



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 1 (19) 2003

KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII na lata 2002 – 2005.

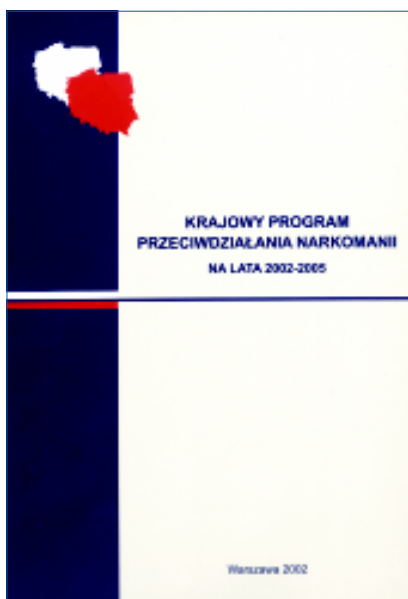
W lipcu 2002 r. Rada Ministrów uchwaliła Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005, który zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi podstawę działań w tym obszarze. Przyjęta perspektywa czasowa programu ma związek z jednej strony z prawdopodobną datą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, z drugiej zaś ze sformułowanymi przez ekspertów rekomendacjami dotyczącymi konieczności rozwijania długoletnich strategii dla rozwiązywania skomplikowanych problemów społecznych, do których z pewnością należy narkomania.

Metodologia prac nad KPPN na lata 2002 – 2005

Prace nad projektem KPPN przebiegały w kilku etapach. Na wstępie przeanalizowano doświadczenia poprzedniego programu na lata 1999-2001. W tym celu przeprowadzono krótki sondaż wśród instytucji rządowych, organizacji pozarządowych,

placówek służby zdrowia i innych, które uczestniczyły w realizacji poprzedniej krajowej strategii. Z analizy ankiet wynikały dwa zasadnicze wnioski. Po pierwsze – przekonanie, że promocja krajowego programu na lata 1999-2001 była niewystarczająca, stąd liczne instytucje odpowiedzialne za jego wdrażanie stosunkowo późno uzyskały stosowną wiedzę na ten temat i możliwość podjęcia adekwatnych działań. Po drugie, zwracano uwagę na słaby przepływ informacji pomiędzy odpowiedzialnymi instytucjami.

Oprócz wymienionego sondażu zlecono także przygotowanie eksperckiej opinii na temat KPPN na lata 1999-2001 pod kątem jego metodologicznej poprawności oraz merytorycznej zawartości. Zgodnie z uwagami zgłoszonymi przez ekspertów w przygotowaniu przyjętej obecnie strategii znacznie więcej uwagi poświęcono zbudowaniu czytelnej struktury celów progra-



ciąg dalszy na str 4.

SPIS TREŚCI

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002 – 2005

Bogusława Bukowska str. 1

Pożegnanie str. 3

Jesienna Konferencja Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomani 7-8 października 2002, Białobrzegi

..... str. 10

NARKOTYKI W DISKOTEKACH

dr Ireneusz Siudem str. 12

NARKOMANIA

Raport Biura Służby

Prewencyjnej KGP

**o rozpoznanych zjawiskach
patologii społecznej, przestępczości
i demoralizacji nieletnich w 2001 r.**

Komisarz Lidia Woć str. 19

Sprawozdanie ze stypendium w Holandii

Katarzyna Dąbrowska str. 27

SZACOWANIE KOSZTÓW NARKOMANII W POLSCE

Janusz Sierosławski str. 33

Zatrudnienie socjalne

– cele i założenia

Małgorzata Maresz str. 40

Notatka ze spotkania

**z prof. Ewą Leś z Instytutu Nauk
Społecznych UW w siedzibie
Rzecznika Praw Obywatelskich,
25 września 2002**

Małgorzata Maresz str. 40

Ogłoszenie str. 43

Ogłoszenie w sprawie

rozstrzygnięcia konkursu

na program specjalistycznego

szkolenia w dziedzinie terapii

i rehabilitacji uzależnienia od

narkotyków zatwierdzonego

i certyfikowanego przez Ministra

Zdrowia (dla ofert zgłoszonych

w pierwszym terminie)..... str. 45

Ogólnopolska Kampania

Profilaktyczna

Piotr Jabłoński str. 47

„HIV nie wybiera.

Ty Możesz” str. 47

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

Antynarkotykowa poradnia internetowa: www.poradnia.narkomania.org.pl

POŻEGNANIE



Choć minął pewien czas od śmierci Marka Kottańskiego, nie minął żal z powodu jego nagłego i przedwczesnego odejścia. Wciąż trudno uwierzyć, że nie ma go wśród nas. Marka przecież znał niemal każdy w Polsce. Wydaje się, że od zawsze był tam,

gdzie ludzka krzywda i najtrudniejsze problemy społeczne. Był opoką dla ludzi uzależnionych, bezdomnych i chorych, dla ludzi z marginesu, bez szans na normalne życie. On potrafił stawać w obronie godności i praw tych ludzi, troszczyć się o nich, a przez wielu był spostrzegany jako ostatnia szansa i nadzieja.

Miał w sobie niezwykłą charyzmę, a swoją pasją, wrażliwością społeczną i zaangażowaniem potrafił zarażać innych. Znalazł dużą grupę ludzi chętnych do współpracy i wspólnych działań na rzecz pomocy potrzebującym. Tak powstał MONAR, największa organizacja w Polsce zajmująca się profilaktyką i leczeniem uzależnień od narkotyków, a potem MARKOT - system pomocy ludziom bezdomnym.

Hasłem przewodnim jego wszelkich działań było „daj siebie innym”. Tę ideę zaszczepiał nie tylko tym, którzy podejmowali z nim wspólny trud tworzenia ośrodków, ale w myśl tego hasła próbował kształtować postawy i system wartości społeczeństwa przypominając wciąż, że nadrzędne nad materialnymi są wartości duchowe. Wielu ludzi, właśnie dzięki Markowi, jego zaangażowaniu i autentyzmowi w działaniu inaczej dziś patrzy na narkomanów,

bezdolnych czy chorych na AIDS. Uczył tolerancji i zrozumienia dla ludzkich słabości. Prowokował, angażował media, używał wszelkich sposobów, by przełamywać stereotypy. Wszyscy z pewnością pamiętają z jaką determinacją walczył z lokalnymi władzami i nietolerancją sąsiadów wobec tworzonych przez niego ośrodków dla narkomanów.

Marek kochał ludzi i wierzył w ludzi. Wierzył, że ci, którzy zagubili się w życiu mają w sobie dość siły, by podjąć trud powrotu do społeczeństwa. Wierzył też, że ludzie potrafią bezinteresownie zaangażować się w sprawy drugiego człowieka, w działanie i pomoc innym. Wierzył także w młodych ludzi i ich pozytywną siłę. Szukał pomysłu, aby - jak to mówił - „zaimpregnować zdrową młodzież”, żeby mówili „dziękuję, nie biorę”. Na kanwie tej wiary oparł swój ostatni program pracy z młodzieżą, którego głównym celem jest kształtowanie właściwego systemu wartości - Ruch Czystych Serc.

Nie ma Marka wśród nas. Wiele zrobił dla społeczeństwa i na trwałe wpisał się w historię, jako rzecznik i przyjaciel ludzi potrzebujących pomocy, ale - tak wiele jeszcze mógłby zrobić. Miał w sobie niezwykły potencjał możliwości, miał niespożyta energię do tworzenia i realizowania nowych pomysłów. Najbardziej jednak chciał uczyć ludzi dawania siebie innym. Nie ma Marka wśród nas, ale należy wierzyć, że jego idee przetrwają i że są ludzie podobni do niego. Należy wierzyć, że jego program naprawy problemów społecznych znajdzie wielu twórczych i zaangażowanych kontynuatorów.

Krajowy Program
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
na lata 2002 – 2005.

dokończenie ze str. 1

mu, precyzyjniej określono sposób monitorowania przebiegu realizacji poszczególnych zadań oraz zaplanowano wskaźniki osiągnięcia celów programu.

Na tym etapie przygotowań dokonano także przeglądu analogicznych strategii obowiązujących w innych krajach (m.in. USA, Holandii, Szwecji, Belgii, Wielkiej Brytanii) pod kątem możliwości zastosowania konkretnych rozwiązań w warunkach polskich.

Zasadnicze zręby programu powstały podczas 3-dniowego spotkania ekspertów, reprezentujących zarówno placówki służby zdrowia i organy administracji samorządowej, jak i instytucje i organizacje biorące udział w pracach Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Podczas seminarium określono najważniejsze problemy dotyczące zarówno ograniczania popytu jak i podaży na narkotyki oraz zaplanowano sposób działania, który powinien przyczynić się do rozwiązania problemu. Punktem wyjścia do określenia celów programu była identyfikacja problemu głównego w danym obszarze czy sferze działania oraz tych, które są jego konsekwencją. Strukturze wyłonionych problemów odpowiada struktura celów.

Zasady konstruowania programu

W Krajowym Programie na lata 2002-2005 zakłada się **zrównoważone podejście pomiędzy działaniami podejmowanymi na rzecz redukcji podaży narkotyków i ograniczania popytu na nie**. Założenie to jest zgodne z rekomendacjami i postulatami zgłaszanymi przez mię-

dzynarodowe gremia opiniotwórcze. Z analizy doświadczeń wielu krajów wynika, że przyznawanie priorytetu któremuś z wyżej wymienionych obszarów ogranicza możliwości efektywnego przeciwdziałania narkomanii. Warto podkreślić, że zasada „zrównoważonego podejścia” choć nie była wyrażona *explicite* w poprzedniej krajowej strategii to jednak konsekwentnie od wielu lat jest w Polsce realizowana.

Kolejną zasadą, która porządkowała prace nad KPPN, była **zasada realizmu**. Narkomanię, podobnie jak wiele innych zjawisk o charakterze społecznym, należy rozpatrywać w szerokim kontekście przyczyn ekonomicznych, psychologicznych i socjologicznych. Instrumenty zmiany, którymi dysponujemy, mogą mieć wpływ tylko na niektóre z tych przyczyn. Dodatkowym ograniczeniem w kreowaniu pożądanych zmian są dostępne środki finansowe. Ich skromność zawsze wiąże się z brakiem możliwości zastosowania określonych instrumentów zmiany. Krajowa strategia na lata 2002-2005 była budowana ze świadomością istniejących ograniczeń. Dlatego też cele i zadania umieszczone w dokumencie były weryfikowane przez pozytywne odpowiedzi na następujące pytania: czy wiemy, jak dane zadanie zrealizować na poziomie operacyjnym, czy dostępne są fundusze na jego realizację i jakie jest ryzyko, że danego celu nie uda się osiągnąć.

Pomimo że krajowa strategia zgodnie z delegacją ustawy dotyczyć ma przeciwdziałania narkomanii, to jednak nie sposób oddzielić profilaktyki ukierunkowanej na ograniczanie używania narkotyków od działań z zakresu zapobiegania używaniu innych środków psychoaktywnych, takich jak alkohol i tytoń, czy szerzej zachowań problemowych dzieci i młodzieży. W KPPN starano się znaleźć kompromis między ustawową delegacją a rekomendacjami za-

wartymi w podręcznikach nowoczesnej profilaktyki, w których podkreśla się konieczność integralnego podejścia do używania środków psychoaktywnych bez względu na ich rodzaj. Nadmienmy, że rekomendacje te są od kilku lat z powodzeniem wdrażane przez wielu animatorów i realizatorów działań zapobiegawczych w Polsce. W krajowej strategii **kontekst innych niż narkotyki substancji psychoaktywnych** jest wielokrotnie podkreślany zarówno w aspekcie koordynacji działań podejmowanych przez samorząd lokalny i instytucje centralne, jak i w odniesieniu do konkretnych zadań i wskaźników.

Wychodząc z założenia, że powodzenie realizacji KPPN zależy w ogromnej mierze od społecznego zaangażowania, a to z kolei m.in. od stopnia znajomości i zrozumienia celów krajowej strategii, dużo uwagi poświęcono planom jej popularyzacji i właściwej promocji. Dążąc do osiągnięcia społecznego zaangażowania we wdrażaniu KPPN, priorytetowo traktuje się udział samorządów lokalnych w realizacji założeń i celów strategii. Podkreślono także, że ważnym elementem budowania akceptacji dla programu będzie zmienianie stereotypów na temat przyczyn i konsekwencji używania środków psychoaktywnych. Z jednej strony obserwujemy bowiem potępienie dla konsumpcji narkotyków, z drugiej zaś dużą tolerancję wobec nadużywania alkoholu i leków nasennych lub uspokajających bez zalecenia lekarza.

Koordinacja programu, organy i instytucje odpowiedzialne oraz adresaci

Zgodnie z postanowieniami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i KPPN na lata 2002-2005, kluczową rolę w zakresie koordynacji, nadzorowania i realizacji strategii pełni Krajowe Biuro

ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W jego kompetencjach pozostaje także utrzymywanie stałych kontaktów z instytucjami odpowiedzialnymi za realizację poszczególnych zadań oraz monitorowanie ich realizacji.

