawy życiowej.

Innym ważnym pojęciem stanowiącym kontekst dla narkotyków, w opinii badanych jest „zabawa”, tj. przede wszystkim młodzieżowe spotkanie nazywane zwykle „ imprezą”. Narkotyki, szczególnie przetwory konopi, w znacznym stopniu mogą ją uatrakcyjnić. Kontekst zabawy towarzyszy większości relacji o doświadczeniach z narkotykami.

Niektóre środki pełnią, według młodzieży, inne funkcje. Amfetamina na przykład używana jest nie tylko w celach zabawowych, ale również po to, by móc dłużej i intensywniej uczyć się przed sprawdzianem, czy egzaminem.

Istotnym czynnikiem popularności narkotyków jest też moda. Moda na narkotyki pojawia się nie tylko bezpośrednio w wypowiedziach badanych, ale również można ją odczytać ze sposobu, w jaki niektórzy z nich mówią o narkotykach. Wbrew pozorom nie jest ona jednak powszechna, nie wszyscy młodzi ludzie jej ulegają.

Zdaniem młodzieży, powodów używania narkotyków jest wiele i większość z nich dotyczyć może w zasadzie każdego młodego człowieka. Praktycznie żadne z wymienianych przez badanych przyczyn nie mogłyby stać się podstawą do określenia grupy ryzyka. Żadne nie mają nadzwyczajnego charakteru, wszystkie mieszczą się w zakresie normalności.

Zasadniczo okazjonalne używanie narkotyków nie spotyka się z potępieniem młodych ludzi. Nie jest ono w ogóle ujmowane w kategoriach etycznych, nie stanowi moralnego problemu. O narkotykach młodzież mówi w ka-

tegoriach przyjemnych efektów oraz przewidywanych następstw i zagrożeń - głównie zdrowotnych, ale niekiedy także społecznych.

Praktycznie nikt z badanych nie wiązał okazjonalnego używania narkotyków ze zwiększeniem atrakcyjności towarzyskiej. Narkotyki stały się, zdaniem badanych, tak powszechne, że używanie ich dawno straciło walor nobilitujący. Ktoś, kto ma za sobą przeżycia wywołane narkotykiem nie jest już postrzegany jako osoba owiana mgiełką tajemniczości, kontestator tradycyjnych wartości czy romantyczny straceniak. Narkotyki stały się elementem banalnej rzeczywistości, dostępne powszechnie tak jak alkohol, używane w zasadzie instrumentalnie. Jeszcze w latach siedemdziesiątych narkotyki miały swoje ideologiczne podłoże. Ich używanie wplecione było początkowo w ideologię hippisowską, później w inne nurty subkulturowe. W latach osiemdziesiątych postępował proces emancypacji narkotyków. Sięgano po nie bez ideologicznych uzasadnień, tylko dla ich psychoaktywnych właściwości. Jednocześnie wraz z organizowaniem się środowisk narkomanów w odpowiedzi na działania ograniczające podaż używanie narkotyków zaczęło obrastać we własną subkulturę otoczkę. Zaczęły pojawiać się symbole, normy, zwyczaje właściwe grupom osób używających narkotyków. Osoby używające narkotyków stanowiły dość hermetyczne kręgi, właściwości farmakologiczne używanych wówczas środków prowadziły szybko do uzależnienia i społecznej marginalizacji. Subkultura narkotyków stanowiła dla niektórych atrakcyjną ofertę kulturową, nie zyskiwała jednak powszechnej aprobaty. Częściej budziła lęk i niechęć lub współczucie niż chęć uczestnictwa. Przaśny charakter używanych narkotyków - opiaty domowego wyrobu

- iniekcjna droga wprowadzania ich do organizmu, skojarzenie z zakażeniami HIV, łatwo dostrzegalny, szybki proces degradacji społecznej i zdrowotnej nie zachęcały do naśladowania. Lata dziewięćdziesiąte diametralnie zmieniły sytuację. Pojawienie się na rynku nowych substancji, przyjmowanych w mniej inwazyjny sposób, otoczonych nimbem „czystych”, eleganckich i w dodatku nieszkodliwych środków znacznie zwiększyło atrakcyjność psychoaktywnej oferty. Z czasem, w miarę zbierania doświadczeń, rozwoju nielegalnego rynku oraz wzrostu rozpowszechnienia doszło do wykrystalizowania się obrazu korzyści i zagrożeń związanych z używaniem poszczególnych środków i w ślad za tym wizerunek użytkowników poszczególnych środków. Narkotyki, takie jak przetwory konopi zyskały znaczny stopień akceptacji, nie są całkiem odrzucane także takie środki jak amfetamina, LSD czy ecstazy. Z całkowitym brakiem akceptacji spotykają się natomiast narkotyki przyjmowane w iniekcjach, przede wszystkim opiaty domowego wyrobu, czyli tzw. „kompot”. Osoby używające tego środka są praktycznie odrzucane - to nie są ludzie, z którymi chciałoby się kolegować. Jednak nawet w tym przypadku częściej niż potencjalnie pojawia się współczucie.

Młodzież w zasadzie nie identyfikuje narkotyków z subkulturami młodzieżowymi. Przy opisach poszczególnych subkultur narkotyki pojawiają się rzadko. Problem narkotyków rozwija się jakby równolegle, niezależnie od subkultur. Według niektórych badanych jednak, używanie pewnych narkotyków może być charakterystyczne dla niektórych subkultur. Identyfikacja z subkulturą nie zawsze sprzyjać będzie kontaktom z narkotykami. Na przykład uczestnictwo w subkulturze skinheadów może mieć wręcz walor prewencyjny. Narkotyki są

zdecydowania odrzucane przez przedstawicieli tych kręgów, a ich użytkownicy - niekiedy brutalnie - zwalczani.

W badanych szkołach podejmowano programy profilaktyczne. W żadnej szkole nie objęły one jednak całej młodzieży. Oddziaływania profilaktyczne raportowane zarówno przez młodzież, jak przez wychowawców przybierały formy bądź to programów prowadzonych przez osoby z zewnątrz, bądź to z inicjatywy samych nauczycieli polegające na rozmowach o narkotykach lub demonstracji materiałów edukacyjnych (np. organizacja pozarządowa „Karan”, Program PARPA „Elementarz”, czy pogadanki prowadzone przez policję).

Działania profilaktyczne pozostawiały znaczny niedosyt u badanych, budziły też wiele kontrowersji. Podstawowe zastrzeżenia formułowane przez młodzież w wywiadach to brak szczerzej dyskusji na temat narkotyków w atmosferze partnerstwa oraz powierzchowność przekazywanej wiedzy. Niektórzy badani zgłaszali niebezpieczeństwo instruktażowego charakteru przekazywanych informacji sprzyjającego sięganiu po narkotyki, inni byli zdania, że trzeba mówić dokładnie o wszystkim - przekaz nie może ograniczać się do ogólnego stwierdzenia, że narkotyki szkodzą. W wypowiedziach badanych pojawiły się też postulaty prowadzenia edukacji na temat narkotyków i ich szkodliwości znacznie wcześniej, niż robi się to obecnie.

### **Narkotyki z perspektywy wychowawców**

Inaczej na kwestie narkotyków patrzą badani dorośli, czyli nauczyciele, pedagodzy szkolni i dyrektorzy szkół. Wykazują mniej-

szą wiedzę na temat narkotyków, a wielu z nich nawet nie rozróżnia poszczególnych środków.

Wprawdzie dla części dorosłych nieobce jest wspólne traktowanie wszystkich substancji psychoaktywnych jako narkotyków, to jednak dla większości narkotyki z jednej strony i alkohol oraz tytoń z drugiej, to jakościowo różne sprawy. Uzasadnienia dla odrębnego traktowania tych substancji dostarcza ich status prawny i kulturowy. Wprawdzie zarówno picie alkoholu jak palenie tytoniu jest w przypadku niepełnoletnich niedopuszczalne, to jednak łamanie tej normy oznacza tylko trochę wcześniejsze wkroczenie w świat zachowań aprobowanych społecznie. Sięgnięcie po narkotyk jest zaś zachowaniem, na które nigdy nie będzie przyzwolenia. Dlatego też dorośli znacznie bardziej boją się, że ich podopieczni będą eksperymentować z narkotykami, niż że będą popijać. Paradoksalnie, zagrożenie narkotykami powoduje atmosferę przyzwolenia ze strony części wychowawców dla picia przez ich podopiecznych. Alkohol postrzegany jest jako mniejsze zło, które trzeba zaakceptować lub przynajmniej tolerować.

Także przyczyny używania narkotyków przez młodzież inaczej postrzegane są przez ich wychowawców. Poszukują oni przyczyn nadzwyczajnych, nie są w stanie pojąć, że narkotyki w świecie młodych są czymś normalnym, a dla ich spróbowania nie potrzebne są ani nadzwyczajne uzasadnienia, ani szczególne okoliczności. Większy nacisk kładą zatem dorośli na takie przyczyny jak problemy rodzinne czy zawód miłosny. Wychowawcom nie starcza wyobraźni, by pojąć, że normalny, dobry uczeń o prawidłowych relacjach z rodzicami bez żadnego nadzwyczajnego powodu, ot tak dla zabawy, mógłby sięgnąć po narkotyk.

Wychowawcy w swoich wypowiedziach akcentują związku narkotyków z subkultura-

mi. Ich wypowiedzi ilustrują z jednej strony brak elementarnej wiedzy o tym ważnym obszarze młodzieżowej rzeczywistości jakim są subkultury, a z drugiej - schemat uproszczonego myślenia, wedle którego subkultury są złe i narkotyki są złe, zatem jedno z drugim musi się wiązać. Nie trudno zgadnąć, jaki może być potencjał profilaktyczny działań, u podstaw których tkwią założenia oparte na takim uproszczonym sposobie widzenia młodzieżowego świata.

Generalnie w myśleniu dorosłych o narkotykach znacznie częściej odnajdujemy perspektywę etyczną. O narkotykach mówi się przede wszystkim w języku norm i ich łamania, i tam szuka się uzasadnień. Wychowawcy nie dostrzegają, że wymagania stawiane młodzieży często trafiają w próżnię, gdy podstawowym ich uzasadnieniem jest norma, szczególnie wywodząca się ze świata dorosłych. Jest to pewnie jeden z powodów, dla którego w kwestii narkotyków tak trudno jest się porozumieć wychowawcom i wychowankom.

Brak partnerskiej dyskusji z młodzieżą na temat narkotyków jest wynikiem odmiennego sposobu patrzenia na problem. Dorośli mają zupełnie inny stosunek do narkotyków, inaczej je postrzegają i oceniają. Zamiast podjąć próbę zrozumienia punktu widzenia podopiecznych i na tym gruncie pomóc młodym ludziom podejmować właściwe decyzje, koncentrują się na wykrywaniu przypadków. Ta, po trosze policyjna strategia, prowadzi niekiedy do kompromitujących efektów, na pewno zaś nie służy budowaniu porozumienia między młodzieżą a światem dorosłych.

W atmosferze braku porozumienia trudno też wykorzystać profilaktyczny potencjał tkwiący w pierwszych, często nieudanych eksperymentach z narkotykami podejmowanych przez

młodzież. Moment pierwszych doświadczeń wydaje się być kluczowym z profilaktycznego punktu widzenia. Umiejętnie podjęta interwencja profilaktyczna, rozmowa w atmosferze życzliwości i zrozumienia, pomoc w dokonaniu bilansu korzyści i strat, wsparcie racjonalnymi argumentami może przechylić szalę na korzyść decyzji o zaniechaniu dalszych prób z narkotykami. Interwencja taka nie ma szans w atmosferze nagonki ze strony wychowawców i pełnego „podziemia” ze strony młodzieży.

Wydaje się, że minął już czas stosowania jednakowych form oddziaływań profilaktycznych adresowanych do wszystkich uczniów w klasie szkolnej. Zróznicowanie wśród młodzieży pod względem stopnia zainteresowania, wiedzy, postaw, czy też zachowań na polu substancji psychoaktywnych wymaga indywidualizacji podejścia. W miejsce klasy szkolnej, podmiotem oddziaływań profilaktycznych należy uczynić bądź poszczególnych uczniów, bądź to w miarę jednolite pod względem zaangażowania w narkotyki grupy rówieśnicze, czy towarzyskie. Istnieje wtedy możliwość podejmowania głębszych działań, a przede wszystkim dostosowania zakresu i poziomu przekazu do potrzeb odbiorców. Oczywiście wydaje się, że innego typu oddziaływań potrzebują osoby, które jeszcze nie podjęły prób z narkotykami, innych uczniowie, którzy mają już za sobą pierwsze doświadczenia, innych także okazjonalni użytkownicy przetworów konopi, dla których marihuana czy skun są już nieodłącznym atrybutem każdej prywatki. Działanie profilaktyczne może być skuteczne, jeśli ma precyzyjnie określony cel i odpowiednio dobrane środki. Nie należy się łudzić, że w ten sam sposób możemy ochronić kogoś przed inicjacją i pomóc komuś innemu, kto od dawna pali marihuanę, w decyzji o zaniechaniu używania środków bardziej destrukcyjnych.