Obowiązek wdrożenia postanowień krajowej strategii spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego na różnych poziomach oraz organach administracji rządowej. Podkreśla się szczególnie ważną rolę organizacji pozarządowych w realizacji programu.

Funkcję opiniodawczo-doradcze dla Prezesa Rady Ministrów w sprawach dotyczących narkomanii pełnić będzie Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii powołana przez Premiera w lutym 2002 r. Do jej kompetencji należy m.in. wnioskowanie o wprowadzenie odpowiednich zmian do przepisów prawnych oraz opiniowanie sprawozdania z realizacji KPPN.

Krajowa strategia obejmuje swoim zasięgiem wielu adresatów. W części dotyczącej profilaktyki w szczególności koncentruje się na dzieciach i młodzieży w wieku 10-25 lat, w tym młodzieży z grup ryzyka.

W części dotyczącej leczenia i rehabilitacji program adresowany jest do osób używających narkotyków w sposób szkodliwy oraz uzależnionych od nich. Problem ten w 80% dotyka osób młodych, w wieku 16-29 lat.

Cele programu

Głównym celem programu jest ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Szczegółowe cele strategii obejmują:

1. zahamowanie tempa wzrostu rozpowszechnienia używania narkotyków,
2. ograniczenie tempa wzrostu przestępczości związanej z używaniem narkotyków,

3. ograniczenie zakażeń HIV, HCV oraz innych chorób związanych z używaniem narkotyków,
4. ograniczenie liczby zgonów wynikających z używania narkotyków,
5. utrzymywanie poprawy stanu zdrowia u osób poddawanych leczeniu i rehabilitacji.

Powyższe cele szczegółowe można przyporządkować 4 podstawowym obszarom, w których krajowa strategia powinna być wdrażana.

Pierwszy obszar obejmuje zapobieganie używaniu narkotyków. Na podstawie analizy trendów ogólnoswiatowych oraz krajowych przyjęto, że **realistycznym celem pozostaje zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki, nie zaś jego wyraźne ograniczenie.** Jak wskazują doświadczenia krajów Europy Centralnej i Wschodniej, od początku lat dziewięćdziesiątych mamy do czynienia z dynamicznym rozwojem zjawiska używania narkotyków, zwłaszcza wśród młodzieży. Ma to związek z poważnymi zmianami społeczno-ekonomicznymi, które dokonują się w naszej części Europy. Zahamowaniu tempa wzrostu popytu na narkotyki mają służyć odpowiednio sformułowane cele szczegółowe. Koncentrują się one na zwiększeniu zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych, w tym narkotyków. Równocześnie ważnym celem programu pozostaje podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku. W uzasadnieniu tego celu strategii zwrócono uwagę na konieczność zwerifikowania form przekazu medialnego, ograniczającego się często do przekazywania informacji w sposób sensacyjny i szokujący ze szkodą dla rzetelnych i ważnych treści o znaczeniu profilaktycznym. Kolejne cele szczegółowe

w obszarze profilaktyki obejmują zagadnienia związane z pogłębianiem wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii oraz skutecznych strategii profilaktycznych. W uzasadnieniu podkreślono, że istnieje pilna konieczność poszerzenia programów badawczych (dotychczas często ograniczających się do szacowania rozmiarów rozpowszechnienia używania środków psychoaktywnych) o projekty, które mogą przyczynić się do wypracowywania bardziej adekwatnych i zróżnicowanych metod oddziaływań profilaktycznych. Ostatni w kolejności, choć z pewnością nie mniej ważny cel krajowej strategii to zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów działań profilaktycznych. Służyć temu ma znaczne poszerzenie dotychczasowej oferty szkoleniowej oraz dotarcie do zróżnicowanego grona odbiorców, którzy w codziennej praktyce zawodowej stykają się z problemami używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

Drugi obszar celów KPPN na lata 2002-2005 obejmuje leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków oraz ograniczania szkód zdrowotnych związanych z tym faktem.

W obszarze tym dużo uwagi poświęcono podniesieniu jakości programów leczniczych, rehabilitacyjnych i ukierunkowanych na ograniczanie ryzyka. Służyć temu ma opracowanie stosownych standardów postępowania leczniczego przez zespół ekspertów powołany przez ministra zdrowia. Kolejnym krokiem, którego wdrożenie planuje się do 2005 r., jest opracowanie kryteriów i zasad akredytacji zakładów opieki zdrowotnej prowadzących programy lecznicze dla osób uzależnionych od narkotyków. Określenie i wprowadzenie docelowej sieci z.o.z oraz minimalnego planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uwzględniającego terapię osób uzależnio-

nych od środków odurzających (na poziomie powiatu) powinno także przyczynić się do poprawy dostępności świadczeń. Ponadto w programie rekomenduje się zwiększenie liczby miejsc w programach substytucji lekowej oraz rozwój programów postrehabilitacyjnych i ograniczania szkód zdrowotnych. Prowadzone obecnie w Polsce programy metadonowe obejmują zaledwie 4% populacji uzależnionych od opiatów, podczas gdy w niektórych krajach wskaźnik ten wynosi 40-70%. W odniesieniu do programów wymiany igieł i strzykawek, rekomendowanych przez wiele międzynarodowych gremiów, m.in. WHO, zaleca się ich dalszy, systematyczny rozwój.

Kolejnym warunkiem poprawy jakości opieki medycznej i psychologicznej pozostaje opracowanie i wdrożenie procedur ewaluacji świadczeń terapeutycznych. Planuje się objęciem pilotażowym programem 10-13 zakładów opieki zdrowotnej specjalizujących się w terapii osób uzależnionych od narkotyków. Kwestia systematycznego wdrażania specjalistycznych programów szkoleniowych to kolejne ważne zadanie. Odpowiedni dokument w powyższej sprawie został zatwierdzony przez ministra zdrowia w lutym 2002 r. (Dziennik Urzędowy MZ z dnia 08. 04. 2002 r., Nr 4).

Kolejny obszar celów dotyczy ograniczenia podaży. Za najważniejsze uznano ograniczenie dostępności narkotyków oraz zahamowanie wzrostu przestępczości związanej z narkotykami. Priorytet przyznano zwalczaniu podaży narkotyków syntetycznych, których Polska od kilkunastu lat jest dużym producentem – początkowo wyłącznie amfetaminy, a od kilku lat również jej pochodnych, w tym ekstazy. Zwrócono uwagę, że przestępczość związana z narkotykami stanowi jedno z najważniejszych

wyzwań współczesności. Obejmuje ona zarówno drobne przestępstwa popełniane przez osoby uzależnione w celu zdobycia środków finansowych na zakup kolejnej „działki” narkotyku, jak i przestępczość zorganizowaną. Zgodnie z danymi zawartymi w opracowaniach ONZ, w krajach rozwiniętych około połowy wszystkich przestępstw ma związek z narkotykami, a od 30 do 50% więźniów stanowią osoby używające narkotyków. W Polsce od kilku lat obserwuje się przenikanie subkultury przestępczej do grup użytkowników narkotyków. Skuteczne przeciwdziałanie, w szczególności zorganizowanej przestępczości narkotykowej pozostaje ważnym celem krajowej strategii. Na możliwość osiągnięcia sukcesu w tym względzie istotny wpływ może mieć wdrożenie odpowiednich instrumentów prawnych pozwalających na skuteczniejsze pozbawianie sprawców przestępstwa korzyści wynikających z przestępczej działalności. Biorąc pod uwagę ostatnie opinie i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości, wydaje się, że w tym względzie zostanie osiągnięty niebawem istotny postęp.

Badania, monitoring i ewaluacja polityki przeciwdziałania narkomanii w Polsce oraz przedsięwzięć bardziej szczegółowych stanowią ostatni obszar zagadnień uwzględnionych w krajowej strategii. Nadrzędnym celem aktywności podejmowanych w tym obszarze ma być zapewnienie informacji dla prowadzenia racjonalnej i akceptowanej społecznie polityki wobec narkomanii. W uzasadnieniu celu podkreślono, że dotychczasowa praktyka zbierania i analizowania danych w obszarze narkomanii często utrudniała planowanie działań opartych o empiryczne przesłanki. Brak jednolitych standardów określających metodologię zbierania

i analizowania danych powodował, że często nie można było formułować wiarygodnych interpretacji zjawiska narkomanii. Dodatkową trudnością był brak przepływu informacji pomiędzy instytucjami, które takie dane gromadziły. W KPPN na lata 2002-2005 planuje się stworzenie zintegrowanego systemu informacji o narkotykach i narkomanii, poprawę trafności i rzetelności wskaźników oraz rozszerzenie ich repertuaru. Planowany system powinien odpowiadać standardom zbierania i analizowania danych obowiązującym w krajach Unii Europejskiej. Nowy system sprawozdawczości statystycznej obowiązujący ma m.in. w zakresie zgłaszalności do leczenia narkomanów, aktywności profilaktycznej podejmowanej w skali lokalnej oraz zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu B, C wśród osób używających narkotyki w drodze iniekcji. Ważne miejsce w obszarze planowanych badań, monitorowania i ewaluacji krajowej strategii zajmuje opracowanie zasad współpracy z samorządami województw oraz wybranych miast. Zwiększenie aktywności tych podmiotów w gromadzeniu, analizowaniu i przekazywaniu danych stanowi istotny warunek osiągnięcia celów krajowej strategii. Wszystkie osoby oraz instytucje, które będą realizować wyżej wymienione zadania, liczyć mogą na metodologiczne wsparcie Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii¹.

Źródła finansowania programu

Zadania Krajowego Programu przypisane organom administracji państwowej m.in. ministrom właściwym do spraw zdrowia, oświaty

i wychowania, spraw wewnętrznych, administracji publicznej są finansowane w ramach środków zaplanowanych w ustawach budżetowych dla właściwych części budżetu państwa.

Źródłem finansowania zadań Krajowego Programu zaplanowanych dla jednostek samorządu terytorialnego są środki własne gminy, powiatu i województw określone w stosownych uchwałach budżetowych. Zwraca się uwagę, że zadania ukierunkowane na wczesną profilaktykę narkomanii należy postrzegać w szerokim kontekście przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. W związku z tym powinny być planowane z zadaniami wczesnej profilaktyki problemów alkoholowych.

Zgodnie z decyzją ministra finansów i Rady Ministrów KPPN na lata 2002-2005 nie może stanowić tytułu do ubiegania się o dodatkowe środki finansowe z budżetu państwa. Nie jest to postanowienie nowe, obowiązuje ono w przypadku wielu uchwalanych w naszym kraju strategii czy programów – wystarczy wspomnieć Narodowy Program Zdrowia. Jaki wpływ na poziom realizacji celów programu będzie miała powyższa decyzja, trudno precyzyjnie ocenić. Należy z dużym poziomem pewności przyjąć, że znaczny. Z drugiej jednak strony należy zwrócić uwagę, że wysokość nakładów finansowych przeznaczanych przez władze samorządowe na zapobieganie narkomanii jest bardzo zróżnicowana. Wydaje się, że zależy to nie tylko od skali zagrożenia i stopnia zasobności samorządu lokalnego, ale również od poziomu zrozumienia problemu oraz odpowiedzialności władz lokalnych za podejmowanie realnych działań w tym obszarze.

¹ Krajowe Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, znajduje się w strukturze Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomani. Zostało utworzone na mocy postanowień ustawy z dnia 06 września 2001 (Dz. U. Nr 125, poz.1367) o zmianie ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Analiza ryzyka realizacji postanowień KPPN na lata 2002-2005

W planowaniu jakichkolwiek działań czy strategii należy uwzględniać potencjalne czynniki, które mogą mieć negatywny wpływ na osiągnięcie zaplanowanych celów. Wśród czynników ryzyka realizacji KPPN na lata 2002-2005 wymienia się w szczególności kryzys finansów publicznych. Ograniczenie wydatków na zadania związane z szeroko rozumianą polityką społeczną, w tym przeciwdziałanie narkomanii, może przesądzić o niskim stopniu realizacji celów krajowej strategii. Niewystarczające nakłady finansowe to nie jedyne zagrożenie dla realizacji programu. Brak aktów wykonawczych do właściwych ustaw, np. rozporządzenia ministra zdrowia o docelowej sieci zakładów, obejmujących także placówki prowadzące leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków, również będzie miało niekorzystny wpływ na osiągnięcie planowanych rezultatów. Innego rodzaju zagrożenia związane są z ograniczeniem przestępczości narkotykowej. W przypadku gwałtownego wzrostu podaży narkotyków na świecie zahamowanie przestępczości narkotykowej w kraju ma niewielkie szanse powodzenia. Ponadto skuteczne zahamowanie rozmiarów przestępczości narkotykowej będzie możliwe tylko pod warunkiem stabilizacji lub spadku przestępczości w ogóle. W innym wypadku istnieje bowiem duże prawdopodobieństwo alokacji środków finansowych na zwalczanie przestępczości ogólnej. Kolejne zagrożenie związane jest z niewystarczającym poziomem koordynacji działań różnych służb, instytucji i samorządów lokalnych odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii. Do-

tychczasowe doświadczenia pokazują, że podjęcie efektywnej współpracy i rzeczywistej koordynacji działań nie jest przedsięwzięciem łatwym. Na przeszkodzie zwykle stoi hermetyczność wielu biurokratycznych struktur, brak właściwego zrozumienia problemu narkomanii i wynikająca stąd niechęć do współpracy. Z pewnością wymienione wyżej czynniki ryzyka stanowią tylko część potencjalnych zagrożeń i trudności. Od wyobraźni i dobrej woli polityków wszystkich szczebli zależeć będzie czy KPPN na lata 2002-2005 okaże się ważnym instrumentem zmiany czy też tylko kolejnym dokumentem.

Wszystkie osoby zainteresowane KPPN na lata 2002-2005 odsyłam do strony internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: www.narkomania.gov.pl

*opracowała Bogusława Bukowska
z-ca dyrektora Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii.*

JESIENNA KONFERENCJA KRAJOWEGO BIURA ds. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 7-8 października 2002, Białobrzegi

Na jesienną konferencję zorganizowaną przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zostali zaproszeni przedstawiciele regionalnej administracji rządowej i samorządowej, którzy podjęli lokalne działania na rzecz upowszechnienia ogólnopolskiej kampanii adresowanej do młodzieży pod hasłem „Narkotyki – najlepsze wyjście nie wchodzić”.

Program konferencji zaplanowano głównie z myślą o podsumowaniu pierwszego etapu kampanii prowadzonej od maja 2002 r. z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ale spotkanie to było także okazją do zaprezentowania jego uczestnikom innych ważnych tematów, a w szczególności Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005 przyjętego przez Radę Ministrów 30 lipca br. Bogusława Bukowska, zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, omówiła założenia przyświecające konstruowaniu programu, jego główne cele, a także obszary, w jakich będzie on realizowany. Dyrektor Biura zachęcał przedstawicieli samorządów do jak najszerszego promowania i upowszechniania treści Krajowego Programu w regionach i organizowania lokalnych konferencji na ten temat.

Innym wątkiem obrad, poza sprawami związanymi z realizacją kampanii, był system monitorowania problemu narkomanii w Polsce. Janusz Sierosławski, koordynator Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii przy KB ds. PN, przedstawił zebrany

koncepcję organizacyjną działalności Centrum ze szczególnym uwzględnieniem współpracy z województwami. Proponowane zasady kooperacji dotyczyły przede wszystkim: podziału zadań w zakresie zbierania danych i wymiany informacji między Krajowym Centrum i strukturami wojewódzkimi; wyznaczenia przez pełnomocnika eksperta zajmującego się monitorowaniem problemu narkomanii na poziomie województwa; szkolenia i konsultacji dla ekspertów wojewódzkich z udziałem doradców z Unii Europejskiej, a także możliwości wsparcia technicznego. W konferencji uczestniczyła Zorka Domic, doradca przedakcesyjny Unii Europejskiej, która w swoim wystąpieniu deklarowała m.in. wszelką pomoc merytoryczną w precyzowaniu i wprowadzaniu praktycznych rozwiązań służących polskiej polityce przeciwdziałania narkomanii.

Ponieważ jednym z zakładanych celów kampanii był wzrost bezpieczeństwa młodzieży w miejscach spędzania wolnego czasu, wiele uwagi na konferencji poświęcono ograniczeniu używania narkotyków w miejscach masowych imprez młodzieżowych, a przede wszystkim w dyskotekach.

Ireneusz Siudem z Lubelskiego Towarzystwa Kuźnia, a jednocześnie pracownik naukowy Instytutu Psychologii UMCS w Lublinie, przedstawił raport z badań dotyczących rozpowszechnienia używania środków odurzających w dyskotekach przez młodzież województwa lubelskiego. Zaprezentował również projekt

programu profilaktycznego pod nazwą „Narkotyki w dyskotekach”, który powstał na podstawie analizy i wniosków z badań, a który ma na celu ograniczenie używania środków psychoaktywnych w dyskotekach.

Stowarzyszenie MONAR zaprezentowało uczestnikom konferencji projekt zakładający edukację, promowanie zdrowia i bezpieczeństwa w kręgach społeczności klubowej, uwzględniający jednocześnie koncepcję ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków, w szczególności syntetycznych, oraz kreowanie mody na bezpieczną zabawę. Projekt pod nazwą „Alternative Dance” prezentowali: Jagoda Władoń, Artur Piech z Choice s.c., a także Monika Bielińska i Bartosz Wolski – realizatorzy projektu pracy partyworkerów.

Kolejnym tematem konferencji, związanym ściśle z prowadzoną kampanią antynarkotykową, była propozycja programu informacyjno-edukacyjnego Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii na rzecz wycofania ze sprzedaży akcesoriów do palenia przetworów konopi indyjskich oraz wszelkich gadżetów opatrzonych symbolami kojarzącymi się z narkotykami. Potrzebę podjęcia działań w tym zakresie dostrzegli uczestnicy ubiegłorocznej VIII Konferencji dotyczącej Rehabilitacji i Polityki Przeciwdziałania Narkomanii, którzy zwrócili się z apelem do wszystkich osób decydujących o produkcji, dystrybucji i sprzedaży tych akcesoriów o wycofanie ich z rynku. Program, którego realizacji podjęło się PTZN, nosi nazwę „Tu nie kupisz akcesoriów do używania narkotyków” i pilotażowo przeprowadzony będzie w wybranych dzielnicach na terenie Warszawy. Anna Kuciak z PTZN omówiła kolejne etapy wdrażania tego projektu, a także sposoby jego realizacji.

Mariola Tatarska z Fundacji Maraton zaprezentowała nowatorski program z zakresu profilaktyki środowiskowej skierowany do młodzieży zagrożonej uzależnieniem, który już od roku wdrażany jest na warszawskim Ursynowie. Bezpośrednimi realizatorami projektu są młodzi ludzie zaangażowani w pomoc rówieśnikom w zmianie postaw wobec środków psychoaktywnych oraz wspieranie ich w poszukiwaniu konstruktywnych sposobów osobistego rozwoju. Terenem dla działań w ramach tego przedsięwzięcia są miejsca największej aktywności nieformalnych grup młodzieżowych, dlatego program nazwano „Przewodnicy podwórkwowi”.

Jak już wspomniano na początku, spotkanie miało na celu podsumowanie działań ogólnopolskich z pierwszego etapu kampanii „Narkotyki - najlepsze wyjście nie wchodzić”. W ramach tego punktu programu konferencji Mirosława Olszewska, pełnomocnik zarządu województwa opolskiego, przedstawiła jedną z lokalnych inicjatyw podjętą w ramach kampanii, dotyczącą działań profilaktycznych podczas masowych imprez muzycznych. Uczestnicy konferencji mogli dodatkowo zobaczyć zarejestrowany na filmie przebieg tej imprezy. O aktywizacji samorządów lokalnych na przykładzie prowadzonej kampanii w województwie mazowieckim mówiła Zofia Feliks z Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej. Anna Radomska z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dokonała podsumowania dotychczasowego przebiegu kampanii na podstawie wyników ankiet nadesłanych przez koordynatorów z 12 województw. Przedstawiła osiągnięte sukcesy, a także najczęściej napotykane trudności w realizacji kampanii. Na przykład, w województwach małopolskim, dolnośląskim i mazowieckim pozyskano do współpracy właścicieli dyskotek, natomiast w łódzkim, pomorskim, podkarpackim i zachodniopomorskim

brak było akceptacji działań profilaktycznych w dyskotekach. Podobnie było w innych obszarach działań – współpracy z samorządem województwa, przyznania środków finansowych czy też stopnia zainteresowania problemem narkomanii ze strony decydentów. Jednym z podkreślanych sukcesów było wsparcie lokalnych mediów i pozytywne komentarze dotyczące przebiegu kampanii, a także upowszechnianie hasła i wzrost zainteresowania grupy docelowej możliwościami uzyskania

pomocy poprzez wykorzystanie antynarkotykowego telefonu zaufania.

Podsumowanie dotychczasowych działań kampanii miało służyć również wypracowaniu priorytetowych kierunków dla potrzeb kontynuowania kampanii w 2003 roku, dlatego też w drugim dniu spotkania znaczną część czasu poświęcono pracy w grupach i prezentacji wniosków, które należałoby uwzględnić w planowanych działaniach związanych z przyszłoroczną kampanią.
(red.)

NARKOTYKI W DYSKOTEKACH

Pomysł zajęcia się problemem używania środków psychoaktywnych w dyskotekach powstał kilka lat temu. Dyskoteki i, ogólnie rzecz biorąc, miejsca rekreacji oraz rozrywki młodzieży są sferą dotychczas nie objętą żadnymi usystematyzowanymi działaniami profilaktycznymi, w odróżnieniu od np. szkół gdzie programy profilaktyczne stosowane są od ponad 20 lat.

Kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii organizowana pod hasłem: "Narkotyki najlepsze wyjście nie wchodzić" zmobilizowała nas do podjęcia konkretnych działań związanych z używaniem narkotyków w dyskotekach, szczególnie że jednym z priorytetów kampanii było ograniczanie używania środków psychoaktywnych w miejscach rekreacji i rozrywki młodzieży (w tym, w dyskotekach).

I tak wiosną 2002 roku w województwie lubelskim, powstał projekt pt. „Narkotyki w dyskotekach”. Autorem projektu jest dr Ireneusz Siudem, pracownik Instytutu Psychologii UMCS, przewodniczący Lubelskiego Towarzystwa Zapobiegania Patologiom Społecznym

„Kuźnia”, oraz lek. med. Marek Chmielewski, pełnomocnik Zarządu Województwa Lubelskiego ds. Uzależnień.

Do realizacji projektu włączyło się Lubelskie Towarzystwo Kuźnia oraz Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji, Lubelskie Kuratorium Oświaty, Zakład Psychologii Społecznej UMCS, Koło Naukowe Psychologów UMCS, studenci Wydziału Pedagogiki i Psychologii UMCS.

Głównym celem projektu jest ograniczenie używania środków odurzających w dyskotekach, choć na poziomie roboczym w pierwszej kolejności chodzi o przygotowanie i wdrożenie działań profilaktycznych w konkretnych dyskotekach z terenu województwa lubelskiego.

Aby to osiągnąć niezbędne jest m.in. wykonanie badań rozpowszechnienia i przyczyn używania środków psychoaktywnych w dyskotekach oraz uzyskanie zgody właścicieli dyskotek na wprowadzenie u nich odpowiednich działań.

Projekt składa się z wielu etapów, ale ogólnie można podzielić go na dwie części.

Pierwsza część, której realizacja planowana jest w okresie od wiosny do końca roku 2002, obejmuje wykonanie badań w dyskotekach, przygotowanie działań profilaktycznych oraz ich realizatorów.

Druga część - planowana podczas całego 2003 roku - polega na realizacji konkretnych działań w dyskotekach, ich monitoringu i ewaluacji.

Część pierwsza składa się z 6 etapów:

1. marzec-wrzesień 2002 - zbadanie rozpowszechnienia używania środków odurzających przez młodzież w dyskotekach oraz specyfiki, okoliczności i przyczyn tego używania na terenie woj. lubelskiego.
2. wrzesień 2002 - opracowanie wniosków z badań, informacji i rekomendacji dla osób związanych z prowadzeniem, obsługą i organizacją imprez młodzieżowych.
3. październik 2002 - organizacja spotkań informacyjno-szkoleniowych dla osób związanych z prowadzeniem, obsługą i organizacją imprez młodzieżowych z terenu woj. lubelskiego, mających na celu określenie możliwości wprowadzenia działań profilaktycznych.
4. październik-listopad 2002 - przygotowanie programu szkoleniowego dla przyszłych wykonawców programów profilaktycznych w dyskotekach.
5. listopad-grudzień 2002 - nabór oraz szkolenie wykonawców programów profilaktycznych w dyskotekach wg wcześniej opracowanych rekomendacji.

6. grudzień 2002) - podsumowanie pierwszej części projektu.

Część druga, której realizacja przypada na cały 2003 rok, składa się również z 6 etapów.

1. styczeń 2003 - wprowadzenie wykonawców do dyskotek, adaptacja.
2. luty-czerwiec 2003 - praca w dyskotekach: monitoring, nawiązywanie kontaktów, interwencje, pomoc.
3. lipiec-sierpień 2003 - praca podczas imprez i dyskotek sezonowych.
4. wrzesień 2003 - weryfikacja realizacji zadań, półroczne podsumowanie, weryfikacja metod pracy.
5. wrzesień-grudzień 2003 - praca po zweryfikowaniu metod.
6. grudzień 2003 - podsumowanie projektu, ewaluacja działań.

Aktualnie, w momencie przygotowywania tego opracowania, zrealizowany został pierwszy i częściowo drugi etap pierwszej części projektu, czyli wykonane zostało badanie rozpowszechnienia używania środków odurzających przez młodzież w dyskotekach, specyfika, okoliczności i przyczyny tego używania na terenie woj. lubelskiego oraz opracowane zostały wstępne wnioski z badań, informacje i rekomendacje dla osób związanych z prowadzeniem, obsługą i organizacją imprez młodzieżowych.