## Posumowanie i wnioski

Podsumowując wyniki badania w części odnoszącej się bezpośrednio do narkotyków trzeba wskazać, że materiał zgromadzony w toku badania pozwala na skonfrontowanie stanu świadomości nastolatków w kwestii narkotyków z postawą dorosłych odpowiedzialnych za wychowanie.

Narkotyki, w szerokim rozumieniu, to dla młodych ludzi wszelkie substancje zmieniające stan świadomości, których używanie jest źródłem przyjemności ale też zagrożeń, przede wszystkim uzależnieniem. Status prawny i poziom kulturowej asymilacji zdają się nie odgrywać największej roli, stąd narkotyki i alkohol w zasadzie spostrzegane są podobnie.

W spojrzeniu na narkotyki dla znacznej części młodzieży duże znaczenie ma rodzaj substancji. Z perspektywy młodzieży wyróżnić tu można trzy typy zupełnie inaczej postrzeganych substancji:

- Konopie - w zasadzie nie są postrzegane jako narkotyk, to niegroźne „ziółko”, element codzienności, ich używanie nie stygmatyzuje
- Narkotyki syntetyczne - zasługują na miano narkotyku, są niebezpieczne, są atrakcyjne tylko dla specjalnie zainteresowanych, chociaż ich okazjonalne używanie raczej nie stygmatyzuje
- Narkotyki przyjmowane w drodze iniekcji, szczególnie „kompot” - narkotyki charakterystyczne dla zdegradowanych ludzi, bardzo niebezpieczne, ich używanie silnie stygmatyzuje

Młodzież spogląda na narkotyki z perspektywy racjonalnej, dokonując jakby bilansu korzyści i ewentualnych zagrożeń. W zależności od wyniku tego bilansu oraz czynników sytuacyjnych podejmuje decyzje o tym czy i

po jakie narkotyki sięgnąć. Wśród uwarunkowań zewnętrznych największe znaczenie wydaje się mieć moda, która skłania mniej refleksyjnych do podjęcia prób z narkotykami.

Młodym ludziom, w przeciwieństwie do dorosłych, obce jest myślenie o narkotykach w kategoriach norm. Dla nauczycieli i wychowawców narkotyki są złe same w sobie, niezależnie od zła, które mogą powodować. Dla młodzieży narkotyki, przynajmniej niektóre, są normalnym elementem powszedniości - wychowawcy lokują je w sferze patologii społecznej. W poniższej tabeli zestawiono podstawowe różnice między młodymi ludźmi i ich wychowawcami w podejściu do kwestii narkotyków:

nuje tu podejście paternalistyczne, nacechowane brakiem zrozumienia, pozbawione prób budowania relacji partnerskich. Dlatego pewnie oddziaływania profilaktyczne mają charakter jednostronnego przekazu. Wychowawcy nie próbują dowiedzieć się od młodzieży, co ona sądzi o narkotykach, nie chcą podjąć rzeczowej dyskusji na płaszczyźnie partnerskiej. Próby narzucenia swojej perspektywy oglądu problemu często kończą się niepowodzeniem. Dorosli zapominają, że podstawowym warunkiem zmiany postaw młodzieży jest ich wcześniejsze poznanie i zrozumienie. Nie można pomóc młodzieży w poradzeniu sobie z problemem narkotyków, podobnie jak i z innymi proble-

Młodzież	Wychowawcy
Alkohol, tytoń i narkotyki należy traktować podobnie jako środki, które uzależniają	Alkohol i tytoń z jednej strony oraz narkotyki z drugiej strony to zupełnie co innego - pierwsze są legalne, drugie są nielegalne
Zróżnicowanie w sposobie patrzenia na narkotyki w zależności od typu środka	Wszystkie narkotyki są takie same
Narkotyki, przynajmniej niektóre, to coś normalnego po co każdy może sięgnąć	Narkotyki kojarzone są z patologią, używa ich tylko młodzież zaniedbana, nieprzystosowana z problemami
Narkotyki są złe tylko ze względu na szkody, które czynią	Narkotyki są złe same w sobie

Obcość kulturowa, brak głębszej wiedzy, lęk wywołany przez narkotyki utrudniają dorosłym dyskusję z młodzieżą, a tym samym możliwość oddziaływań profilaktycznych. Nie bez znaczenia jest też pewnie stosunek wychowawców do młodzieży i jej problemów. Domi-

mami, bez podjęcia trudu spojrzenia na nie z ich perspektywy, nawet jeśli na pierwszy rzut oka wydaje się ona nierozumna.

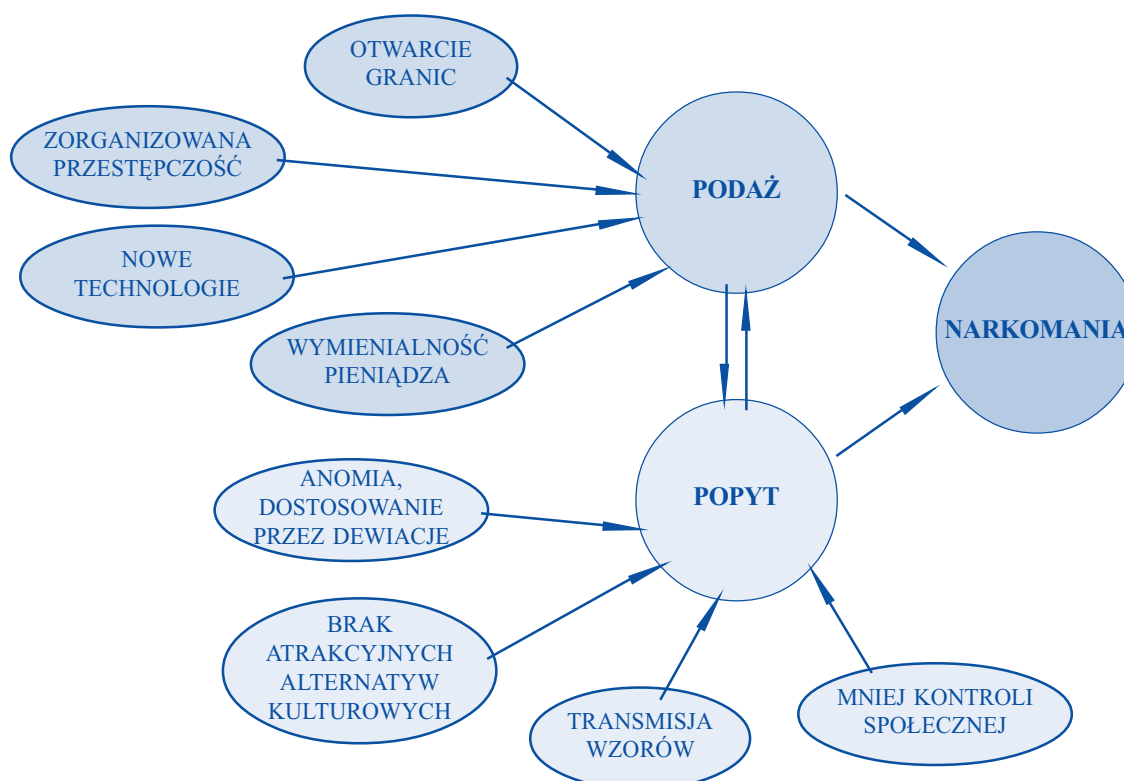
*Janusz Sierosławski*  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii*

# INTERDYSCYPLINARNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA NARKOMANII W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ

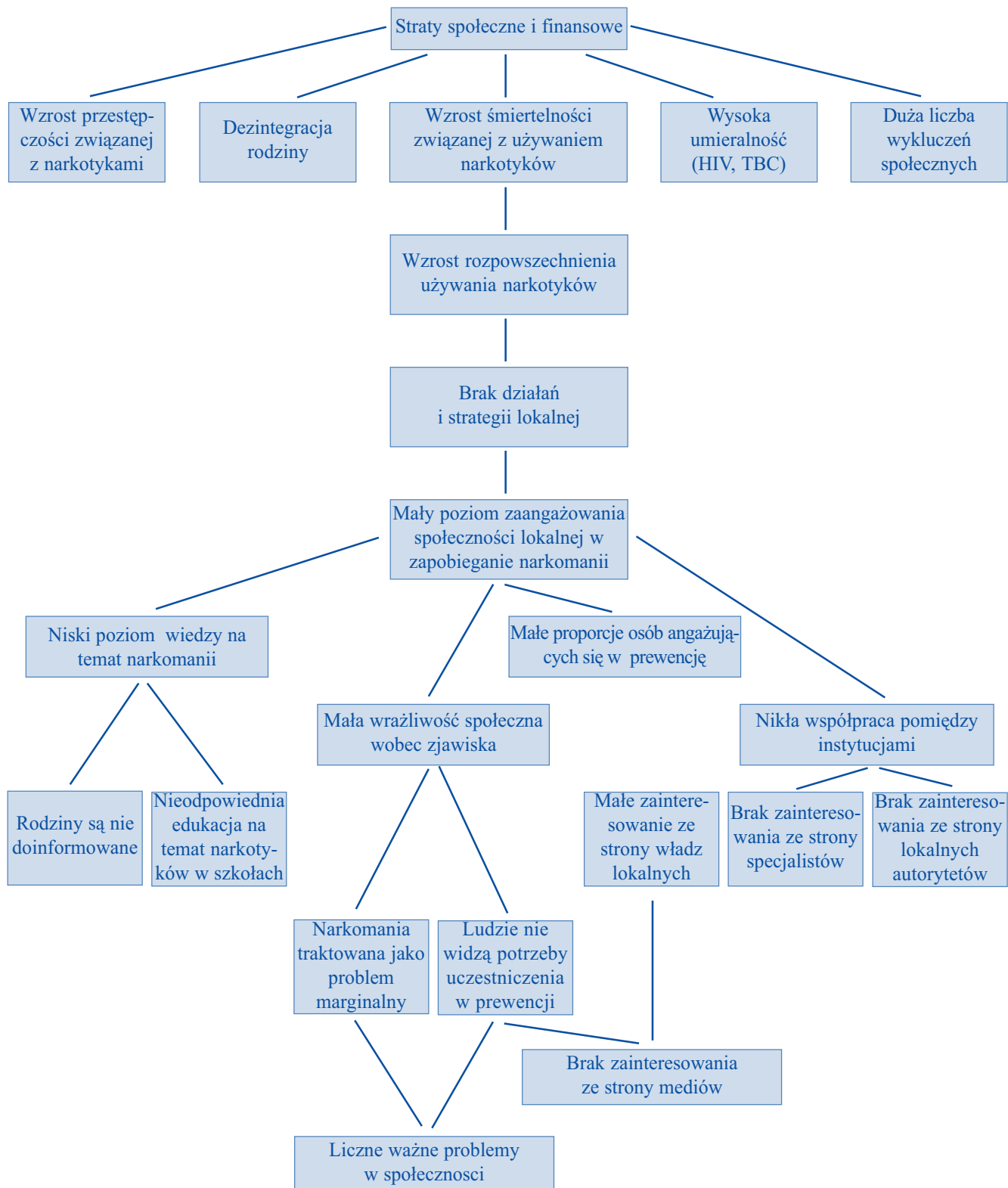
## Wprowadzenie

Współcześnie występuje wiele czynników natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej zwiększających prawdopodobieństwo dalszego wzrostu rozpowszechnienia narkomanii w Polsce. Lokalne programy zapobiegania narkomanii mogłyby odegrać ważną rolę w ograniczeniu tego zjawiska. Alkoholowe programy prewencyjne, lokowane na poziomie społeczności lokalnej, mają już długą tradycję. W przypadku narkomanii wciąż dominują działania adresowane do osób już uzależnionych lub akcyjne komunikaty edukacyjne

adresowane do młodzieży. Działania zapobiegawcze powierza się zazwyczaj instytucjom specjalizującym się w leczeniu narkomanii, które zgodnie ze swoimi kompetencjami koncentrują uwagę na uzależnionych lub na grupach najwyższego ryzyka. Z doświadczeń lokalnych programów prewencji alkoholowej wynika, że mobilizacja społeczności lokalnej do stworzenia długofalowej strategii ograniczania problemów związanych z alkoholem przynosi lepsze rezultaty niż samodzielne, pojedyncze działania wielu różnych instytucji czy organizacji. Zapobieganie narkomanii na poziomie społeczności lokalnej mieści się w filozofii



## Konstrukcja Problemu





podejścia określanego mianem „demand reduction” (ograniczanie popytu). Wczesne działania prewencyjne ograniczają nie tylko rozpowszechnienie problemów związanych z narkomanią, ale także innych problemów, bowiem prewencja pierwszorzędowa oddziałuje na czynniki leżące u podłoża wielu niepożądanych społecznie zjawisk.