Poniżej przedstawiam wybrane wyniki przeprowadzonych badań.

Badanie przeprowadzone zostało na próbie 2.154 osób - młodzieży z gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych (zawodowych, techników i liceów). Badane były trzecie klasy z wszystkich typów szkół. Dobór szkół z terenu województwa oraz klas ze szkoły był losowy. W badaniach brano pod uwagę głównie duże dyskoteki (bez szkolnych) i można stwierdzić, że 93% badanych chodzi lub chodziło do dyskotek.

Spośród tych osób 11% badanych deklaruje, że bywa w ponad 10 różnych dyskotekach
50% osób badanych bywa od 5 do 10 różnych dyskotek
32% osób badanych bywa w od 1 do 4 różnych dyskotek
7% osób badanych nie uczęszcza do dyskotek.

Średnia liczba znanych (odwiedzanych) dyskotek wynosi 6 na jedną badaną osobę, przy

Tabela nr 1. Udział młodzieży z poszczególnych szkół w badaniu.

gimnazja	ponadgimnazjalne		
	zasadnicze	technika	licea
622	516	521	495

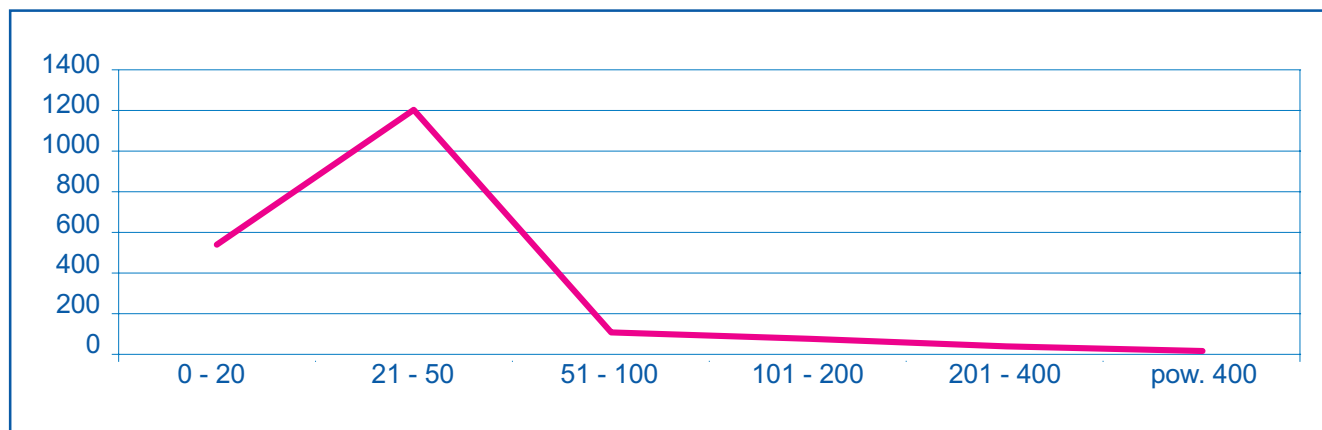
Tabela nr 2. Uczęszczanie na dyskoteki.

% badanych	kilka razy w tygodniu	raz w tygodniu	dwa razy w miesiącu	raz w miesiącu	raz na kilka miesięcy	nigdy
	8%	10%	25%	39%	11%	7%

Tabela nr 3. Czas spędzany na dyskoteci.

% badanych	cały czas trwania dyskoteki	4-5 godzin	około 2-3 godzin	krócej niż 2 godziny
	8%	10%	25%	39%

Wykres nr 1. Kwota pieniędzy wydawana na jednej dyskoteci.



Te grupy młodzieży utożsamiają alkohol z „menelikami”, a często z nieakceptowanym przez nich światem dorosłych (ich rodziców).

dyskotek, ponad połowa nieletnich kupuje go w dyskotecce, pozostali przynoszą ze sobą, czasami kupując im starsi koledzy.

Tabela nr 6. Najczęściej przyjmowane środki na dyskotekach

% badanych	amfetamina	crack	ecstasy	„grzyby”	heroina do palenia	herina inna niż do palenia	kleje	kokaina	LSD lub inne halucynogenne	leki	marihuana	strydy
	42%	4%	49%	19%	41%	3%	15%	8%	40%	7%	62%	10%

Na pierwszym miejscu pod względem częstości używania znajduje się marihuana, następnie ecstasy oraz amfetamina, brown sugar i LSD. 49% badanych uważa, że w dyskotekach, do których uczęszczają, można z łatwością kupić narkotyki, a tylko 6% badanych uważa, że na dyskotekach są one trudniej dostępne niż gdzie indziej. Na uwagę zasługuje fakt, że tylko 20% używających kupuje środki odurzające podczas dyskoteki. Większość nabywa je przed dyskoteką, a 56% na kilka godzin przed dyskoteką (w innym miejscu).

Ponad połowa używających środki kupuje je od kolegów, którzy często są również dealerami, 7% badanych zaopatruje się u ochroniarzy, 4% u DJ'ów i 2% u barmanów. Środki te zażywane są podczas całej dyskoteki (bez względu na jej przebieg) - tak sądzi 74% badanych.

Środki zażywane są głównie w ubikacji, w szatni i na zewnątrz dyskoteki (chodzi głównie o marihuanę i brown sugar) inne środki przyjmowane są również podczas zabawy np. przy stolikach, najczęściej w zaprzyjaźnionych grupach, nie większych niż 5-6 osób.

Jeśli chodzi o alkohol, to wg opinii badanej młodzieży używa go ponad 70% uczestników

W opinii 72% badanych osób dyskoteka jest sprzyjającym miejscem do brania środków odurzających (w tym picia alkoholu), jest to również miejsce sprzyjające inicjacji narkotykowej. 51% badanych uważa, że w dyskotekach bierze się więcej środków odurzających niż gdzie indziej.

Tabela nr 7. Czynniki sprzyjające używaniu środków w dyskotekach.

1. Wpływ kolegów/ koleżanek
2. Łatwość zdobywania środków
3. Rodzaj muzyki (HIP HOP, TECHNO)
4. Możliwość ukrycia się w tłumie
5. Zachęcająca postawa DJ-a
6. Brak kontroli rodziców

Powodem inicjacji narkotykowej w dyskotecce jest wg badanych - w 74% wpływ towarzystwa, w 56% ciekawość, i w 40% chęć ucieczki od problemów. Wśród istotnych powodów brania narkotyków w dyskotekach wymieniano również: chęć lepszej zabawy, szpan i modę.

Spośród 2.154 osób badanych 48% przyznało się do wzięcia środka odurzającego na dyskotecę (z wyjątkiem alkoholu), była to głównie marihuana i amfetamina. 64 % biorących otrzymało tę propozycję od kolegi. Najniższy wiek inicjacji wyniósł 11 lat.

83% badanych twierdzi, że dyskoteka sprzyja używaniu środków, jednak osoby biorące narkotyki przyjmują je także poza dyskoteką. Także 83% badanych zgadza się z tym, że narkotyki są szkodliwe dla zdrowia i to tak samo szkodliwe, niezależnie od miejsca ich zażywania. 29% badanych było świadkami, jak ktoś z ich towarzystwa z powodu nadużycia alkoholu czy narkotyków został umieszczony w izbie wytrzeźwień, ambulatorium (niezbędna była interwencja lekarza). 42% respondentów było świadkami konfliktów w dyskotekach, występujących pod wpływem zażycia środków odurzających, 65% zna osoby ze swojego środowiska, którym zdarzyło się stracić pamięć w wyniku zażycia środka uzależniającego. Najczęściej wymienianymi przez badanych powodami uczęszczania na dyskoteki jest dobra zabawa, specyficzna atmosfera i muzyka. Badani na dyskotekach najbardziej obawiają się przemocy, bójek i chamstwa.

Podsumowując wyniki wykonanych badań, można stwierdzić, że prawie połowa uczestników dużych dyskotek, uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w województwie lubelskim przyznała się do brania środków odurzających w trakcie zabawy. W szkołach gimnazjalnych procent biorących jest niższy.

Do kontaktu z alkoholem przyznaje się ponad 70 % uczestników dyskotek.

Mimo iż młodzież uważa, że dostępność środków na dyskotekach jest duża (również łatwość zakupu), to większość osób kupuje je od kolegów przed dyskoteką, a ponad połowa

zainteresowanych nawet na kilka godzin wcześniej w innym miejscu.

Jeśli chodzi o rozprowadzanie narkotyków zdecydowanie na pierwszym miejscu występują koledzy. Obsługa dyskotek (barmani, ochroniarze, DJ'je) mimo, że stanowią niewielki procent w podaży środków, to jednak nie widać z ich strony zdecydowanych działań zapobiegawczych.

Do najczęstszych środków zażywanych podczas dyskotek należą: marihuana, ecstazy, amfetamina, brown sugar i LSD. Dobór środków w zasadzie nie dziwi, biorąc pod uwagę zarówno specyfikę ich działania, jak i miejsce stosowania. Uwagę jednak zwraca wzrost używania „brown sugar” - środka drogiego, jak na kieszeń młodzieży szkolnej.

Dyskoteka jest zdecydowanie miejscem sprzyjającym używaniu narkotyków. Sprzyja temu głównie: wpływ kolegów, łatwość zdobywania środków, rodzaj muzyki (hip hop, techno), możliwość ukrycia się w tłumie, zachęcająca postawa DJ-a, brak kontroli rodziców.

Jako powody „pierwszego razu” na dyskotecę podaje się wpływ kolegów, ciekawość i chęć ucieczki od problemów. Zwłaszcza ten ostatni powód wydaje się interesujący w świetle występującego związku pomiędzy używaniem narkotyków a zakupem środków antykoncepcyjnych. Może to sugerować, że zarówno używanie narkotyków jak i aktywność seksualna u tych samych osób może pełnić funkcję „odstresowującą” tzn. może być formą odreagowania napięcia i jednocześnie substytutem związków emocjonalnych, których te osoby najprawdopodobniej nie są w stanie zawierać w satysfakcjonujący je sposób.

Sytuację powyższą zdają się potwierdzać porównania dyskotek z dużą ilością alkoholu i innych z przewagą narkotyków. Na pierwszych częściej dochodzi do konfliktów i bójek pomiędzy uczestnikami, na drugich panuje wręcz

szokująca atmosfera jedności, zaufania, braterstwa, okazywana również wśród ludzi obcych.

Specyficzne rozróżnienie pomiędzy narkotykami i alkoholem występuje wśród samej młodzieży. Istnieją grupy, które twierdzą, że alkohol jest „zły”, wyzwala negatywne emocje, prowadzi do pijaństwa i jest dla „plebsu”. Narkotyki, wg tych grup młodzieży, są „czyste”, nie śmierdzą, wyzwalają dobre uczucia, są dla bogatszych (dla elit), a także są mniej szkodliwe i tańsze niż alkohol (mniej ich trzeba przyjmować, żeby uzyskać efekt).

Można by więc postawić tezę o kompensacji na „dyskotekach narkotykowych” często konfliktowej atmosfery rodzinnej, szkolnej, nieumiejętności społecznych uczestników tych dyskotek oraz o powstawaniu wśród nich specyficznej mody i poglądów uzasadniających takie zachowanie.

Reasumując, gdyby pokusić się o odpowiedź na pytanie o przyczyny używania środków odurzających przez młodzież w dyskotekach, można stwierdzić, że w części tkwią one poza dyskoteką, a w części w niej samej.

Po pierwsze, używanie środków zależy w dużej części od sytuacji rodzinnej, szkolnej i umiejętności zaspokajania potrzeb młodego człowieka, a dokładniej mówiąc: niekorzystna sytuacja i deprywacja potrzeb zwiększa podatność na uzależnienia, której podstawową składową jest podwyższone napięcie emocjonalne. Często towarzyszy jej poczucie niezadowolenia z siebie, rozdrażnienie lub stan depresyjno-lękowy.

Po drugie, większość potrzeb młodzieży w okresie dojrzewania koncentruje się wokół kontaktów emocjonalnych, międzyludzkich, atrakcyjności i sprawności fizycznej, co może tłumaczyć wybór dyskoteki jako miejsca sprzyjającego zaspokajaniu tych potrzeb, jak również

tłumaczy znaczenie wpływu rówieśników na inicjację narkotykową.

Po trzecie, atmosferze bliskości sprzyja zarówno dyskoteka (muzyka transowa, stroboskopowe światła itp.) jak i narkotyki, zmniejszające napięcie emocjonalne i znoszące zahamowania w kontaktach społecznych.

Po czwarte, brak reakcji ze strony dorosłych na używanie środków w dyskotekach - zarówno skutecznych zakazów, oddziaływań socjotechnicznych, osłabiania wpływu społecznego, jak i racjonalnych wyjaśnień dotyczących szkodliwości działania tych środków.

Po piąte, w świadomości młodzieży funkcjonuje wiele nieprawdziwych poglądów na temat działania, przeznaczenia i funkcji społecznej środków odurzających, które służą uzasadnieniu potrzeby i "normalności" brania, jednocześnie ukrywają prawdziwe przyczyny sięgania po te środki.

Powyższych pięć ogólnych przyczyn, jak i szczegółowe wyniki badań są punktem wyjścia do dyskusji podczas spotkań z właścicielami i obsługą dyskotek w województwie lubelskim oraz podstawą konstrukcji programu działań profilaktycznych w dyskotekach (jak i poza nimi), mającego na celu zmniejszenie używania środków odurzających przez młodzież w dyskotekach.

Przebieg i efekty realizacji kolejnych etapów niniejszego projektu oraz opis programu profilaktycznego, zostaną przedstawione w odrębnym opracowaniu.

Wszystkich zainteresowanych współpracą w ramach realizacji tego projektu lub prowadzeniem podobnych działań na terenie swojego województwa proszę o kontakt:

dr Ireneusz Siudem - 0 602 79 63 68, Lubelskie Towarzystwo Kuźnia - (081) 443 43 13, e-mail: ireneusz.siudem@umcs.lublin.pl

dr Ireneusz Siudem
Lubelskie Towarzystwo Kuźnia

NARKOMANIA

Raport Biura Służby Prewencyjnej KGP o rozpoznanych zjawiskach patologii społecznej, przestępczości i demoralizacji nieletnich w 2001 r.

Narkomania jako zjawisko patologiczne zatacza coraz szersze kręgi, a używanie środków odurzających wywołuje negatywne następstwa kryminalne, społeczne, ekonomiczne i zdrowotne.

Młodzież ma dosyć beztrudny stosunek do problemu używania narkotyków i zjawiska narkomanii. Panuje przekonanie, że sporadyczne i krótkotrwałe zażywanie narkotyków nie doprowadza do uzależnienia i nie jest szkodliwe dla zdrowia. Nadal jest moda na zażywanie substancji uzależniających, traktowanych jako element zabawy, relaksu, rozrywki, pomocy w nauce, wspomaganie przeżyć i doznań. Młodzież dobrze zna nazwy, sposoby zażywania, ceny i miejsca zakupu, reszta wiedzy opiera się na mitach i stereotypach.

Najczęściej zażywanymi narkotykami wśród młodzieży są: pochodne konopi indyjskich - marihuana i haszysz, amfetamina, tabletki ekstazy, grzyby halucynogenne, bieluń dziedzierzawa. Nadal popularne jest wążanie przez młodych „konsumentów” klejów, rozpuszczalników, benzyny samochodowej.

Wszystkie jednostki policji sygnalizują łatwy dostęp do narkotyków oraz odnotowują fakt pojawiania się narkotyków w małych miastach, a nawet wsiach. Analogicznie do ubiegłego roku miejscami rozprowadzania narkotyków i terenami szczególnie zagrożonymi są: podwórka i klatki schodowe blokowisk, klu-

by, dyskoteki, puby i restauracje, okolice szkół i internatów, dworców, bazarów, publicznych deptaków, skwerów i parków oraz kawiarni internetowych. Narkotyki rozprowadza się wewnątrz szkół i internatów, zamawia przez telefon, internet.

Grupy przestępcze składają się z producentów, dealerów, przemytników. Natomiast handel hurtowy odbywa się w zakonspirowanych lokalach, agencjach towarzyskich, na stacjach benzynowych lub motelach usytuowanych przy trasach drogowych. Policja nie może zapewnić bezpieczeństwa jednocześnie we wszystkich tych miejscach. Skala problemu powoduje pilną konieczność podjęcia działań zmierzających do zapobiegania negatywnym skutkom zażywania narkotyków.

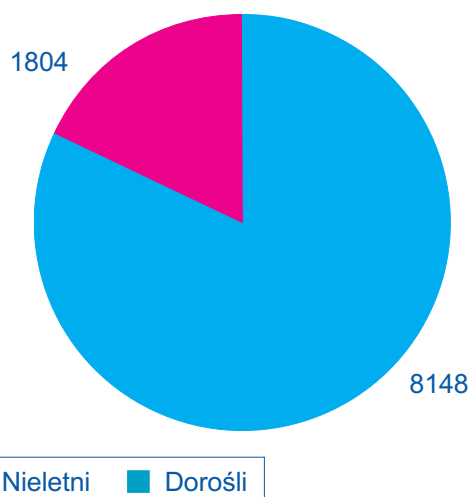
Analizując dane statystyczne zawarte w **powyższej** tabeli, widać wzrost zarówno ogólnej liczby przestępstw narkotykowych (o 48,8%) oraz czynów dokonanych przez nieletnich sprawców (o 55,2%). Tylko w 4 województwach (kujawsko-pomorskim, lubelskim, opolskim i świętokrzyskim) zmalała ogólna liczba przestępstw. Natomiast w 2 województwach (pomorskim i śląskim) zmalała liczba czynów dokonanych przez nieletnich. Jednocześnie obserwujemy, że aż w 5 województwach (kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim i podlaskim) nastąpił ponad 100% wzrost czynów dokonanych przez nieletnich.

Czyny nieletnich naruszające przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w poszczególnych województwach w latach 2000/2001 w odniesieniu do ogólnej liczby przestępstw stwierdzonych, przedstawia poniższa tabela:

Województwa	Ogółem przestępstw stwierdzonych			Czyny nieletnich		
	2000	2001	wskaźnik dynamiki (%)	2000	2001	wskaźnik dynamiki (%)
Dolnośląskie	1 925	2 590	134,5	638	846	132,6
Kujawsko-Pomorskie	801	775	96,8	96	268	279,2
Lubelskie	1 168	1 086	93,0	144	219	152,1
Lubuskie	678	1 499	221,1	51	112	219,6
Łódzkie	533	1 002	188,0	61	261	427,9
Małopolskie	1 304	3 803	291,6	272	1 252	460,3
Mazowieckie	341	746	218,8	57	66	115,8
Opolskie	1 018	755	74,2	104	115	110,6
Podkarpackie	463	1 077	232,6	110	113	102,7
Podlaskie	450	709	157,6	75	268	357,3
Pomorskie	665	1 057	158,9	288	156	54,2
Śląskie	2 843	3 449	121,3	714	510	71,4
Świętokrzyskie	774	625	80,7	131	156	119,1
Warmińsko-Mazurskie	1 231	1 929	156,7	188	198	105,3
Wielkopolskie	2 960	3 661	123,7	240	332	138,3
Zachodniopomorskie	1 096	1 537	140,2	180	211	117,2
Razem	19 649	29 230	148,8	4 306	6 681	155,2
m.st.Warszawa	1 399	2 930	209,4	957	1 598	167,0

Dane wybrane na podstawie Biuletynu Miesięcznego KGP „Przestępczość w Polsce”

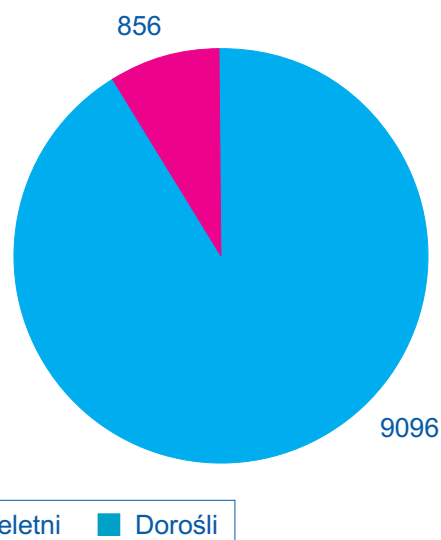
Sprawcy przestępstw z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ogółem 9952



To młodzież w swoich środowiskach zajmuje się rozprowadzaniem narkotyków, uznając to za intratny „interes”, sposób na szybkie zarobienie pieniędzy. Wchodząc w „swoje kręgi” zaopatrują wąskie grono zaufanych kolegów. Zachowanie takie zmniejsza ryzyko przyłapania na gorącym uczynku. Świadomość, że jest to działanie sprzeczne z przepisami prawa jest znikoma i nie stanowi dla młodzieży dostatecznego hamulca. Używanie narkotyków dotyczy obecnie nie tylko młodych ludzi, pozbawionych perspektyw, ale także młodzieży z zamożnych domów, uczniów szkół podstawowych, ponadpodstawowych i studentów. O zagrożeniu, jakie niesie za sobą moda na zabawę pod wpływem narkotyków, świadczą przypadki śmiertelne zanotowane w Gdańsku w styczniu 2001 r., po zażyciu tabletek ekstazy - UFO. Na terenie województwa lubelskiego zanotowano 21 przypadków zatrucia środkami odurzającymi, w tym 6 śmiertelnych. W Bytomiu 9-letni chłopiec zatrzał się oparami rozpuszczal-

nika. Obecnie jest wychowankiem Ośrodka Wychowawczego. W województwie śląskim policja odnotowała 106 przypadków zatruc różnymi substancjami, w tym 10 śmiertelnych oraz 30 przypadków zatruc bieluniem dziedzierzawą, w tym jedno zbiorowe - 8 chłopców. Ze środkami wziewnymi eksperymentują 9-11 letnie dzieci.

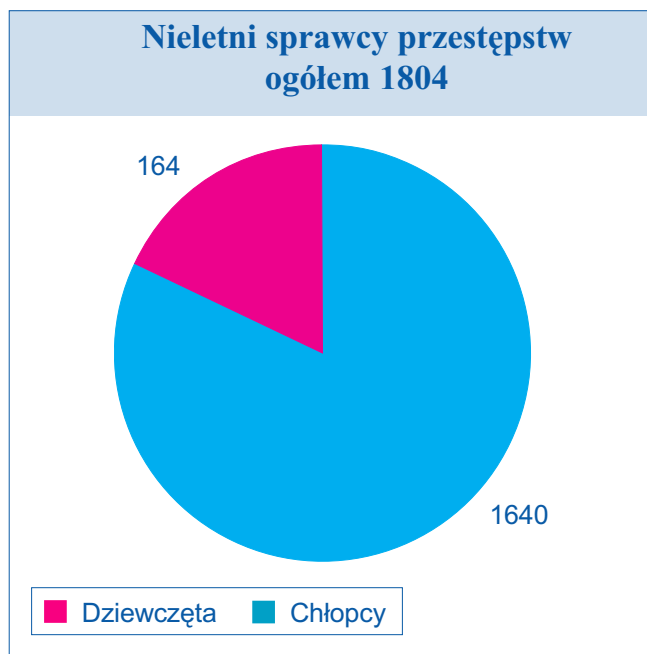
Sprawcy przestępstw ogółem 9952



W 2001 r. statystyki policyjne zanotowały 9952 podejrzanych (w tym 856 kobiet) o dokonanie przestępstw naruszających przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Wiek sprawców przedstawiał się następująco:

- o 13-16 lat - 1804 osoby (w tym 164 dziewczęta),
- o 17-20 lat - 3467 osób (w tym 148 kobiet),
- o 21-24 lat - 2197 osób (w tym 114 kobiet),
- o 25-29 lat - 1052 osoby (w tym 80 kobiet),
- o 30-49 lat - 1137 osób (w tym 188 kobiet),
- o 50 i więcej lat - 295 osób (w tym 162 kobiety).

Ujawniono również 9 sprawców poniżej 13 roku życia.



Najczęściej dokonywane przestępstwa narkotykowe w 2001 r. to:

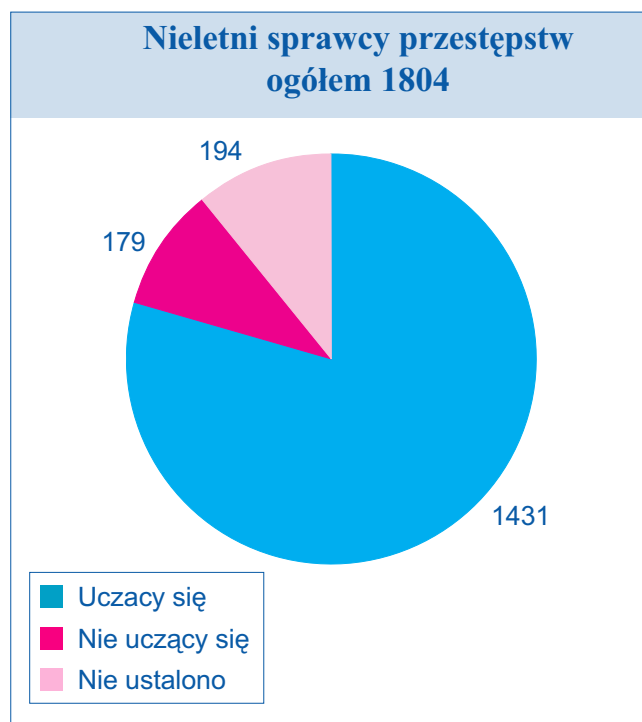
- udzielanie środków odurzających, nakłanianie do użycia w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 46 Ustawy),
- posiadanie środków odurzających (art.48),
- udzielanie, ułatwienie użycia i nakłanianie (art. 45),
- wprowadzenie do obrotu środków odurzających (art.43).