### **Czynniki wpływające na rozwój problemu narkomanii**

Odpowiedzią na wieloczynnikowy charakter zjawiska narkomanii powinny być działania zapobiegawcze obejmujące wielorakie aspekty funkcjonowania społeczności.

We wcześniejszych dekadach w Europie Zachodniej i USA koncentrowano się głównie na ograniczaniu podaży narkotyków. Strategia ta wiązała się z zaostrzaniem kar za handel i posiadanie narkotyków. Ogromne nakłady finansowe i organizacyjne, jakie przez lata pochłonęła „walka” z narkotykami, nie przyniosły zadowalających rezultatów.

Obecnie w krajach europejskich dominuje strategia ograniczania popytu na narkotyki (demand reduction). Wczesna prewencja w filozofii ograniczania popytu na narkotyki wydaje się bardzo obiecującym podejściem.

Od stycznia 1998 r. do października 1999 r. w ramach międzynarodowego programu Phare Technical Assistance to Drug Demand Reduction (Pomoc Merytoryczna w Ograniczaniu Popytu na Narkotyki) Polska uczestniczyła, wraz z czterema innymi krajami, w sub-projekcie pod nazwą *Zapobieganie narkomanii na poziomie lokalnym*. Miejscem realizacji działań był Radom, gdzie projekt uzyskał patronat wiceprezydenta i stał się elementem polityki społecznej miasta.

Przyjęta w Radomiu strategia opierała się na ścisłej, regularnej współpracy kilkunastu

tamtejszych instytucji, z których tylko dwie były wyspecjalizowane w pracy z narkomaniami. Zapobieganie narkomanii wymaga strategii odpowiedniej dla konkretnej społeczności. Pojęcie społeczności może być rozumiane bardzo wąsko i dotyczyć np. osiedla mieszkaniowego, albo szeroko i dotyczyć całego miasta. Doświadczenia radomskie pozwalają na sformułowanie kilku ogólniejszych refleksji i rekomendacji.

Strategia opracowywana na poziomie miasta powinna integrować wysiłki agend, instytucji i osób w działania zmierzające do ograniczania rozpowszechnienia problemu. Efektywnego programu zapobiegania narkomanii nie jest w stanie samodzielnie wdrożyć ani żadna instytucja państwowa ani też żadna organizacja pozarządowa.

### **Interdyscyplinarna dyskusja nad programem**

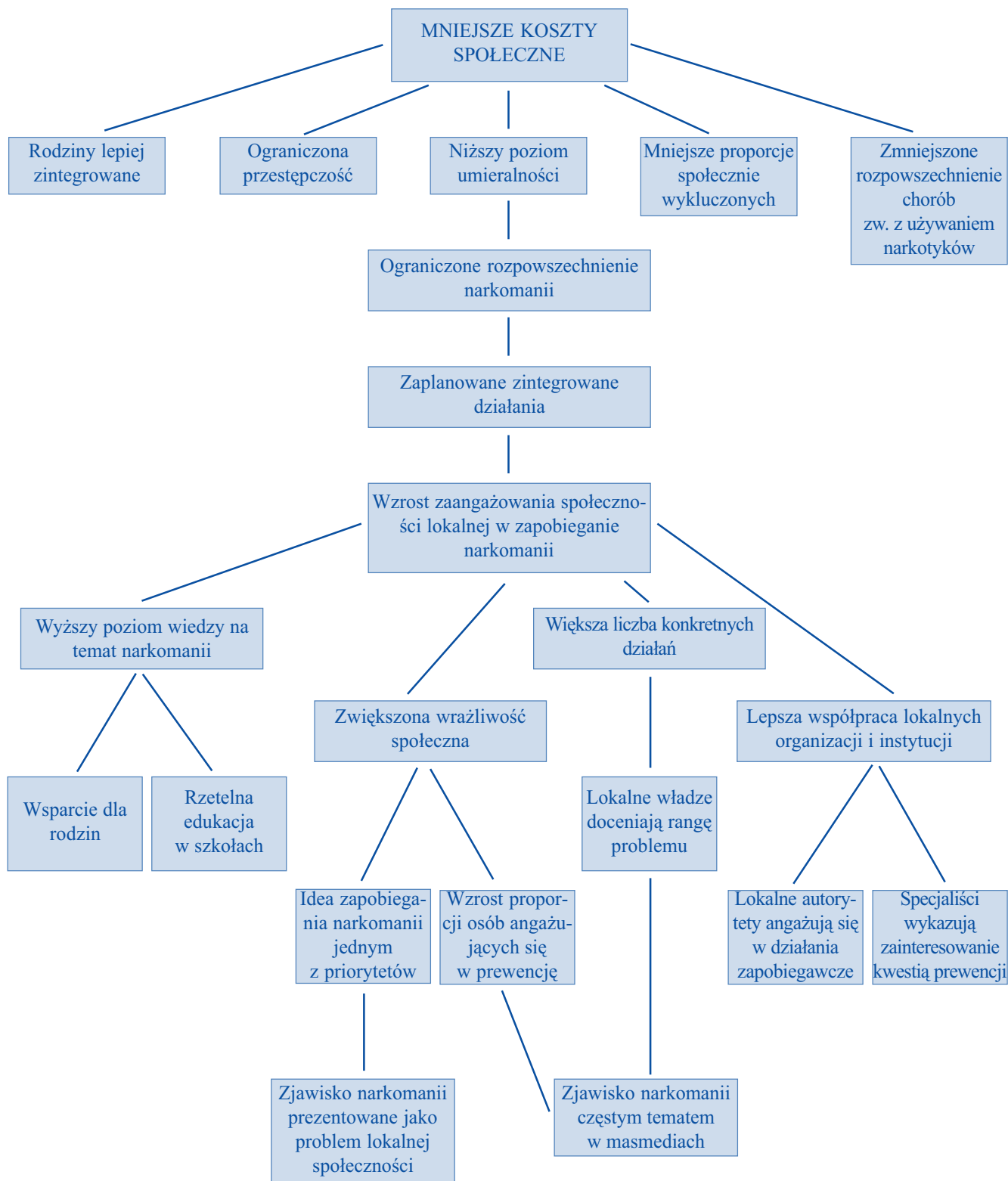
Przed rozpoczęciem wspólnej pracy nad miejskim programem zapobiegania narkomanii warto poświęcić trochę czasu na poznanie partnerów, którzy w zależności od zawodu i reprezentowanej instytucji zazwyczaj:

- mówią o problemie odmiennym „językiem”
- mają odmienne doświadczenia
- odmiennie oceniają sytuację (inaczej z perspektywy służby zdrowia, inaczej szkoły)
- reprezentują interesy swoich instytucji, np. rywalizują o środki finansowe.

### **Podstawowe korzyści z interdyscyplinarnego podejścia**

- Sformułowanie jasnych, wspólnych celów i zadań
- Znajomość dostępnych zasobów ludzkich i instytucjonalnych

## Konstrukcja rozwiązywania problemu



- Poprawa mechanizmów kontroli programu i jakości działań
- Wzmocnienie działań poprzez wspólne osiągnięcie sformułowanych priorytetów
- Ograniczenie nieporozumień i konfliktów między osobami i instytucjami zajmującymi się prewencją
- Racjonalny podział środków finansowych
- Poprawa współpracy między realizatorami reprezentującymi różne instytucje
- Tworzenie szerokiego „lobby” mogącego skutecznie wpływać na decyzje władz lokalnych

Założenie, że istniejące specjalistyczne placówki i agencje zajmujące się narkomanią są podstawowymi jednostkami zapobiegania narkomanii, w podejściu interdyscyplinarnym jest zastąpione przez strategię szerokiego udziału w tym procesie wielu innych instytucji. Działania prewencyjne mogą i powinny być uwzględniane w programach zarówno szkolnictwa, jak i opieki społecznej, czy podstawowej opieki zdrowotnej. Aby działania prewencyjne objęły wielorakie potencjalne predyktory rozwoju zjawiska, w budowaniu programu powinni uczestniczyć reprezentanci różnych organizacji.

## Budowanie programu prewencyjnego

W procesie konstruowania programu powinni brać udział reprezentanci co najmniej kilku ważnych w społeczności instytucji.

A. Pierwszym krokiem jest **ocena sytuacji** na podstawie dostępnych danych. Jeśli środki na to pozwalają można pokusić się o głębsze badania diagnostyczne (np. takie jak opisane w Pakiecie prewencyjnym „Odłot”). Można też używać tańszych metod, takich jak „focus group”, czy analiza lokalnych danych statystycznych. Aktywny udział osób reprezentujących różne instytucje (tzn. róż-

ne perspektywy) zwiększa prawdopodobieństwo pełniejszej analizy czynników zwiększających ryzyko rozwoju narkomanii

B. Kolejny krok to **analiza problemu** pod kątem określenia jego struktury. Jest to kluczowy etap konstruowania programu prewencyjnego. Praca w tym etapie wymaga skupienia i dyscypliny intelektualnej. Ważne jest, aby dyskusja dotyczyła aktualnych (tu i teraz) uwarunkowań problemu. Jej rezultatem powinny być:

- Prosta i krótka definicja głównego problemu, który wspólnie będzie rozwiązywany
- Ustalenie przyczynowo-skutkowych związków będących podłożem problemu, jak i następstwami problemu.

W tak zwanej „strategii zorientowanej na cel” robi się to za pomocą „drzewa struktury problemu”. Adekwatne, spójne logicznie „drzewo struktury problemu” stanowi punkt wyjścia do formułowania konkretnych zadań programu prewencyjnego.

„Drzewo struktury rozwiązywania problemu” jest prostym odwróceniem sytuacji „negatywnych” w „pozytywne”. Na dwóch kolejnych kartach umieszczone zostały oba typy graficznej ilustracji konstrukcji problemu i jego rozwiązania.

C. **Budowanie operacyjnego planu działania** za główny cel ma punkt wyjścia, jaki wyłania się z analizy „drzewa struktury rozwiązywania problemu”. W przytoczonym przykładzie, główny problem to „Mały poziom zaangażowania społeczności lokalnej w zapobieganie narkomanii”. Głównym celem działań będzie więc: „Wzrost zaangażowania społeczności lokalnej w zapobieganie narkomanii”. Miarą jego realizacji będzie uzyskanie kilku, z góry założonych, rezultatów.

W procesie planowania rezultatów bardzo ważne jest realistyczne oszacowanie możliwości. Te możliwości to przede wszystkim posiadane środki finansowe, kompetencje realizatorów, czas jaki rzeczywiście można przeznaczyć na działania. Zbyt ambitne plany wiążą się z dużym prawdopodobieństwem porażki, co wywołuje frustrację osób zaangażowanych w działania, i w ostatecznym rezultacie zniechęcenie i brak motywacji do kontynuacji działań. Z kolei skromniejsze, ale osiągalne rezultaty, zwiększają prawdopodobieństwo sukcesu i osobistej satysfakcji realizatorów programu.

Werbalizacja oczekiwanych rezultatów bezpośrednio poprzedza ułożenie planu operacyjnego w konkretnym kontekście posiadanych zasobów: kadrowych, finansowych, czasowych, itd.

Poniżej przedstawiony został przykład sformułowania celu ogólnego i rezultatów:

### Cel ogólny

Do października 1999 roku zostanie wdrożony i zrealizowany program zwiększający zaangażowanie lokalnych instytucji i organizacji w zapobieganie narkomanii.