Na uwagę zasługuje fakt, że od stycznia 2001 r. wprowadzono do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii art. 46a, który mówi, że właściciele, zarządcy, kierownicy zakładów gastronomicznych, lokali rozrywkowych lub prowadzący inną działalność usługową, mający wiarygodną wiadomość o popełnieniu przestępstwa z art. 43, 45 lub 46 na terenie swojego lokalu,

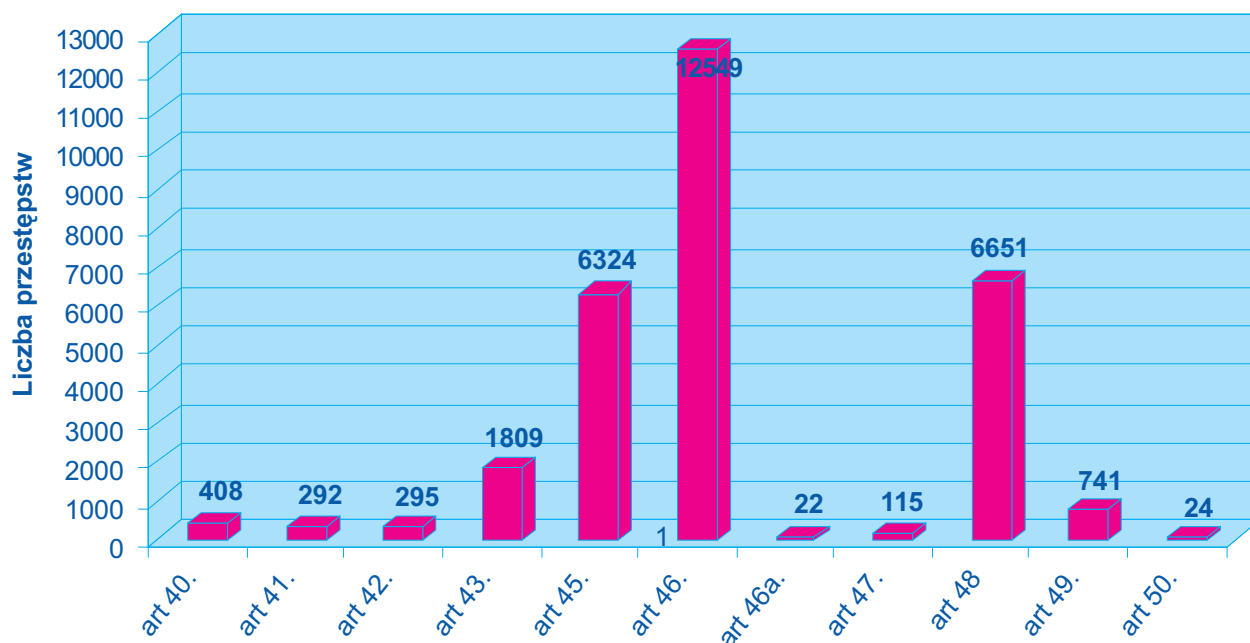
którzy nie powiadamiają o tym niezwłocznie organów ścigania, ponoszą odpowiedzialność karną. W 2001 r. policja ujawniła 22 takie czyny.

Realizując sprawy naruszające przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zabezpieczono mienie wartości 4.501.939 zł.

Ponadto zaostrzenie przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w kwestii posiadania narkotyków i ich dystrybucji na terenie dyskotek, powoduje większą ostrożność dealerów. Stwierdzono, że niektórzy z nich nie posiadają przy sobie żadnych środków. Transakcja odbywa się tak, że dealer umawia się telefonicznie z odbiorcą na pozostawienie narkotyku w określonym miejscu - znanym tylko im dwóm. Odbiorca zostawia pieniądze odbierając towar. Tym samym zmniejsza się krąg osób, które znają dealera, a kupujący często nie zna nawet jego twarzy. W szkołach narkotyki przekazywane są w płytach CD, kasetach video, kasetach magnetofonowych itp., co nie wzbudza podejrzenia osób obserwujących taką wymianę.



Przestępstwa stwierdzone z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomani w 2001 r.



Analiz danych statystycznych dotyczących narkotykowej przestępczości nieletnich sprawców prowadzi do bardzo niepokojących wniosków:

- § wzrost czynów dokonanych przez nieletnich o 55,2%,
- § wzrost liczby nieletnich sprawców o 33,2%,
- § wśród nieletnich sprawców aż 79% uczyniło się,
- § 75 nieletnich, będąc pod wpływem narkotyków, dokonało różnego rodzaju przestępstw, m.in.: zgwałceń, wymuszeń, bójek, kradzieży,
- § 210 nieletnich zatrzymano w Izbie Dziecka,
- § w stosunku do 13 zastosowano środek zapobiegawczy w postaci umieszczenia w schronisku dla nieletnich,
- § 18 nieletnich umieszczono w placówce oświatowo-wychowawczej,

§ 102 nieletnich było wcześniej karanych (51 za podobne przestępstwa oraz 51 za inne).

Z informacji napływających z jednostek terenowych wynika, że młodzież bardzo interesuje się środkami odurzającymi i nadal eksperymentuje, wprowadzając nowe sposoby zażywania:

- łączenie tabletek uspakajających z alkoholem,
- mieszanie marihuany z alkoholem,
- łączenie tabaki z amfetaminą,
- gotowanie wywaru z konopi siewnej z mlekiem, kakao lub miodem,
- spożywanie kiszonych (amoniakiem lub kwasem LSD) liści marihuany,
- palenia „skunów” nasączonych polską heroiną,
- zażywanie np. syropu Tussipec, Gripexu, leków przeciwbólowych z napojami energetyzującymi.

Przykłady ciekawszych spraw opisywanych przez jednostki terenowe:

- KMP Kraków - funkcjonariusze Sekcji ds. Nieletnich zabezpieczyli znalezione u uczniów podejrzaną substancję. W wyniku badań okazało się, że były to np. sproszkowane, ogólnodostępne leki, cukier lub majeranek sprzedawane jako narkotyk za ceny przybliżone do cen rynkowych. W jednym z krakowskich gimnazjów dwóch uczniów dokonało szeregu rozboi i wymuszeń na swoich rówieśnikach. Ustalono, że wcześniej wciągali swoje ofiary w „przypalanie”, częściej je marihuaną, następnie żądali pieniędzy za narkotyki, bijąc i szantażując. Jak się potem okazało oferowana i palona „marihuana” była zwykłym tytoniem;
- w Żorach około północy, we własnym mieszkaniu 15-letnia dziewczyna, będąc pod wpływem środków odurzających, groziła ojczymowi pozbawieniem życia usiłując ugodzić go tasakiem kuchennym. Nieletnia przyznała się, że od dwóch lat zażywa przetwory konopi indyjskich,
- w Raciborzu, gdy 16-letniej dziewczynie zabrakło pieniędzy na marihuanę, zaczęła prowadzić na terenie miasta „zbiórkę pieniędzy na przeszczep wątroby dla kolegi z klasy”. W tym celu podrobiła tabliczkę z imieniem i nazwiskiem dyrektora innej szkoły. Nieletnią ujęto. W trakcie czynności wyjaśniających przyznała się, że wcześniej ukradła z domu kamerę, biżuterię i pieniądze.

W zapobieganiu przestępczości działania policji są tylko jednym z elementów. Policja ma do czynienia z przestępstwem dopiero w chwili jego zaistnienia (powiadomienia organu), natomiast

oddziaływanie na sferę przyczyn, ułatwiającą dokonanie przestępstwa - leży w obszarze działań pozapolicyjnych. Sojusznikami powinny być władze samorządowe, instytucje pozarządowe. W sytuacjach zagrożenia oraz obawy o swoje życie i dobytek obywatele domagają się zwiększenia patroli policyjnych w tym upatrując rozwiązania problemu.

W 2001 r. zakończono cykl szkoleń realizowanych na bazie Listu Intencyjnego podpisanego pomiędzy Komendantem Głównym Policji a Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia, przeznaczonych dla funkcjonariuszy prewencji Komend Miejskich/Powiatowych Policji (w szczególności dla specjalistów ds. nieletnich) w zakresie przeciwdziałania narkomanii oraz podstawowych zagadnień HIV/AIDS. Policjanci, którzy ukończyli powyższe szkolenie, są liderami we własnych jednostkach, czasem nieetatowymi koordynatorami ds. profilaktyki narkotykowej. W większości jednostek terenowych funkcjonariusze ci w ramach doskonalenia zawodowego przekazywali zdobytą wiedzę swoim kolegom z innych pionów (np. ruchu drogowego, dochodzeniowo-śledczego, dzielnicowym). W wielu komendach wojewódzkich stale odbywają się szkolenia kaskadowe. W garnizonie śląskim tym sposobem przeszkolono już 86,8% stanu etatowego w zakresie problematyki przestępczości narkotykowej.

Do podstawowych obowiązków policji oprócz wykrywania przestępstw i wykroczeń oraz ścigania sprawców czynów karalnych jest m.in. inicjowanie i organizowanie działań mających na celu zapobieganie popełnianiu przestępstw oraz zjawiskom kryminogennym i współdziałanie w tym zakresie z organami państwowymi, samorządowymi i organizacjami społecznymi. O takiej współpracy mówią aktualnie wszystkie komendy wojewódzkie.

Zdarza się jednak, że w niektórych powiatach jest wyraźnie odczuwalny brak instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką narkotykową.

Przeszkoleni funkcjonariusze biorą wielokrotnie udział w konferencjach, sympozjach, szkoleniach dot. przeciwdziałania narkomanii i przestępczości narkotykowej. To oni nawiązują współpracę z terenowymi organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz zapobiegania narkomanii oraz są inicjatorami wielu programów prewencyjnych.

We wszystkich sprawozdaniach nadesłanych z komend wojewódzkich zawarte są informacje dotyczące ogromnej ilości spotkań i pogadań dot. zjawiska narkomanii skierowanych do różnych odbiorców. Są to m.in.: pedagodzy, nauczyciele, dyrektorzy szkół, katecheci, rodzice, samorządowcy, kuratorzy oraz dzieci i młodzież. Zakres pogadań jest bardzo różny - od przepisów prawa do treningu asertywności i wykładów o szkodliwości działania narkotyków na organizm ludzki. Po analizie zebranego materiału nasuwa się wniosek, że policjanci zbyt wiele czasu i wysiłku wkładają w organizowanie spotkań na tematy, jakie nie leżą w zakresie ich kompetencji. W Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii i Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii jest bardzo wyraźny zapis dotyczący zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Wychowaniem dzieci i młodzieży oraz wprowadzeniem wymienionej tematyki do programów szkół i innych placówek systemu oświaty zajmować się powinni przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej. Spotkania policjantów z dziećmi i młodzieżą powinny ograniczyć się do przekazania treści dotyczącej profilaktyki wiktymologicznej, odpowiedzialności karnej nieletnich w świetle Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Tak realizują to np. jednostki

KSP, KWP w Katowicach. W wielu sprawozdaniach przewija się jeszcze tematyka zdrowego stylu życia, działania narkotyków na organizm ludzki, szkodliwości zażywania narkotyków. Taki zakres szkoleń pozostawmy specjalistom, którzy nie zastąpią nas w zajęciach z zakresu prawa i wiktymologii. Należy również dążyć, aby to przeszkoleni przez nas dorośli opiekunowie dzieci i młodzieży, przekazywali im wiedzę dotyczącą narkomanii. Policjanci w zakresie przeciwdziałania narkomanii powinni prowadzić działalność edukacyjno-informacyjną skierowaną przede wszystkim do władz samorządowych, dyrektorów i pedagogów placówek oświatowo-wychowawczych, a także rodziców. Ponadto w trakcie spotkań w szkołach należy ustalać sposób postępowania w przypadkach ujawnienia narkotyku na terenie szkoły lub przy uczniu oraz wskazać placówki i instytucje, do których można się zgłosić po poradę. Analizując dane zawarte w sprawozdaniach dotyczące tysięcy przeprowadzonych pogadań w kraju, włożony w to wkład czasu i pracy policjantów - należy zastanowić się nad efektami tych spotkań. Skąd po tak dobrze zrobionej (i czasochłonnej) profilaktyce wzrost czynów nieletnich w kilku jednostkach o ponad 300% (woj. łódzkie, małopolskie) czy o ponad 200% (podkarpackie)? Trzeba analizować efekty naszych działań.

Przykłady ciekawych inicjatyw realizowanych w kraju:

1. Dzięki współpracy funkcjonariuszy z KMP w Sopocie z Pełnomocnikiem Prezydenta Miasta ds. Uzależnień i sędzią rodzinnym wypracowano model postępowania z osobami nieletnimi uzależnionymi od narkotyków. Główny nacisk położono na obligatoryjny kontakt tych nieletnich z placówką

terapeutyczną, aby po zakończeniu postępowań sądowych byli oni monitorowani w zakresie uzależnienia.

2. Zespół I Wydziału Prewencji Komendy Miejskiej Policji w Gdańsku współpracuje z Towarzystwem Profilaktyki Środowiskowej "Mrowisko" i Ośrodkiem Terapeutycznym "Monar" oraz Laboratorium Toksykologicznym AM w Gdańsku, gdzie kierowani są nieletni z problemami narkotykowymi oraz rodzice dzieci i młodzieży podejrzanych o zażywanie narkotyków.
3. W Sekcji Prewencji KMP w Gdyni (po przypadkach zatruciu tabletkami UFO) założono telefon „Zaufanych porad i informacji”.
4. W ramach programu „Bezpieczne Świętokrzyskie” kierowano apele do społeczeństwa, aby nie było obojętne na rosnące zjawisko narkomanii, w tym do pedagogów i rodziców o zwiększenie czujności i każdorazowe informowanie policji o ujawnionych osobach rozprowadzających narkotyki w pobliżu szkół.
5. Na terenie województwa zachodniopomorskiego KWP w Szczecinie organizowała cykliczne działania pod nazwą „Biały Tydzień”, wymierzone przeciwko przestępczości narkotykowej. Policja zachodniopomorska docierała do szkół i środowisk młodzieżowych oraz prowadziła wzmożone kontrole rejonów najbardziej zagrożonych przestępczością narkotykową, ze szczególnym ukierunkowaniem na dealerów.

Większa skuteczność przeciwdziałania przestępczości narkotykowej jest uzależniona od dostępnych środków finansowych, skutecznych instrumentów prawnych i poziomu zaangażowania wszystkich resortów, a przede

wszystkim od dopływu informacji. Specyfika pospolitej przestępczości narkotykowej, wynikająca z braku klasycznych „sprawców” i „ofiara”, powoduje konieczność zacieśnienia współpracy praktyków wszystkich zaangażowanych organów i instytucji państwa. Z satysfakcją można zaobserwować, że policja ma coraz więcej sojuszników w walce z narkomanią zarówno wśród władz samorządowych, jak i instytucji pozarządowych. Ma to swój wyraz we wspólnym realizowaniu wojewódzkich, powiatowych, miejskich, gminnych programów lub strategii przeciwdziałania narkomanii. Każdy podmiot realizujący w swoim specjalistycznym zakresie trudne zadania przeciwdziałania narkomanii, mając wsparcie w partnerach, może liczyć na pozytywne efekty.

WNIOSKI:

1. Należy wzmocnić działania rozpoznawcze dotyczące skali zjawiska narkomanii i systematycznie uaktualniać bazę danych na temat narkomanii (miejsc gromadzenia się narkomanów, miejsc szczególnie zagrożonych działalnością dealerów narkotykowych, itd.).
2. W oparciu o uzyskane dane włączyć służbę kryminalną i prewencyjną w kształtowanie systemu rozpoznawania i przeciwdziałania narkomanii oraz przestępczości z nią związanej. Należy nasilić i zintensyfikować działania policji w celu ograniczenia przestępczości narkotykowej i wymiany informacji dotyczących np. nieletnich przewijających się w sprawach kryminalnych, uciekinierów z placówek opiekuńczych, z domu, a także nowych trendów i nowych substancji odurzających.

3. Rola policji w profilaktyce narkotykowej powinna ograniczyć się do przekazywania treści przepisów prawa, wiktymologii, inicjowania i współdziałania w zakresie lokalnych programów profilaktycznych. Za profilaktykę narkotykową w szkołach, edukację dzieci i młodzieży w tym zakresie odpowiada MENiS.
4. Policjanci służby prewencyjnej (szczególnie specjaliści ds. nieletnich) powinni dobrze znać i interpretować przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W tym celu należy inicjować i organizować szkolenia specjalistyczne w zakresie przeciwdziałania narkomanii dla wszystkich pionów policji.
5. Należy tworzyć lokalny system działań profilaktycznych dostosowanych do istniejącego na danym terenie zagrożenia narkoma-
nią oraz edukować i informować społeczeństwo (rodziców, opiekunów, pedagogów, wychowawców) o wczesnych oznakach zagrożenia uzależnieniem, dostępnych środkach, sposobach pakowania i przechowywania narkotyków, metodach "pracy" dealerów, dostępnych formach pomocy, przepisach prawa.
6. Należy podjąć międzyinstytucjonalną, merytoryczną współpracę ze wszystkimi podmiotami w zakresie przeciwdziałania narkomanii, tworzyć wspólne programy profilaktyki narkotykowej i wykorzystywać środki masowego przekazu w celu rzetelnego informowania o skali zagrożenia zjawiskiem narkomanii.

*Komisarz Lidia Woć
Ekspert Wydziału ds. Patologii Społecznej
Biura Służby Prewencyjnej KGP*

SPRAWOZDANIE ZE STYPENDIUM W HOLANDII

Wprowadzenie

W maju w ramach programu stypendialnego Grupy Pompidou przy Radzie Europy (Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs) odwiedziłam Instytut Jellinka w Holandii. Stypendium to przyznawane jest specjalistom zajmującym się problemem uzależnienia od narkotyków, ażeby dać im możliwość poznania systemów zapobiegania i leczenia narkomanii w innych krajach oraz wzięcia udziału we wspólnych przedsięwzięciach badawczych.

Z wielu powodów system holenderski jest bardzo interesujący. Po pierwsze, jest to system różny od polskiego, a po drugie, Ho-

lendrzy wypracowali własne standardy leczenia i pomocy ludziom uzależnionym. Dużą wagę przykładają się do potrzeb pacjenta i satysfakcji z leczenia. W Instytucie Jellinka istnieje specjalny departament, który pracuje nad poprawą jakości leczenia i procedur dopasowywania klienta do danego rodzaju leczenia.

W Holandii mieszka 16 milionów ludzi. W 2000 roku z powodu uzależnienia od alkoholu leczyło się 30 000, co stanowi 8-10% wszystkich uzależnionych, z powodu uzależnienia od heroiny 17.500, czyli 70% wszystkich uzależnionych, a z powodu uzależnienia od kokainy - 5.000, czyli 20% wszystkich uzależnionych.

W ostatnich latach zaobserwowano w Holandii:

- znaczne zróżnicowanie zażywanych narkotyków,
- używanie wielu rodzajów narkotyków przez jedną osobę,
- rekreacyjne zażywanie narkotyków.

Jeżeli chodzi o zmiany organizacyjne, to wzmocniono pozycję klientów, wprowadzono finansowanie zorientowane na wyniki, a także zasadę przejrzystości zarządzania finansami. Podjęto również próby szerszego wykorzystania nowych technologii, takich jak internet.

Instytut Jellinka

Instytut Jellinka jest największą w Holandii instytucją specjalizującą się w problemie uzależnień. Powstał on w 1909 roku, a w końcu lat 50 został nazwany imieniem Jellinka - uczonego, którego zasługą jest opracowanie koncepcji alkoholizmu jako choroby. Instytut zajmuje się problemem uzależnienia od alkoholu, narkotyków, leków, hazardu i papierosów. Zatrudnia około 500 osób i przyjmuje blisko 4 tys. pacjentów rocznie.

Głównym zadaniem Instytutu Jellinka jest zapobieganie szkodom zdrowotnym i izolacji społecznej ludzi uzależnionych, a także wprowadzanie ustrukturyzowanych rozwiązań tych problemów. Instytut jest znany w świecie z dbałości o jakość świadczonych usług i wszechstronności. W 1996 roku dostał Holenderską Nagrodę Jakości (Dutch Quality Award).

Celem mojego pobytu w Instytucie Jellinka było zapoznanie się ze strukturą tej organizacji, programami leczenia i opieki postrehabilitacyjnej, ofertą dla specjalnych grup klientów, działalnością edukacyjną i prewencyjną. Poza tym chciałam uzyskać wiedzę na temat

standardów leczenia, ewaluacji satysfakcji pacjenta, programów poprawy jakości leczenia i adekwatności oferty.

1. Europejski Instytut Szkoleń w Dziedzinie Uzależnień

Podczas mojego pobytu odwiedziłam Europejski Instytut Szkoleń w Dziedzinie Uzależnień (European Addiction Training Institute - EATI), który powstał w 1994 roku z inicjatywy 12 dużych europejskich instytucji pracujących na polu uzależnień. EATI należy do Instytutu Jellinka, a jego cele to: rozpowszechnianie informacji dotyczących leczenia, opieki i prewencji, a także wyników badań w ramach kursów i treningów dla specjalistów z całej Europy; poprawa jakości i efektywności leczenia, prewencji, polityki, a także badań.

EATI zajmuje się: opracowywaniem, przeprowadzaniem i ewaluacją kursów, treningów i seminariów; opracowywaniem materiałów edukacyjnych, dostarczaniem wsparcia w ewaluacji potrzeb pacjentów i w przygotowywaniu krajowych materiałów na ten temat. Ich oferta skierowana jest do osób pracujących w lecznictwie, zajmujących się prewencją, badaczy, managerów i dyrektorów organizacji oraz polityków. EATI świadczy również usługi dla świata biznesu i instytucji rządowych. Działalność ta zorientowana jest na wczesne wykrywanie uzależnienia i stwarzanie pracownikom możliwości leczenia.

2. Departament Prewencji i Internetu

Zapoznałam się również z pracą Departamentu Prewencji i Internetu (Department of Prevention and Internet). Działalność prewencyjna jest skoncentrowana na doradztwie i konsultacjach, a także na szkoleniach dla wszystkich osób, które pozostają w bliskim kontakcie ze społeczeństwem, np. lekarzy, nauczycieli, duchownych, policjantów itp.

Departament ten wykorzystuje w swojej działalności takie narzędzia jak billboardy, broszury, foldery, materiały audiowizualne. Ostatnio coraz częściej używa się internetu, by trafić z informacją do społeczeństwa. Młodym ludziom oferuje się możliwość korzystania z programu samopomocowego oraz rozmowy z profesjonalistami na stronach internetowych. Jest to oferta skierowana do osób przyjmujących narkotyki eksperymentalnie.

Departament Prewencji jest również koordynatorem projektu młodzieżowego, w ramach którego młodzi ludzie-wolontariusze odwiedzają dyskoteki i udzielają swoim rówieśnikom informacji na temat ryzyka związanego z zażywaniem narkotyków. W siedzibie departamentu oferuje się również młodym ludziom możliwość testowania narkotyków, tzw. tanecznych.

Pracownicy departamentu udzielają wsparcia i pomocy w planowaniu i wdrażaniu szkolnych programów prewencyjnych. W pracach nad programem biorą udział nauczyciele, rodzice, oraz uczniowie.

Departament zajmuje się również zbieraniem danych epidemiologicznych. Rokrocznie w ramach programu Antenna zbierane są dane, które pokazują, jakie nowe trendy pojawiły się w używaniu narkotyków wśród młodych mieszkańców Amsterdamu. Pozwala to modyfikować ofertę departamentu i dopasowywać ją do potrzeb klientów.

3. Departament Jakości i Innowacji

Podczas wizyty w Departamencie Jakości i Innowacji (Department of Quality and Innovation) zapoznałam się z programem restrukturyzacji oferty Instytutu Jellinka. Departament ten prowadzi aktywną politykę, która ma na celu poprawienie jakości oferty. Uwzględnia przy tym oczekiwania pacjentów.

Od 1998 r. w departamencie prowadzone są prace nad nowym projektem: Business Process Redesign. Proces ten ma doprowadzić do znaczącej poprawy jakości i efektywności oferty. Zaczęto od przeglądu literatury i ustalenia, jakie metody leczenia i terapii według badań są skuteczne, a następnie dokonano podsumowania oferty Jellinka. Z części metod zrezygnowano, a na ich miejsce wprowadzono te, które zgodnie z naukową wiedzą są skuteczne. Położono również nacisk na ewaluację efektywności.

Ulepszono także procedurę kierowania pacjentów do poszczególnych rodzajów leczenia. Na wstępie klient jest poddawany badaniu EASI (European Addiction Severity Index), a następnie profesjonalista przy wykorzystaniu całej swojej wiedzy wybiera dla niego najbardziej korzystny sposób leczenia lub opieki. Zasadą jest, że leczenie zaczyna się od najmniej intensywnego, najmniej ingerującego. Profesjonalista ma do wyboru pięć poziomów: krótką interwencję, krótką interwencję w warunkach ambulatoryjnych, leczenie ambulatoryjne, leczenie stacjonarne, ograniczanie szkód.

Po zakończeniu leczenia bada się jakość życia pacjenta, jego zadowolenie z leczenia, wyniki leczenia i koszty. Wyniki tej ewaluacji trafiają do bazy danych i na ich podstawie podejmowana jest decyzja bądź o przerwaniu leczenia, bądź o jego kontynuacji.

4. Klinika Jellinka

Odwiedziłam również klinikę (Jellinek Clinic), w której leczeni są pacjenci z problemem alkoholowym. Klinika ta ma specjalną ofertę dla kobiet i osób z mniejszości etnicznych. Uznano, że te grupy mają specyficzne potrzeby i korzystne będzie stworzenie oferty, która uwzględni te potrzeby.