*Rezultat III. Większa liczba instytucji zaangażowana w zapobieganie narkomanii, poziom ich współpracy poprawiony*

Działanie	Termin	Koszty	Osoby/instytucje odpowiedzialne	Wskaźniki realizacji
1. Identyfikacja instytucji zajmujących się prewencją wśród młodzieży na terenie miasta	02-30.01.2000 r.	70 godzin x X zł	Pani Kowalska z...	Lista instytucji z nazwiskami kierowników adresami i telefonami
2. Badanie ankietowe na temat poziomu zaangażowania instytucji w zapobieganie narkomanii i poziom ich wzajemnej współpracy	01-28.02.2000 r.	100 ankiet x X zł		Zrealizowane ankiety, sprawozdanie koordynatora badań
3. Analiza danych z ankiet - sformułowanie diagnozy	Do 30.03.2000 r.	100 godzin x X zł		Raport z badania
4. Zorganizowanie miejskiego forum na temat zapobiegania narkomanii - bazą do dyskusji raport z badań	20.04.2000 r.	Organizacja; 30 godz x X zł +materiały+.....		Protokół ze spotkania. Lista obecnych
5. Powołanie lokalnej grupy koordynującej program zapobiegania narkomanii w mieście	Do 30.04.2000 r.		Tymczasowy koordynator	Lista osób i instytucji deklarujących gotowość współpracy. Protokół ze wstępnych ustaleń
6. Praca nad lokalną strategią działań prewencyjnych - podział zadań między lokalne instytucje - spotkanie robocze	5-6.05.2000 r.		Koordynator programu	Operacyjny plan działań - dla pozostałych rezultatów programu „zapobieganie narkomanii wśród młodzieży szkolnej”
7. Koordynacja i monitorowanie przebiegu programu - raz w miesiącu, jednodniowe robocze spotkania grupy koordynującej	Do końca trwania programu		Koordynator	Listy obecności. Protokoły ze spotkań

## Rezultaty

1. Podwyższona społeczna świadomość problemu
2. Wzbogacona wiedza na temat problemów związanych z używaniem narkotyków
3. Większa liczba instytucji zaangażowana w zapobieganie narkomanii, poziom ich współpracy poprawiony
4. Wzbogacona oferta wypełniania wolnego czasu ogranicza ucieczki młodzieży w subkulturę narkomańską

Plan operacyjny to zestaw konkretnych działań potrzebnych do osiągnięcia założonych rezultatów, określenie czasu ich realizacji, osób odpowiedzialnych za wykonanie, kosztów oraz wskaźników realizacji. Dla każdego rezultatu przygotowuje się plan operacyjny uwzględniający wymienione elementy. Powyżej zamieszczony jest przykład planu operacyjnego dla Rezultatu nr III.

*Grażyna Świątkiewicz*  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii*

# **NARKOMANI W WIĘZIENIACH I PO ODBYCIU KARY SEMINARIUM GRUPY POMPIDOU (RADA EUROPY)**

## **WPROWADZENIE**

Zarówno narkomani jak i narkotyki pojawiają się w więzieniach wszystkich krajów naszego kontynentu. We wszystkich też krajach rodzi to poważne problemy zarówno dla systemu więziennego, jak i dla instytucji odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. W poszczególnych krajach próbuje się w różny sposób rozwiązywać te problemy zależnie od nasilenia zjawiska, ogólnego podejścia do problemu narkomanii, rozwiązań prawnych, specyfiki systemu penitencjarnego itp. Narodowy kontekst kulturowy, społeczny i polityczny także stanowi istotny wyznacznik podejścia do tych problemów.

Wymianie doświadczeń na tym polu poświęcone było seminarium pt.: „Nadużywający narkotyków przestępcy w więzieniach i po ich opuszczeniu” (Drug misusing offenders in prison and

after release), które odbyło się w dniach od 4 do 6 października 1999 r. w Strasburgu. Seminarium stanowiło kontynuację poprzedniego, także zorganizowanego w Strasburgu, a noszącego tytuł: „Przestępcy nadużywający narkotyków i system wymiaru sprawiedliwości” (Drug misusing offenders and the criminal justice system). Na pierwszym seminarium, które odbyło się w październiku 1998 r., dyskutowano kwestie dotyczące okresu między pierwszym kontaktem osoby nadużywającej narkotyków z policją i wyrokiem sądowym. Tematem drugiego seminarium było postępowanie w następnym okresie, czyli w czasie odbywania kary pozbawieniu wolności oraz po jej zakończeniu. Oba seminaria zostały zorganizowane w ramach prac nad realizacją Programu Grupy Pompidou na lata 1997-2000 przyjętego na konferencji ministrów krajów członkowskich w Tromsø.

Celem seminarium było:

- Umożliwienie wymiany informacji (na poziomie europejskim) o leczeniu przestępców narkomanów w więzieniach i po ich opuszczeniu, w szczególności zaś o strategiach i innowacjach stosowanych na tym polu w różnych krajach
- Pokazanie typów i zasięgu różnych metod badań i testów w więzieniach i poza nimi w tym nowych, obiecujących metod, nawet jeśli nie zostały jeszcze w pełni poddane walidacji
- Zidentyfikowanie tych obszarów, gdzie można zintensyfikować współpracę na poziomie europejskim.

W Seminarium uczestniczyło 60 ekspertów z 28 krajów oraz przedstawiciele Komisji Europejskiej, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wśród uczestników znaleźli się reprezentanci różnych zawodów, takich jak prawnicy, sędziowie, lekarze, socjologowie, psychologowie, pracownicy społeczni, badacze, przedstawiciele administracji więziennej. Reprezentowani byli pracownicy różnych ministerstw takich jak ministerstwa sprawiedliwości, spraw wewnętrznych, zdrowia i spraw socjalnych. Spośród innych instytucji, które delegowały ekspertów, wymienić trzeba uniwersytety, instytuty naukowe i organizacje pozarządowe. Obradom przewodniczył profesor prawa kryminalnego i kryminologii z uniwersytetu w Lozannie Martin Killias.

W ramach przygotowań do seminarium rozesłano do poszczególnych krajów kwestionariusz na temat rozmiarów problemu narkotyków i narkomanii w więzieniach, oferty pomocy dla narkomanów w zakładach karnych a także pomocy po odbyciu kary. Wstępne podsumowanie zebranych tą drogą informacji pre-

zentowane było w trakcie seminarium. Pełny raport ma być opracowany i udostępniony przed końcem roku.

W materiałach seminarium znalazły się także raporty przygotowane przez grupę ekspertów epidemiologii narkomanii zajmującą się problemem używania narkotyków w więzieniach. Raporty koncentrowały się na kwestii wpływu odbywania kary pozbawienia wolności na używanie narkotyków i poruszały następujące aspekty:

- Inicjacja i przerywanie używania narkotyków w więzieniach
- Wzory używania narkotyków w więzieniach (typy narkotyków, regularność i częstość ich używania, dawki jednorazowe)
- Sposoby używania narkotyków (inhalacje, palenie, zastrzyki, dzielenie się igłami i strzykawkami, standardy higieny)
- Leczenie uzależnienia od narkotyków (rozpoczynanie, kontynuacja i przerywanie leczenia w warunkach zakładu karnego)
- Motywacja osób używających narkotyków do przerwania używania lub do podjęcia leczenia.

## **PRZEBIEG SEMINARIUM**

Pierwszego dnia Seminarium odbyła się referatowa sesja plenarna. Drugiego dnia, przed południem, obradowano w dwóch grupach roboczych: pierwsza koncentrowała się na testowaniu więźniów na obecność narkotyków i na kwestiach leczenia w zakładach karnych, druga - na postępowaniu przygotowującym więźniów z problemem narkotyków do wyjścia na wolność oraz pomocy post-penitencjarnej. Po południu zajęła referatowa sesja plenarna. Trzeciego dnia po referacie na temat postępowania z więźniami z podwójną diagnozą odbyła się

prezentacja wniosków wypracowanych poprzedniego dnia przez grupy robocze. Następnie po ogólnej dyskusji zaakceptowano wnioski i rekomendacje Seminarium dla Grupy Pompidou i jej krajów członkowskich w sprawie postępowania z problemem narkotyków i narkomanii w więzieniach.

Podstawowym założeniem wyjściowym przyjętym przez wszystkich chyba ekspertów była konstatacja, że chociaż więzienie nie jest placówką medyczną, to jednak stwarza okazję do bezpośredniego kontaktu z osadzonymi tam użytkownikami narkotyków, a tym samym daje szansę zaoferowania im pomocy, z którą często trudniej dotrzeć w warunkach wolnościowych. Jak pokazały wstępne wyniki sondażu przeprowadzonego w ramach przygotowań do seminarium, w wielu krajach więzienia oferują narkomanom leczenie i pomoc w zaprzestaniu przyjmowania narkotyków. Najczęściej spotykane formy pomocy to detoksykacja, rehabilitacja, społeczności terapeutyczne, specjalne oddziały wolne od narkotyków. Niemniej jednak, jak wykazały wyniki sondażu, oferta dla narkomanów w więzieniach okazała się być znacznie ograniczona i stosunkowo słabo rozpoznana.

Referaty i dyskusja na Seminarium, zarówno na sesjach plenarnych, jak w grupach roboczych koncentrowała się na następujących kluczowych kwestiach:

- badania w więzieniach i testowanie więźniów na okoliczność używania narkotyków
- leczenie i programy redukcji szkód
- strategię postępowania w okresie poprzedzającym opuszczenie więzienia oraz pomoc postpenitencjarna.

Testowania więźniów na obecność narkotyków w ich płynach ustrojowych może być prowadzone z trzech powodów:

- **W celach porządkowych** - w niektórych krajach prawo dopuszcza przeprowadzanie testów u więźniów w celu wykrycia przypadków używania narkotyków po to, by zapewnić porządek i przestrzeganie prawa w więzieniu. Ten typ testowania nie jest jednak generalną zasadą i nie znalazł poparcia u ekspertów uczestniczących w Seminarium. Negatywnym skutkiem ubocznym wprowadzenia takiego testowania może być zmiana wzoru używania narkotyków na bardziej destrukcyjny. Wynika to z tego, że mniej niebezpieczną marihuanę można wykryć w organizmie użytkownika nawet po 30 dniach od ostatniego użycia, podczas gdy bardziej groźna heroina nie jest możliwa do wykrycia już po kilku dniach.
- **W celach terapeutycznych** - podstawą dla testowania w tym przypadku jest kontrakt terapeutyczny z więźniem objętym leczeniem. Z zasady wyniki testu nie są dostępne dla administracji więziennej i nie mogą być podstawą do sankcji dyscyplinarnych lub karnych. Taka praktyka jest dość rozpowszechniona w oddziałach wolnych od narkotyków oraz w programach metadonowych.
- **Dla celów naukowych** - w wielu krajach prowadzenie takich testów okazuje się niemożliwe, chociaż ich wyniki mogłyby pomóc w oszacowaniu potrzeb w zakresie leczenia i redukcji szkód oraz w opracowaniu odpowiedniej strategii zapobiegania.

W kwestii badań wśród osób używających narkotyków w więzieniach wskazywano na paradoks polegający na badaniu nielegalnej aktywności w miejscu, gdzie przebywają ludzie z powodu łamania prawa. Wskazywano na specyfikę metodologiczną takich badań. Problemy anonimowości i ochrony danych zebranych w czasie badania w warunkach zakładu karnego nabierają szczególnego znaczenia.

Badania przeprowadzone w 22 europejskich więzieniach wykazały, że w niemal wszystkich badanych więzieniach spotyka się zachowania ryzykowne z punktu widzenia zakażeń HIV/HBV/HCV. W konkluzji tych badań stwierdza się potrzebę prowadzenia, obok zorientowanego na abstynencję leczenia, także programów redukcji szkód. Szczególnie istotne jest zidentyfikowanie ludzi o największym poziomie ryzyka i objęcie ich takimi programami.

W niektórych krajach podejmowane są działania z zakresu ograniczania szkód związanych z narkotykami w więzieniach. Działania te, to poza edukacją, udostępnianie środków dezynfekcyjnych do odkażania igieł i strzykawek, programy wymiany igieł i strzykawek, podawania substytucyjne metadonu. W jednym z referatów przytoczono wyniki badań pokazujących, że wprowadzenie programu wymiany igieł i strzykawek nie wywołało żadnych negatywnych skutków ubocznych, takich jak zwiększenie konsumpcji narkotyków w więzieniu, wzrost liczby zastrzyków, czy stosowania igieł jako broni w konfliktach między więźniami lub przeciw służbom więziennym.

Szeroko rekomendowaną strategią leczenia są oddziały wolne od narkotyków. Przebywają w nich więźniowie, którzy deklarują, że nie będą podczas odbywania kary używać narkotyków. Model oddziałów wolnych od narkotyków skutecznie chroni osadzonych przed narkotykami, co odgrywa ważną rolę w procesie zmiany stylu życia narkomanów odbywających tam karę. Jak pokazują statystyki zwiększa się też prawdopodobieństwo kontynuacji leczenia po odbyciu kary.

Główną przeszkodą w osiągnięciu pomyślnych i trwałych efektów leczenia jest brak odpowiednio zorganizowanej pomocy postterapeutycznej. Narkomani po opuszczeniu zakła-

du karnego wracają do swojego środowiska, gdzie bez odpowiedniego wsparcia szybko wracają do narkotyków. W ostatnich latach podejmowane programy pomocy postterapeutycznej dla narkomanów po opuszczeniu zakładu karnego. Obejmują one jednak tylko niewielki odsetek narkomanów.

Istotnym czynnikiem skutecznej polityki wobec narkotyków w więzieniach są postawy personelu. Dlatego ważnym zadaniem jest szkolenie personelu więziennego, nie tylko zwiększające kompetencje w zakresie wykrywania narkotyków, ale także kształtujące odpowiednie postawy i motywację do pracy z więźniami z problemem narkotyków.

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

### Biorąc pod uwagę, że:

- Stan zdrowia osób osadzonych w więzieniach ma istotny wpływ na stan zdrowia całego społeczeństwa, dlatego wszystkie władze odpowiedzialne za zdrowie publiczne oraz za politykę karną powinny zwracać na te kwestie dużą uwagę
- Wśród osób odbywających karę w instytucjach karnych jest duży odsetek używających narkotyków
- Narkomania prowadzi do szkód społecznych, zdrowotnych i prawnych na poziomie jednostek i w skali całego społeczeństwa
- Europa charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem pod względem podejścia do problemu używania narkotyków wśród więźniów
- To zróżnicowanie podejść pozwala na podejmowanie innowacji bez czasochłonnej koordynacji na poziomie kontynentu.



- Promocja wiedzy o efektach nowych idei i podejść jest dzięki temu dużo łatwiejsza.
- Kraje członkowskie Rady Europy zdobyły szerokie doświadczenia, których wiele przykładów dostarczyło seminarium, w postępowaniu z takimi zjawiskami jak ryzyko chorób infekcyjnych i problemów zdrowia psychicznego związanych z używaniem narkotyków
- Korzyści z tych bogatych i zróżnicowanych doświadczeń są warunkowane przez:
  - kontynuację ewaluacji interwencji podejmowanych w poszczególnych krajach
  - wymianę informacji na poziomie europejskim o wynikach ewaluacji
  - dostępność danych o rozpowszechnieniu używania poszczególnych substancji nielegalnych w więzieniach a także o związanych z tym problemach zdrowotnych wśród odbywających karę w więzieniach.

**Ekspertsi zebrani na Seminarium proponują**, żeby Grupa Pompidou (Rada Europy) we współpracy z odpowiednimi ciałami narodowymi i międzynarodowymi, szczególnie Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)” podjęła następujące działania:

- Gromadzenie i udostępnianie krajom członkowskim Rady Europy wszystkich właściwych informacji odnoszących się do danych i wyników badań pochodzących z poszczególnych krajów. Szczególna uwaga powinna być skierowana na nowe kraje członkowskie.
- Zbieranie danych w krajach członkowskich na temat używania narkotyków w więzieniach, konsekwencji i problemów zdrowotnych włączając w to przemoc i zachowania

ryzykowne takie jak używanie wspólnych igieł i strzykawek, biorąc pod uwagę różnorodne substancje zarówno legalne, jak nielegalne.

- Popieranie opracowywania rzetelnych standaryzowanych wskaźników zdrowia i zachowań zdrowotnych na poziomie europejskim.
- Popieranie systematycznej ewaluacji wszystkich innowacji, które skierowane są na problem narkotyków wśród więźniów; taka ewaluacja powinna zawierać zawsze, gdzie to możliwe, kontrolowane eksperymenty z losowym dobozem.

*Janusz Sierosławski*  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii*

# STUDENCI A SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

## Wyniki badań ankietowych w Gdańsku

### Cel badań

Głównym celem badań było poznanie rozmiarów zjawiska używania napojów alkoholowych i środków odurzających przez młodzież akademicką Uniwersytetu Gdańskiego.

Problemy badawcze koncentrowały się na liczbach studentów, którzy mieli doświadczenie z alkoholem i innymi narkotykami oraz na nasileniu tych doświadczeń, jak również na kwestiach dotyczących dostępności substancji psychoaktywnych, przekonań na temat ich szkodliwości, doświadczeń w zakresie problemów związanych z ich używaniem przez badanych.

### Material i metody badań

W okresie od marca do maja 1996 roku wśród studentów drugiego rocznika wylosowanych 13 kierunków Uniwersytetu Gdańskiego przeprowadzono badania ankietowe na temat używania alkoholu i środków odurzających przez młodzież. W badaniu wykorzystano kwestionariusz do badań szkolnych ESPAD.

Procedura badania przewidywała zwrot wypełnionych ankiet w zaklejonych kopertach, w celu zapewnienia badanym poczucia pełnej anonimowości.

### Charakterystyka badanych osób

W badaniach uczestniczyło 452 studentów Uniwersytetu Gdańskiego, w tym 338 kobiet

(74,8%) i 114 mężczyzn (22,2%). Liczebność badanych na poszczególnych kierunkach zależała od grup studenckich i zgody prowadzącego zajęcia na przeprowadzenie badań.

Wykaz badanych studentów z różnych kierunków studiów Uniwersytetu Gdańskiego przedstawia Tabela nr 1.

Najliczniej reprezentowani byli w badaniach studenci biologii (14,8%), ochrony środowiska (12,8%), politologii (11,3%), filologii polskiej (11,1%), ekonomii (11,1%), natomiast tylko 2,0% badanych reprezentowało kierunek fizyki Uniwersytetu Gdańskiego.

Najwięcej respondentów, bo aż 322 urodziło się w 1975 roku, 68 osób w 1974 roku, 11 osób spośród badanych w 1976 roku, 48 studentów reprezentowało inne roczniki, a 3 osoby nie udzieliły informacji na temat daty urodzin.

### Omówienie wyników badań Palenie tytoniu

Wyniki badań wykazują, że próby palenia papierosów ma za sobą 67,6% osób, w tym 26,8% kobiet i 74,1% mężczyzn (odsetki obliczono do ogółu kobiet i ogółu mężczyzn, którzy udzielili odpowiedzi na zadane pytania).

W tabeli nr 2 przedstawiono dane na temat palenia papierosów wśród studentów w ciągu życia.

Z zestawienia danych wynika, że znaczny odsetek badanych studentów (30,8%) paliło papierosy 40 lub więcej razy w ciągu całego życia.

Tabela nr 1  
Badani według kierunków studiów i płci

Lp.	Kierunek studiów	Płeć				Razem	
		Mężczyźni		Kobiety		liczba	procent
		liczba	procent	liczba	procent		
1.	ochrona środowiska	3	5,2	55	94,8	58	12,8
2.	prawo	12	35,3	22	64,7	34	7,5
3.	filologia polska	10	20,0	40	80,0	50	11,1
4.	matematyka nauczycielska	4	26,7	11	73,3	15	3,3
5.	matematyka numeryczna	8	42,1	11	57,9	19	4,2
6.	fizyka	5	55,6	4	44,4	9	2,0
7.	geografia	7	70,0	3	30,0	10	2,2
8.	historia	9	45,0	11	55,0	20	4,4
9.	politologia	16	31,4	35	68,6	51	11,3
10.	biologia	7	10,4	60	89,6	67	14,8
11.	fizyka z matematyką	8	21,6	29	78,4	37	8,2
12.	filologia sławistyczna	4	12,5	28	87,5	32	7,1
13.	ekonomia	21	42,0	29	58,0	50	11,1
	<b>Razem</b>	<b>114</b>		<b>338</b>		<b>452</b>	<b>100,0</b>

Częstość palenia według płci okazała się zróżnicowana. Palący 40 lub więcej papierosów procentowo przeważali wśród mężczyzn (42,9%), niemniej jednak, wśród kobiet było ich 26,8%.

Nigdy w życiu nie paliło papierosów 32,4% studentów.

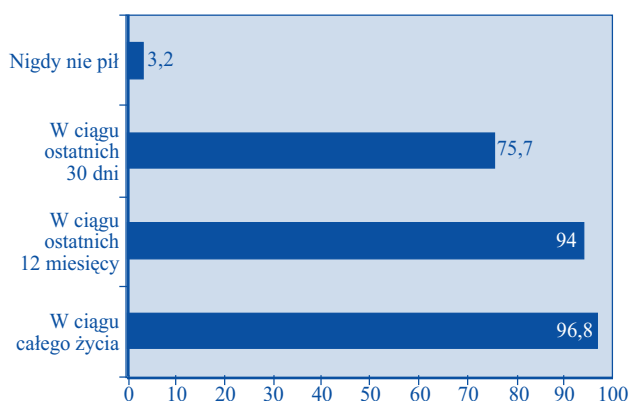
### **Picie alkoholu**

Na pytanie zadane respondentom „Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się pić jakiś napój alkoholowy, tzn. piwo, wino, wódkę lub inny napój spirytusowy?” - aż 96,9% studentów odpowiedziało, że próbowało napojów alkoholowych w ciągu życia. Odsetek ten wśród mężczyzn był nieco więk-

szy (97,2%) niż wśród kobiet (96,8%). W okresie 12 miesięcy poprzedzających badania 93,6% studentów piło alkohol, w tym 94% kobiet i 92,5% mężczyzn. Natomiast w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem spożywało alkohol 78,1% młodzieży. Pijący stanowili wśród mężczyzn 85,5%, a wśród kobiet 75,7%. Tylko 3,1% badanych studentów przyznało, że nigdy nie pili alkoholu.

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że kobiety - studentki Uniwersytetu Gdańskiego w wysokim odsetku piły napoje alkoholowe, a w okresie ostatnich 12 miesięcy nawet w nieco większym niż mężczyźni - studenci. Picie napojów alkoholowych przez kobiety przedstawia Wykres nr 1.

*Wykres nr 1  
Picie napojów alkoholowych przez kobiety (studentki). Dane przedstawione w procentach*



W stanie upojenia alkoholowego w ciągu całego życia było 70,5% studentów, w ciągu ostatnich 12 miesięcy - 48,8% a w ciągu ostatnich 30 dni - 16,9% badanych. Nigdy nie upiło się 29,5%.

Wyniki odpowiedzi na temat problemów studentów związanych ze spożyciem alkoholu przedstawia Tabela nr 3.

Dane zawarte w Tabeli nr 3 wskazują, że mężczyźni najwięcej mieli problemów z rodzicami (59,4%). Spożycie przez nich alkoholu

powodowało kłótnie i sprzeczki (44,1%) oraz zniszczenie rzeczy lub ubrania (30,9%). Znaczny odsetek badanych wymienia także przepychanki lub bójki, problemy z przyjaciółmi i problemy związane z prowadzeniem pojazdu (ponad 20%). Należy zauważyć, że 20,9% mężczyzn miało kontakty seksualne bez antykoncepcji, a 14,5% studentów niechciane doświadczenia seksualne.

Wśród problemów związanych ze spożyciem alkoholu kobiety najczęściej wymieniają: kłótnie lub sprzeczki (21,5%), problemy z przyjaciółmi (15,7%) i problemy z rodzicami (14,5%). Dla 9,3% studentek alkohol był przyczyną kontaktów seksualnych bez antykoncepcji, a dla 9,0% badanych - niechcianych kontaktów seksualnych.

Zestawienie wyników badań nt. picia napojów alkoholowych przez studentów w ciągu ostatnich 30 dni przedstawia Wykres nr 2.

W ciągu ostatnich 30 dni mężczyźni w największym odsetku pili piwo - 84,8% osób, następnie wódkę - 59,8% osób, wino domowe - 19,3% oraz biber - 4,5% osób badanych.

Należy zwrócić uwagę, że większa frakcja studentek (58,0%) niż studentów (48,6%) piła wino.

*Tabela nr 2  
Palenie papierosów przez studentów w ciągu życia*

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Mężczyźni		Kobiety		liczba	procent
		liczba	procent	liczba	procent		
1.	Nigdy	29	25,89	116	34,52	145	32,37
2.	1-2 razy	11	9,82	44	13,10	55	12,28
3.	3-5 razy	8	7,14	35	10,42	43	9,60
4.	6-9 razy	7	6,25	19	5,65	26	5,80
5.	10-19 razy	6	5,36	21	6,25	27	27,00
6.	20-39 razy	3	2,68	11	3,27	14	3,13
7.	40 lub więcej razy	48	42,86	90	26,79	138	30,80

Tabela nr 3

Problemy związane ze spożyciem alkoholu w doświadczeniach badanych osób.  
(Dane przedstawione w procentach)

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Mężczyźni	Kobiety
1.	Kłótnia lub sprzeczka	44,1	21,5
2.	Przepychanka lub bójka	27,9	3,4
3.	Wypadek lub uszkodzenie ciała	22,5	3,7
4.	Utrata pieniędzy	12,6	2,2
5.	Zniszczenie rzeczy lub ubrania	30,9	9,3
6.	Problemy z rodzicami	59,4	14,5
7.	Problemy z przyjaciółmi	26,9	15,7
8.	Problemy z nauczycielami	11,8	2,2
9.	Gorsze wyniki w nauce	21,5	6,8
10.	Niechciane doświadczenia seksualne	14,5	9,0
11.	Kontakt seksualny bez antykoncepcji	20,9	9,3
12.	Prowadzenie pojazdu	25,5	4,6
13.	Ofiara rabunku lub kradzieży	2,7	0,3
14.	Kłopoty z policją	16,2	1,9
15.	Nie miał żadnych problemów	77,5	92,5

Z analizy wypowiedzi studentów dotyczącej częstotliwości picia piwa w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, wynika, że 14,1% badanych piło piwo 3-5 razy, czyli przeciętnie raz w tygodniu.

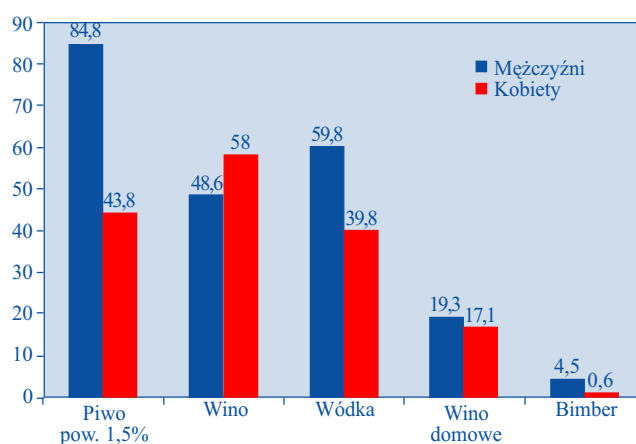
Natomiast 6,0% studentów spożywało piwo 10-18 razy. Jest to bardzo duża częstotliwość, która odpowiada wypijaniu piwa prawie co półtora dnia. 1,6% studentów podało, że pili piwo 20-30 razy w ciągu ostatnich 30 dni.

Picie piwa przez badanych świadczy o dużej popularności tego napoju alkoholowego i systematycznym jego spożywaniu.

Niemalą wpływ na rozmiary tego zjawiska ma wzrost dostępności piwa na rynku, kampanie reklamowe oraz kreowanie pewnych postaw w środowisku młodzieżowym. Do niedawna piwo było koja-

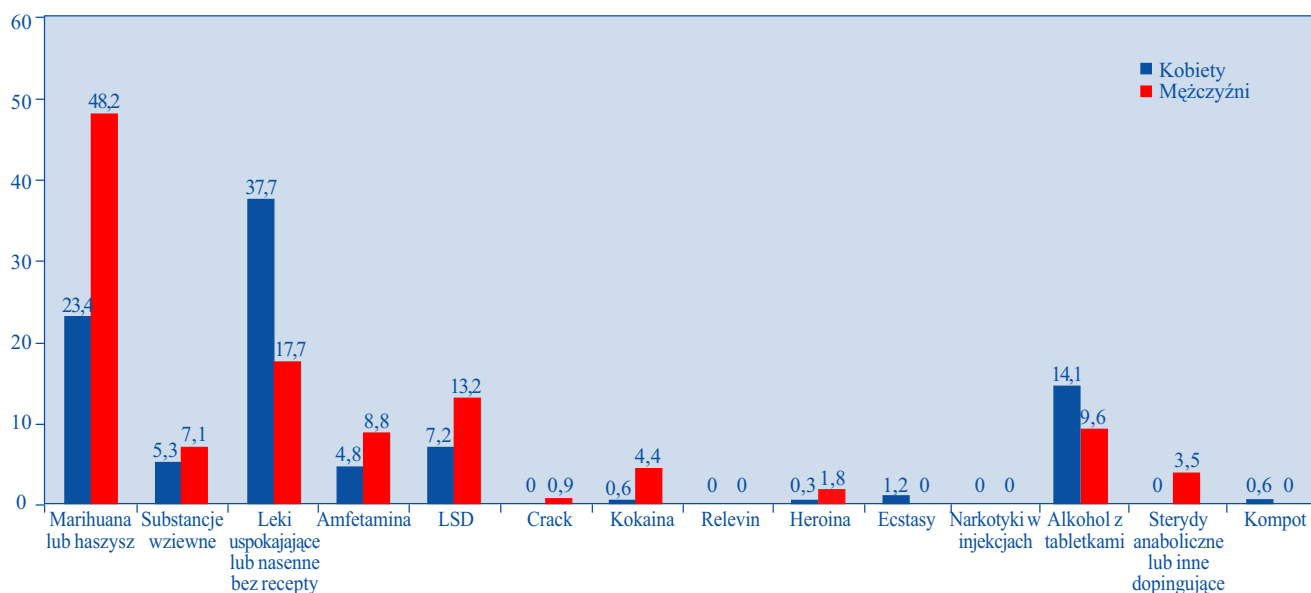
Wykres nr 2

Picie napojów alkoholowych przez studentów (mężczyzn i kobiety) w ciągu ostatnich 30 dni z podziałem na rodzaj spożywanego alkoholu.  
(Dane przedstawione w procentach)



## Wykres nr 3

Używanie substancji psychoaktywnych przez studentki (kobiety) i studentów (mężczyzn) przynajmniej raz w życiu. Dane przedstawione w procentach



rzony z pijaństwem, obecnie coraz częściej uznawane jest jako element swobodnego stylu życia ludzi.

Rozkład spożycia wina i wódki wskazuje, że 55,1% studentów nie piło tych trunków w ogóle w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, 5,5% respondentów piło 3-5 razy, czyli 1 raz w tygodniu, a 4 studentów (1,0%) odpowiedziało, że od 9-19 razy.

Przedstawione wyniki wskazują, że znaczny odsetek młodzieży akademickiej ma kontakt z alkoholem.

Mężczyźni najczęściej spożywali piwo i wódkę, a kobiety wino i piwo. Co najmniej jeden raz w życiu w stanie upojenia alkoholowego było 70,5% studentów.

Niepokojący jest też fakt picia napojów alkoholowych przez kobiety - studentki.

### Używanie środków odurzających

Badania dostarczają informacji o rozpowszechnieniu używania przez studentów substan-

cji psychoaktywnych przynajmniej raz w życiu (Wykres nr 3).

Wysoki odsetek młodzieży korzystał z leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza - 32,7%. Leki cieszą się większą popularnością wśród studentek (37,7%), niż wśród studentów (17,7%).

Dużym rozpowszechnieniem cechuje się używanie przez badanych marihuany i haszyszu. Przynajmniej raz w życiu przyjmowało te środki 29,6% studentów, więcej wśród mężczyzn (48,2%) niż wśród kobiet (23,4%).

Na trzecim miejscu znalazł się alkohol z tabletkami - 12,9% badanych. Częściej używany był przez kobiety (14,1%) niż mężczyzn (9,6%).

Kolejne miejsce w rankingu popularności używania substancji psychoaktywnych zajmują LSD - 8,7%, amfetamina - 5,8%. Taki sam odsetek badanych, tj. 5,8% - używało substancji wziewnych.

W dalszej kolejności wymieniane są takie środki jak kokaina - 1,6%, ecstasy - 0,9%, heroina - 0,7%, kompot - 0,4% i crack - 0,2%.

Pierwszym środkiem odurzającym dla większości studentów był haszysz lub marihuana (101 osób), w dalszej kolejności leki uspokajające i nasenne bez zalecenia lekarza (60 osób).

Studentki częściej przyjmują leki nasenne i uspokajające bez zalecenia lekarza niż mężczyźni (studenci), ale dotyczy to częstotliwości 1-2 razy. Natomiast studenci, jeśli brali te środki, to dalej biorą.

Z przeprowadzonych badań studentów wynika, że kobiety rzadziej biorą niż mężczyźni LSD, kokainę oraz sterydy anaboliczne. Mniej więcej tak samo często kobiety (studentki) i mężczyźni (studenci) używają amfetaminy.

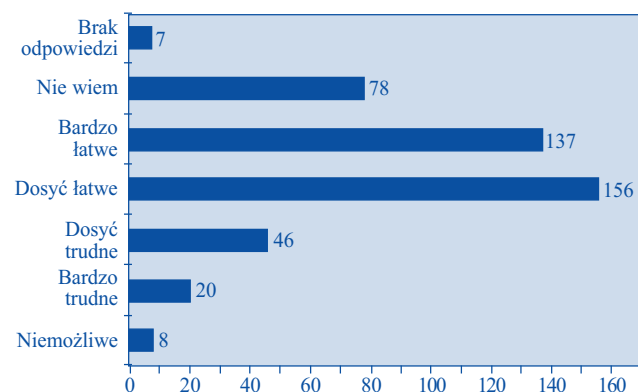
Studenci, którzy używali jakiegokolwiek środka odurzającego częściej palili papierosy w ciągu życia. Korelacja wysoka, statystycznie istotna. Także ci, którzy odurzali się więcej palili papierosów w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem niż osoby, które takich środków nie brały.

Współczynnik korelacji Pearsona wskazuje, że używanie środków odurzających nie ma wpływu na wyniki w nauce badanych studentów (0,2).

Zdobycie środków uspokajających i nasennych bez zalecenia lekarza jest dla większości

#### Wykres nr 4

*Trudności w zdobyciu środków uspokajających i nasennych. Dane przedstawione w liczbach*



studentów dosyć łatwe i bardzo łatwe (Wykres nr 4). Podobnie twierdzą badani w przypadku zdobycia marihuany i haszyszu oraz dosyć łatwe ich zdaniem jest zdobycie amfetaminy.

Opinie badanych na temat ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych przedstawia Tabela nr 5.

Zdaniem studentów „duże” ryzyko związane jest z paleniem 1 paczki papierosów dziennie - tak twierdzi 95,8% osób oraz regularnym przyjmowaniu amfetaminy (90,0%), picciu 4-5 drinków prawie codziennie (89,9%) i regularnym używaniu kokainy (89,6%).

Natomiast najwięcej spośród badanych stwierdziło, że „nie ma” ryzyka w próbach cannabis (15,4%).

Znaczny odsetek respondentów, bo aż 23,3% „nie wie”, jakie ryzyko związane jest z próbami ecstazy, a 16,3% studentów „nie wie”, z czym wiąże się regularne przyjmowanie ecstazy i próby z kokainą - 15,7% osób.

## Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że studenci mają kontakt z różnego rodzaju substancjami psychoaktywnymi. Badania pozwoliły poznać rozmiary rozpowszechnienia używania alkoholu i środków odurzających. Na każdym z badanych kierunków Uniwersytetu Gdańskiego była osoba, która miała kontakt z narkotykami.

Należy uznać za niepokojące dane dotyczące picia napojów alkoholowych, używania leków uspokajających i nasennych bez zalecenia lekarza, marihuany i haszyszu, alkoholu z tabletkami, amfetaminy oraz innych substancji psychoaktywnych, mając na uwadze zagrożenia zdrowotne i społeczne.

Wyniki potwierdzają zwiększającą się częstość prób palenia papierosów wśród kobiet.

Tabela nr 5

Ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych w opiniach respondentów.  
(Dane przedstawione w procentach)

Lp.	Rodzaj odpowiedzi	Ryzyko				
		nie ma	małe	umiarkowane	duże	nie wiem
1.	Papierosy od czasu do czasu	7,4	32,5	43,5	13,9	2,7
2.	Co najmniej 1 paczka papierosów dziennie	0,2	0,4	3,3	95,8	0,2
3.	1 lub 2 drinki prawie codziennie	2,0	6,5	33,1	54,6	3,8
4.	4-5 drinków prawie codziennie	0,2	2,0	6,3	89,9	1,6
5.	4-5 drinków 1 lub 2x na weekend	3,0	10,7	34,1	48,2	4,1
6.	Próby z cannabis	15,4	21,4	22,9	34,5	5,8
7.	Cannabis od czasu do czasu	5,1	15,3	29,8	44,7	5,1
8.	Cannabis regularnie	1,3	3,8	9,2	82,5	3,1
9.	próby z LSD	5,6	15,3	26,2	40,0	12,9
10.	LSD regularnie	0,9	0,4	2,0	89,7	6,9
11.	Próby z amfetamina	5,3	14,9	26,0	41,6	12,2
12.	Amfetamina regularnie	0,4	0,2	3,3	90,0	6,0
13.	Próby z kokainą	3,2	10,7	23,2	47,3	15,7
14.	Kokaina regularnie	0,7	0,2	0,7	89,6	8,8
15.	Próby z ecstasy	4,5	12,2	21,3	38,7	23,3
16.	Ecstasy regularnie	0,7	0,0	2,7	80,3	16,3
17.	Próby z substancjami wziewnymi	4,0	13,0	27,1	43,9	11,9
18.	Substancje wziewne	0,7	0,2	4,3	87,2	7,6
19.	Próby z kompotem	2,0	6,5	23,0	55,7	12,8

Najbardziej rozpowszechnionym wśród badanych napojem alkoholowym jest piwo, ale wyniki świadczą o tym, że młodzież sięga również po inne trunki: wódkę i wino. Szczególnie niebezpieczne jest picie napojów alkoholowych przez młode kobiety.

Trudno wyjaśnić zbadane zjawisko, być może związane jest ono z modą na pewne postawy w środowisku młodzieżowym, nieumiejętnością pokony-

wania trudności, urazami psychicznymi lub mało atrakcyjną propozycją spędzania czasu wolnego.

Przedstawiona analiza zebranego materiału dotyczyła grupy 452 osób. Należałoby podjąć dalsze badania, aby dokładniej poznać omówiony problem w środowisku młodzieży studenckiej innych Uczelni Trójmiasta i Polski.

*Jolanta Wojciechowska*  
*Uniwersytet Gdański, Instytut Pedagogiki*



## Z PUBLIKACJI ZAGRANICZNEJ

### DrugNet Europe

#### Biuletyn Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Niniejszy tekst otwiera stałą kolumnę, na której prezentowane będą omówienia naukowych lub profesjonalnych czasopism zagranicznych względnie pojedynczych artykułów dotyczących problemu narkotyków i narkomanii. Celem przeglądu zawartości Biuletynu na łamach „*Serwisu Informacyjnego. Narkomania*” jest dostarczenie bieżącej informacji o najnowszych trendach w zakresie używania narkotyków w Europie i reakcjach na ten problem. W doborze informacji uwzględniane będą przede wszystkim te, które wydają się szczególnie interesujące dla polskiego czytelnika, zaangażowanego w działania skierowane na profilaktykę i rozwiązywanie tego problemu w naszym kraju.

W niniejszym tekście przedstawione zostaną informacje zawarte w DrugNet Europe - dwumiesięcznym biuletynie wydawanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA). Centrum powstało w 1996 r. jako jedna z instytucji Unii Europejskiej. Siedzibą tej instytucji jest Lizbona. Centrum podporządkowane jest bezpośrednio Komisji Europejskiej, chociaż stanowi samodzielną instytucję, niezależną na płaszczyźnie merytorycznej. Zadaniem Centrum jest monitorowanie problemu narkotyków na poziomie Unii Europejskiej i koordynowanie monitoringów prowadzonych w krajach członkowskich przez Krajowe Centra nazywane Focal Points. Każdy z krajów Unii

zobowiązany jest do powołania takiego krajowego Centrum. W części krajów instytucje monitorujące istniały już wcześniej, w części powstały w odpowiedzi na powołanie Centrum Europejskiego.

Przedmiotem monitoringu zarówno w skali Unii, jak na poziomie poszczególnych krajów jest:

- Epidemiologia narkomanii
- Polityka wobec problemu narkomanii
- Ograniczanie popytu na narkotyki

W przyszłości planowane jest rozszerzenie monitorowania na problematykę podaży narkotyków.

Omawiany numer Biuletynu otwiera relacja z wizyty Prezydentów Francji i Portugalii w EMCDDA. Jacques Chirac i Jorge Sampaio spotkali się z Przewodniczącym Rady Nadzorczej (Chairmen of Management Board) Franzem J. Bindert i Dyrektorem Centrum Georgesem Estievenart. W swoim wystąpieniu Prezydent Francji ostrzegł, że problem narkotyków osiągnął dramatyczne rozmiary i wymaga wprowadzenia wspólnych dla całego kontynentu rozwiązań legislacyjnych do jego przezwyciężenia. Zdaniem prezydenta nie do zaakceptowania jest sytuacja, w której europejskie prawodawstwo na tym polu jest nie zharmonizowane. Podstawą tworzenia nowego prawa powinna być odpowiednia wiedza naukowa i statystyczna. Zdobywanie takiej wiedzy to właśnie podstawowa rola EMCDDA. Podobnego zdania był Prezydent Portugalii. „Potrzebujemy więcej wiedzy, żeby lepiej podejmować

decyzje” - taki komunikat dla prasy sformułował Prezydent Portugalii. Podkreślił on też postęp jaki dokonał się w badaniach nad problemem narkotyków w ostatnich latach i wskazał na konieczność kontynuacji. Wizyta obu Prezydentów w EMCDDA jest widocznym dowodem znaczenia, jakie europejscy politycy najwyższego szczebla przykładają do zapobiegania narkomanii, a w szczególności do badań na tym polu.

Na pierwszej stronie biuletynu znajdujemy również informacje o wstępnym raporcie na temat nowego narkotyku z grupy amfetamin, jakim jest 4-MTA (P-Methylthioamphetamine lub 4- Methylthioamphetamine). Raport jest owocem wymiany informacji między EMCDDA i Europol, tj. organizacją zrzeszającą policje krajów Unii Europejskiej. Raport wskazuje na wzrost konfiskat tej substancji w drugiej połowie 1998 r. w Belgii, Wielkiej Brytanii i w mniejszym stopniu w Holandii. Przegląd literatury naukowej sugeruje, że 4-MTA ma podobne psychologiczne działanie jak MDMA (ecstasy). Rozprowadzane jest w postaci pigułek w kolorze kremowym lub tabletek. Raport wskazuje na alarmujące potencjalne efekty nadużywania tego środka.

W stałej rubryce „Narkotyki - prawo” (Drugs-Lex), w omawianym numerze Biuletynu, poruszona została problematyka „małych ilości” narkotyku w kontekście polityki karnej. Kwestia ta jest obecnie bardzo aktualna również w naszym kraju. Jak wiemy, ustawa z 1997 r. wprowadziła odpowiedzialność karną za posiadanie narkotyków pozostawiając jednak, zgodnie z tendencjami europejskimi, zwolnienie od kary osób, które posiadają niewielkie ilości narkotyków na własny użytek. Niewielkie ilości nie zostały skodyfikowane, o tym co uznać można za niewielką ilość za każdym razem

decydować ma sąd. Rozwiązanie to budzi liczne kontrowersje. Jego przeciwnicy wskazują na dowolność interpretacji i wynikającą stąd bezradność policji, zwolennicy zaś podkreślają elastyczność takiego rozwiązania pozwalającą na unikanie karania użytkowników narkotyków. Zobaczmy, jak z tym problemem radzą sobie inne kraje. W tekście opracowanym na podstawie raportu Daniela Armanda Ugon z Włoch znajdujemy porównanie rozwiązań legislacyjnych zastosowanych we Włoszech, w Austrii i Niemczech. Punktem wyjścia rozważań jest konstatacja, że różne rozwiązania legislacyjne w różnych krajach prowadzą do różnych wyroków za to samo przestępstwo związane z narkotykami. Wprawdzie można znaleźć pewne podobieństwa, jednak tylko w odniesieniu do generalnych założeń.

We Włoszech posiadanie narkotyków na własny użytek jest odróżniane od przestępstw takich jak posiadanie narkotyków w celu wprowadzenia ich do obrotu, sprzedaży, nielegalnego przewozu przez granicę, itp. Do 1993 r. w prawie włoskim funkcjonowała koncepcja „małej dawki dziennej” przeznaczona do „osobistego użytku”. W wyniku referendum zrezygnowano z tej koncepcji i obecnie decydującym czynnikiem jest tylko cel posiadania. Jeśli tym celem jest własny użytek, ilość posiadanego narkotyku nie ma znaczenia. W takich przypadkach stosowane są tylko sankcje administracyjne. W ustalaniu celu posiadania stosowane są m.in. takie kryteria, jak stopień uzależnienia osoby posiadającej narkotyk, poziom czystości substancji, czy sposób przechowywania narkotyku.

W Niemczech i w Austrii posiadanie narkotyków jest przestępstwem, także posiadanie w małych ilościach na własny użytek, chociaż w tym szczególnym przypadku nie podlega karze. W odróżnieniu od włoskiej legislacji, w

rozwiązaniach prawnych Niemiec i Austrii kwestia „niewielkich ilości” jest kluczowa dla określenia odpowiedzialności karnej. W obu krajach „niewielkie ilości” nie zostały jednoznacznie zdefiniowane. W Austrii dekretem określono co to jest „duża ilość” pozostawiając sądom interpretację pojęcia „niewielkiej ilości”, w Niemczech natomiast zarówno duże, jak małe ilości dookreślane są każdorazowo przez sąd. Takie rozwiązanie jest elastyczne, nie wiąże rąk sędziom, którzy rozpoznając sprawę każdorazowo biorą pod uwagę wszystkie jej okoliczności. Dzięki temu łatwiej uniknąć karania osób, których jedynym przewinieniem jest używanie narkotyków.

We wszystkich trzech krajach, mimo różnic w rozwiązaniach legislacyjnych i tradycji prawnej, samo posiadanie narkotyków rzadko staje się przyczyną pozbawienia wolności. Wydaje się, że jest to dobra ilustracja aktualnych tendencji w krajach Unii Europejskiej.

Jednym z podstawowych zadań EMCDDA jest poprawa w zakresie porównywalności danych epidemiologicznych zbieranych w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Prace na tym polu koncentrują się obecnie na pięciu podstawowych wskaźnikach rozpowszechnienia i konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków:

- Zgłaszalność do leczenia z powodu używania narkotyków
- Zgony związane z narkotykami oraz umieralność i przyczyny zgonów wśród osób używających narkotyki
- Nowe przypadki infekcji HIV, HBV i HCV związane z używaniem narkotyków
- Ogólnokrajowe badania ankietowe wśród mieszkańców na temat używania narkotyków i postaw wobec nich
- Oszacowanie rozpowszechnienia problemowego używania narkotyków (narkomanii)

W 1999 r. kraje członkowskie Unii Europejskiej zostały zobowiązane do zbierania danych w zakresie tych pięciu podstawowych wskaźników, w sposób zapewniający porównywalność w ramach zintegrowanego systemu. Dla każdego z wskaźników został opracowany podstawowy standard dotyczący zakresu i sposobu zbierania danych, analizy i raportowania. Zakłada się, że procesowi wdrażania zintegrowanego systemu zbierania danych towarzyszyć będzie postęp w zakresie interpretacji i rozumienia danych na poziomie narodowym i w kontekście lokalnym.

W omawianym numerze Biuletynu więcej informacji znajdujemy na temat ogólnokrajowych badań ankietowych wśród mieszkańców. Zakłada się, że informacje o rozmiarach używania narkotyków i postawach wobec nich w populacji generalnej, a także charakterystyki tych, którzy po narkotyki sięgają stanowią podstawowy materiał do oceny sytuacji w zakresie narkotyków i do planowania działań zapobiegawczych. Narzędziem do zbierania takich danych są badania ankietowe na reprezentacyjnych próbach populacji generalnej lub pewnych jej segmentów, na przykład młodzieży. W ostatnich latach takie badania prowadzone były w 10 krajach Unii Europejskiej. Porównanie ich wyników napotyka jednak na przeszkody wynikające z jednej strony z różnic kulturowych, z drugiej zaś z różnic metodologicznych w realizacji badań. Dlatego EMCDDA opracowuje standardowe narzędzia badawcze i metodologię zwiększającą porównywalność danych w skali europejskiej. W 1996 r. wspólnie z ekspertami krajów członkowskich Unii uruchomiono projekt nakierowany na ten cel. W 1998 r. w ramach tego projektu rozpoczęto testowanie metodologii i narzędzi badawczych w kilku krajach. Równolegle prowadzony jest projekt mający na celu oszacowanie efektów stosowania różnych

metod wywiadu (kwestionariusze rozsyłane pocztą, wywiady telefoniczne, itp.). Wyniki będą opublikowane w nadchodzących miesiącach.

Ważnym kierunkiem aktywności ECMD-DA, znajdującym odzwierciedlenie także w Biuletynie, jest monitorowanie działań z zakresu ograniczania popytu na narkotyki. EMCDDA uruchomiło obecnie program badań jakościowych na tym polu. Celem programu jest dostarczenie politykom i praktykom profilaktyki informacji o bieżących badaniach ograniczania popytu na narkotyki, promowanie takich badań i wspomaganie kontaktów między badaczami na tym polu. Program koordynowany przez Nordycką Radę ds. Badań nad Alkoholem i Narkotykami (Nordic Council for Alcohol and Drug Research - NAD) stanowi uzupełnienie programu badań jakościowych na polu epidemiologii zainicjowanego przez EMCDDA w 1996 r. w celu analizy wzorów używania narkotyków.

W ramach programu badań nad ograniczaniem popytu analizowane będą mechanizmy, procesy, kluczowe postacie i struktury organizacyjne interwencji mające na celu ograniczanie popytu na narkotyki. Program ma odpowiedzieć, między innymi, na pytania:

- Jak postrzegane są interwencje przez grupy do których są adresowane?
- Jakie są zadania, motywy i intencje osób zajmujących się działalnością z zakresu ograniczania popytu na narkotyki?
- Jak współpracują ze sobą poszczególne służby i kluczowe postacie?
- Co dzieje się w różnych programach profilaktycznych?

W ramach europejskiego programu badawczego opracowano schemat zbierania danych, wedle którego eksperci gromadzą informacje o programach realizowanych w swoich krajach. Efektem programu będzie bibliografia i inwen-

tarz badań prowadzonych w poszczególnych krajach oraz synteza ich wyników. Będą one dostępne pod koniec roku w internecie na stronie: <http://www.ged.org.uk>.

Inny projekt uruchomiony przez EMCDDA o nazwie EDRA dotyczy również ograniczania popytu. EDRA jest bazą danych inicjatyw prewencyjnych z zakresu ograniczania popytu na narkotyki w krajach Unii Europejskiej. Jest ona dostępna w internecie: <http://www.emcdda.org>. W bazie gromadzone są projekty spełniające kryteria jakości naukowej i operacyjnej. Oczekuje się, że do końca roku w bazie znajdzie się ponad 200 projektów. Celem uruchomienia bazy jest dostarczenie praktykom zajmującym się profilaktyką oraz politykom zajmującym się planowaniem i wdrażaniem profilaktyki informacji o szerokim wachlarzu działań podejmowanych w poszczególnych krajach. Baza gromadzi dane o podstawach teoretycznych, procesie wdrażania, metodologii, ewaluacji i rezultatach poszczególnych projektów profilaktycznych. Generalnym założeniem leżącym u podstaw tego przedsięwzięcia jest przekonanie, że najlepsze efekty przynosi wspólna wymiana doświadczeń między ekspertami i profesjonalistami.

Jedną z informacji zamieszczonych w Biuletynie dotyczy Raportu Grupy Ewaluacyjnej Projektu Phare skierowanego na ograniczanie popytu na narkotyki. Projekt ten jest koordynowany przez konsorcjum trzech instytucji - Centrum Jellinka z Amsterdamu, European Centre for Social Welfare Policy and Research z Wiednia i Instytut Psychiatrii i Neurologii z Warszawy. Podstawowym celem projektu jest wzmocnienie strategii ograniczania popytu w 13 krajach Europy Centralnej i Wschodniej, zwiększenie roli profilaktyki i ograniczania szkód oraz zharmonizowanie ich ze strategią

mi stosowanymi w krajach Unii Europejskiej. W skład Grupy Ewaluacyjnej wchodzi między innymi EMCDDA. Raport tej grupy oceniającej działania podejmowane w ramach projektu w drugiej połowie 1998 r. konkluduje, że w znacznym stopniu przybliżyły one osiągnięcie trzech głównych celów: wzmocnienie sieci współpracy między krajami, rozwój strategii zapobiegawczych oraz budowanie zasobów profilaktycznych.

W ostatnich latach dużą wagę przywiązuje się do zagrożeń powodowanych w ruchu drogowym przez osoby będące pod działaniem substancji psychoaktywnych. W odpowiedzi na te potrzeby z inicjatywy EMCDDA Irlandzkie Centrum Monitoringu dokonało przeglądu literatury dotyczącej efektów używania legalnych i nielegalnych substancji w prowadzeniu pojazdów. Dokonano przeglądu około 700 naukowych publikacji. Przegląd wykazał, że o ile rola alkoholu w wypadkach drogowych jest bardzo dobrze udokumentowana, to znacznie mniej dowodów dotyczy roli innych substancji. Wykazano jednak, że kombinacje tych innych substancji z alkoholem mogą być szczególnie niebezpieczne.

Niestety badania dotyczące używania substancji i prowadzenia pojazdów napotykają liczne bariery metodologiczne. Wyniki testów na obecność substancji zwykle niewiele mówią o stopniu intoksykacji w czasie prowadzenia pojazdów. Niedostatki systemów rejestracji wypadków drogowych często nie pozwalają na wyodrębnienie sprawców wypadków, którzy spowodowali je będąc pod wpływem narkotyków. W większości przypadków czynnikiem alkoholu utrudnia oszacowanie wpływu innych substancji. Wreszcie wyniki badań eksperymentalnych często nie oddają we właściwy sposób sytuacji z życia codziennego.

Mimo tych zastrzeżeń można jednak pokusić się o sformułowanie kilku wstępnych wniosków. Wydaje się, że spośród innych niż alkohol substancji najbardziej niebezpieczne dla ruchu drogowego są leki uspokajające i nasenne. Szczególnie groźne są benzodwuzepiny w połączeniu z alkoholem ze względu na efekt interakcji tych dwóch substancji. Jest tak, bowiem prowadzenie pojazdów po użyciu leków uspokajających i nasennych jest relatywnie najbardziej rozpowszechnione. Można szacować, że około 10% wypadków powodowanych jest przez osoby, które używały tych leków. Znacznie mniejszy efekt dla ruchu drogowego mają takie substancje jak heroina czy metadon. Wynika to przede wszystkim ze znacznie mniejszego rozpowszechnienia używania tych substancji, szczególnie wśród osób prowadzących pojazdy.

*Janusz Sierosławski*

*na podstawie: „DrugNet Europe” No 16,  
March/April 1999*

## ZARZĄD GŁÓWNY STOWARZYSZENIA MONAR

ul. Hoża 57, 00-681 Warszawa

tel. (022) 621-13-59, 621-28-71, 628-41-46, fax (022) 622-00-10

### *Drodzy Czytelnicy,*

*Nasz Przyjaciel i współpracownik Adam Nyk ma 28 lat, jest socjologiem i terapeutą w Ośrodku dla osób chorych na AIDS. Trzy lata temu w drodze do pracy uległ wypadkowi samochodowemu, w wyniku którego złamał kręgosłup. Od tej pory porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim. Nie przestał jednak pracować. Nadal z ogromną pasją i sercem pomaga ludziom pokrzywdzonym przez los, często śmiertelnie chorym. Jest sekretarzem Stowarzyszenia "Solidarni Plus", cały swój czas poświęca innym, wśród których są także dzieci i młodzież uzależniona od narkotyków. Co dwa tygodnie pokonuje odległość 300 kilometrów, by spotkać się ze 100 osobową społecznością EKO-Szkoły Życia w Wandzinie, gdzie pracuje jako terapeuta.*

*Adam nie poddał się, jest bardzo aktywny zawodowo i wiele dobrego robi dla innych. Dla niego również otworzyła się życiowa szansa. Klinika Paraplegii w Zurychu zakwalifikowała go, na podstawie wyników badań, do operacji rdzenia kręgowego, dzięki której mógłby odzyskać władzę w nogach.*

*Niestety, pobyt w klinice kosztuje aż 43 tysiące franków szwajcarskich. Nie jesteśmy w stanie sami zebrać takiej kwoty, prosimy więc wszystkich, którzy chcieliby pomóc Adamowi o dokonywanie wpłat na konto Stowarzyszenia „Solidarni Plus” IX oddział PKO BP Warszawa nr 10201097-310138-270-1 pod hasłem „operacja Adama”.*

*Pracownicy Stowarzyszenia MONAR*

## FORUM ORGANIZACJI REALIZUJĄCYCH ZADANIA W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA NARKOMANII JADWISIN'99

W dniach 7-8 października br. w Jadwisinie k. Warszawy, z inicjatywy Biura ds. Narkomanii, odbyło się spotkanie organizacji realizujących zadania w zakresie zapobiegania narkomanii.

Spotkanie w zamyśle organizatorów miało pełnić dwie funkcje. Z jednej strony dawało możliwość integracji osób działających w zakresie zapobiegania narkomanii, z drugiej strony zaś przewidywało znaczną liczbę godzin poświęconych zagadnieniom informacyjno-szkoleniowym dotyczącym m.in. założeń polityki Biura ds. Narkomanii na rok 2000, projektu programu szkoleniowego i systemu certyfikacji. W programie Forum przewidziano także wykłady obejmujące kwestie prawne dotyczące rehabilitacji osób uzależnionych, formy współpracy administracji centralnej i samorządowej z organizacjami pozarządowymi w zakresie przeciwdziałania narkomanii oraz zagadnienia dotyczące ewaluacji programów profilaktycznych.

Ważną część spotkania stanowił wykład na temat trybu i warunków udzielania, a także rozliczania środków finansowych przyznawanych



na realizację zadań zleconych z zakresu przeciwdziałania narkomanii.

Wszyscy uczestnicy otrzymali Informator Biura ds. Narkomanii na rok 2000 w którym, podobnie jak w latach poprzednich, określone zostały szczegółowe zasady obowiązujące przy składaniu ofert, realizacji i rozliczaniu zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Informator zawiera ponadto informacje na temat priorytetów, jakimi Biuro będzie się kierować przy zlecaniu zadań w roku przyszłym, określa terminy składania wniosków do Biura, zawiera taryfikator dotyczący wynagrodzeń dla realizatorów, procedury w zakresie zlecania, realizacji i rozliczania zadań. Organizacje pozarządowe mogą składać do Biura wnioski o realizację zadań z zakresu profilaktyki, wnioski o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów nieubezpieczonych, mogą składać oferty programów z zakresu minimalizacji szkód zdrowotnych, readaptacji społecznej i innych, szczególnie określonych i wymienionych w Informatorze.

*(red)*

Pomocne i pewne,  
jeśli masz podejrzenia,  
że bliska Ci osoba  
zażywa narkotyki.

**TESTY DO WYKRYWANIA  
NARKOTYKÓW  
W MOCZU**

**AMFETAMINA • Test** Isolatech  
wykrywa amfetaminę obecną w moczu w czasie do 2-3 dni  
od momentu użycia

**KOKAINA • Test** Isolatech  
wykrywa kokainę obecną w moczu w czasie do kilkunastu godzin od momentu spożycia

**MORFINA • Test** Isolatech  
wykrywa morfinę obecną w moczu w czasie do 3 dni  
od momentu użycia opium, morfiny, heroínu lub tzw. konopki

**THC • Test** Isolatech  
wykrywa kanebinoły i ich metabolity (THC)  
obecne w moczu do 14 dni od momentu spożycia narkotyku  
produkowanych na bazie konopi indyjskich (marihuana, konopiec)

**Już dostępne w aptekach**

- Łatwe i proste testy do wykonania w warunkach domowych
- Przy pomocy załączonej do testu pipetki nakrapla się 6 kropli moczu na płytkę testową
- Wynik w postaci barwnych prążków na płytce testowej odczytuje się w czasie do 8 minut od momentu nakroplenia moczu

**WYNIK UJEMNY TESTU:**  
nie wykryto narkotyku w moczu

**WYNIK DODATNI TESTU:**  
wykryto narkotyk w moczu

Testy posiadają świadectwo dopuszczenia do stosowania  
wydane przez Centralny Ośrodek Techniki Medycznej nr 25075357



## Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Biuro ds. Narkomani**  
tel./fax 641-15- 01, 641-15-65  
e-mail: bdsnark@medianet.com.pl  
<http://www.medianet.com.pl/~bdsnark>  
Pismo jest bezpłatne

**Adres redakcji:**  
**ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa**

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**  
Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**  
Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**  
tel./fax (022) 616 12 58, 617 13 04

### KOLEGIUM REDAKCYJNE:

**Bożenna Kamińska-Buško** (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej)

**Jacek Morawski** (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

**Jacek Moskalewicz** (Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Janusz Sierosławski** (Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Teresa Wereżyńska** (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)

**Włodzimierz Zięba** (Biuro do Walki z Przestępczością Narkotykową)