Kobiety przechodzą odmienną socjalizację niż mężczyźni i zwykle ich historie uzależnienia są inne. Kobiety, które nadużywają alkoholu czy narkotyków, często padają ofiarą wykorzystywania seksualnego. Są to przyczyny, dla których część terapii prowadzona jest oddzielnie dla kobiet i dla mężczyzn.

Inną grupą osób, która ma specyficzne potrzeby, są klienci rekrutujący się z mniejszości narodowych. Kontekst kulturowy ich uzależnienia jest inny. Dla przykładu emigranci z Surinamu wierzą, że uzależnienie jest grzechem, występkiem przeciwko ciału. Według nich problem powinien pozostać w rodzinie i dlatego rzadko szukają profesjonalnej pomocy.

5. Placówka Probacji

Oferta Placówki Probacji (Jellinek Probation Unit) skierowana jest do osób pozostających z powodu uzależnienia w konflikcie z prawem. Jej cel to ograniczenie przestępczej działalności klientów. Klienci tej instytucji to użytkownicy narkotyków, którzy zgodzili się podjąć leczenie w zamian za odstąpienie od wykonania kary, osoby aresztowane, z którymi pracownicy placówki kontaktują się jeszcze w areszcie, oraz osoby uwięzione, które biorą udział w programach leczniczych ukierunkowanych na abstynencję.

Instytucje i organizacje współpracujące z Instytutem Jellinka

1. Ośrodek Opieki Socjalnej

Umożliwiono mi także wizytę w placówce opieki socjalnej, gdzie poznałam zasady Programu Mentorów, który powstał we współpracy Instytutu Jellinka i innych amsterdamskich instytucji. Program ten jest ofertą pomocy dla osób, które od wielu lat są uzależnione, nie utrzymują

się w żadnym z programów leczniczych, nie mają dochodów ani dachu nad głową.

Celem programu jest poprawa jakości życia tych ludzi. Zachowanie abstynencji nie jest warunkiem uczestniczenia w programie. Klientom dostarcza się wsparcia i opieki, a osobą odpowiedzialną za to jest mentor. Jego zadaniem jest wykorzystanie wszystkich dostępnych możliwości, by zaspokoić potrzeby klienta. Klient dostaje dach nad głową, kieszonkowe, może korzystać z opieki medycznej, a także z oferty spędzania wolnego czasu.

Dzięki współpracy osób pracujących na ulicy, tzn. streetworkerów, policji, itd. powstała baza danych o osobach uzależnionych, które przebywają na ulicy. Mentor dostaje z niej informacje o potencjalnym kliencie i jego zadaniem jest odnalezienie go na ulicy. Następnym krokiem jest nawiązanie kontaktu i szybka ocena potrzeb pacjenta. Zwykle za pierwszym razem klientowi oferuje się miejsce w noclegowni, miejsce, gdzie może coś zjeść, wizytę u lekarza.

Oczywiście klient może nie skorzystać z oferty, ale wtedy mentor powiadamia o tym policję, a ta stara się odnaleźć klienta i wykorzystując różne prawne środki, np. grzywna za używanie narkotyków na ulicy, zmotywować go do przyjęcia pomocy.

Jeżeli klient zgodzi się uczestniczyć w programie, to w ciągu następnych trzech miesięcy przygotowywany jest plan pomocy. Plan musi uwzględniać potrzeby pacjenta, które powinny zostać zaspokojone w pierwszej kolejności, a cele powinny być szczegółowe, realistyczne, możliwe do zaakceptowania przez obydwie strony.

W ciągu kolejnych trzech miesięcy plan jest realizowany. W tym okresie mentor spotyka się z klientem raz na tydzień. Uważa się, że lepiej unikać odstępstw od założonego planu, gdyż klient przyzwyczaja się do pewnych czynności

czy stanów rzeczy, a poza tym wie on z góry, czego może się spodziewać.

Następnym krokiem jest ewaluacja programu, która obejmuje oszacowanie satysfakcji klienta i jego jakości życia. Wyniki ewaluacji są uwzględniane przy formułowaniu nowego planu. Plan musi zostać zaakceptowany przez klienta i cały proces się powtarza.

2. Noclegownia i pomieszczenie do używania narkotyków

Ciekawym doświadczeniem była wizyta w noclegowni dla narkomanów i w miejscu przeznaczonym do używania narkotyków. W Amsterdamie stworzono narkomanom możliwość zażywania narkotyków w specjalnie do tego celu przeznaczonych pomieszczeniach. Z jednej strony jest to działanie z zakresu ograniczania szkód, a z drugiej, ma związek ze zmniejszeniem się społecznej akceptacji dla ludzi zażywających narkotyki na ulicach. W przyszłości przewiduje się stworzenie większej ilości tego typu miejsc. Zorganizowane jest to w ten sposób, że w ogólnie dostępnym pomieszczeniu można tylko palić marihuanę i haszysz. Można tam również coś zjeść, napić się herbaty lub kawy, poczytać codzienną prasę. Heroinę i kokainę zażywa się w oddzielnych pomieszczeniach, do których klienci wchodzi pojedynczo. Mała, wyselekcjonowana grupa użytkowników heroiny dostaje ją w miejskich placówkach zdrowia. Regułą jest jednak to, że użytkownicy przynoszą własne narkotyki. Mogą natomiast na miejscu wymienić swoje igły i strzykawki. Wszyscy użytkownicy są rejestrowani.

W noclegowni osoby uzależnione mogą znaleźć schronienie na okres trzech miesięcy. Oferowane są im pokoje jedno-, dwu- i trzyosobowe. Mogą również korzystać z kuchni. Warto podkreślić, że w noclegowniach wolno używać narkotyków.

Noclegownie finansowane są głównie z budżetu miasta.

3. Ośrodek Doradztwa i Szkolenia Zawodowego

Również z budżetu miasta finansowana jest instytucja, która oferuje osobom uzależnionym, w zależności od ich kondycji, możliwość nauki zawodu lub po prostu możliwość spędzenia czasu. I tak osoby, które są chronicznymi użytkownikami i są objęte programem mentorskim, mogą czyścić rowery, wykonywać proste prace naprawcze itp. Osobom, które ukończyły leczenie pomaga się w zdobyciu zawodu. Instytucja ma własne warsztaty, w których klienci uczą się obsługiwać komputery, pracować w drewnie, metalu. Instytucja ta zajmuje się również doradztwem zawodowym. Pomaga klientowi w rozpoznawaniu własnych zasobów i doradza jak można je wykorzystać. Czasami pośredniczy w zdobyciu pracy czy pomaga w podjęciu edukacji.

Badanie satysfakcji pacjentów

Jednym z celów mojego stypendium było zapoznanie się ze sposobem badania satysfakcji klientów z oferowanych im programów (The Patient Satisfaction Monitor). Badanie składa się z trzech części: części ogólnej, która jest wspólna dla wszystkich klientów, części uwzględniającej intensywność leczenia (leczenie ambulatoryjne bądź stacjonarne), a także części uwzględniającej specyfikę programu. Monitorowani są pacjenci programów stacjonarnych i ambulatoryjnych, a także klienci programów pomocy socjalnej. Kwestionariusz składający się ze stwierdzeń i ich ocen (sześć kategorii od „w pełni się zgadzam” do „zupełnie się nie zgadzam się”, pacjenci samodzielnie wypełniają po zakończeniu leczenia.

Obejmuje on następujące zagadnienia:

Część ogólna:

- Przyjęcie (stosunek personelu do klienta)
- Informacja/konsultacja dotycząca różnych możliwości leczenia, pomocy
- Czas oczekiwania na pomoc
- Informacja/konsultacja dotycząca konkretnej oferty leczenia, pomocy (cele, możliwość konsultacji z pracownikiem socjalnym)
- Leczenie/pomoc (kompetencje personelu, zainteresowanie problemami pacjenta)
- Zakończenie leczenia (przygotowanie do opuszczenia placówki, informacja o ofercie after care)
- Efekt (poczucie kontroli nad problemami, skuteczność leczenia)
- Poprawa (poprawa w samopoczuciu fizycznym i psychicznym, sytuacji socjalnej i rodzinnej, zażywaniu substancji psychoaktywnych)
- Część dla klientów placówek ambulatoryjnych:
- Opieka medyczna
- Sesje grupowe
- Część dla klientów placówek stacjonarnych:
- Opieka medyczna
- Sesje grupowe
- Procedury i regulacje w klinice
- Czas wolny
- Część dla klientów programów opieki socjalnej:
- Dyskrecja
- Dostępność
- Okoliczności życiowe
- Otoczenie

Podsumowanie

Podsumowując wyjazd, mogę powiedzieć, że udało mi się zrealizować cele stypendium. Poznałam strukturę Instytutu Jellinka, jego cele, osiągnięcia, a także ofertę. Wizyta ta pomogła mi również w lepszym zrozumieniu tego, jak funkcjonuje holenderski system zapobiegania problemowi

narkomanii. Wcześniej wydawało mi się, że jest to system liberalny, w którym brak jakiegokolwiek kontroli nad tym zjawiskiem. Okazało się to być wyobrażeniem dalekim od rzeczywistości. Polityka holenderska stara się zachować równowagę pomiędzy prawem jednostek do autonomii, a szeroko pojmowanym dobrem społecznym. Dlatego też narkomani za przyjmowanie narkotyków na ulicy są karani grzywnami, natomiast mogą bez żadnych konsekwencji przyjmować je w specjalnie przeznaczonych pomieszczeniach. Pozwala to zmniejszyć uciążliwość tego zjawiska dla społeczeństwa, a jednocześnie prowadzić działania z zakresu ograniczania szkód.

Myślę, że różne rozwiązania i standardy holenderskiego systemu zapobiegania narkomanii są godne rekomendacji i szerszego upowszechnienia. W Holandii dąży się do tego, by terapeuci pracowali według jasno określonych procedur, dzięki czemu klient wie, czego może się spodziewać, co terapeuta może mu zaoferować, jakie są poszczególne etapy leczenia. Dużo uwagi poświęca się dopasowaniu do odpowiedniego rodzaju leczenia. Opracowano model, który pozwala zaoferować klientowi leczenie najbardziej adekwatne do jego problemu. Poza tym standardem jest monitorowanie satysfakcji klienta.

W Polsce brakuje oferty dla osób, które nie są w stanie utrzymać abstynencji. Prowadzona jest jedynie wymiana igieł i strzykawek oraz nieliczne programy metadonowe. Instytut Jellinka i inne instytucje opracowały program, który jest skierowany właśnie do tej kategorii klientów, a jego celem jest poprawa jakości ich życia. Jest to kompleksowa oferta, która łączy w sobie elementy pomocy socjalnej z działaniami z zakresu ograniczania szkód.

Katarzyna Dąbrowska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

SZACOWANIE KOSZTÓW NARKOMANII W POLSCE

Wprowadzenie

Problem narkotyków i narkomanii, podobnie jak inne problemy społeczne, pociąga za sobą koszty społeczne, które mają także swój wymiar ekonomiczny. Ponoszone są one zarówno przez poszczególne osoby uwikłane w problem (koszty prywatne) jak i przez instytucje (koszty publiczne). Oszacowanie wielkości tych kosztów oraz ich struktury wydaje się mieć istotne znaczenia dla polityki społecznej. Pozwala na określenie rozmiarów problemu i jego dolegliwości w porównywalnych ekonomicznych kategoriach, umożliwia analizę alokacji środków wydatkowanych w reakcji na problem oraz oszacowanie relacji, w jakiej pozostają do całości kosztów. Kategorie ekonomiczne nie są i pewnie nie powinny być jednym sposobem patrzenia na problem narkomanii, jednak uwzględnienie tego punktu widzenia powinno podnieść efektywność społecznej odpowiedzi na problem narkomanii.

Oszacowanie społecznych kosztów narkomanii podjęte zostało z inicjatywy Grupy Pompidou (Rada Europy). Przeprowadzono je w ramach pilotażowego programu, którego celem była weryfikacja podręcznika opracowanego przez francuskiego profesora ekonomii Pierre'a Koppa. Polska została wybrana do zrealizowania tego zadania, bowiem dawało to szansę sprawdzenia zawartej w podręczniku metodologii w warunkach regionu Środkowej i Wschodniej Europy. Jednocześnie nasz kraj należy do nielicznych w tej części kontynentu

dysponujących odpowiednio rozbudowanym zestawem danych epidemiologicznych niezbędnych do przeprowadzenia takich oszacowań.

Projekt realizowany był przy udziale prof. Pierre'a Koppa jako konsultanta oraz przy wsparciu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Metodologia

Oszacowanie kosztów społecznych narkomanii zostało przeprowadzone metodą „koszty choroby” (cost-of-illness – COI). W odróżnieniu od konkurencyjnej metody „koszty-korzyści” (cost-benefit) analizie poddawane są tylko koszty, abstrahuje się od ewentualnych korzyści, jakie wiązać by się mogły z używaniem narkotyków. U podstaw zastosowanej tu metody leży podstawowe założenie o pełnej alokacji środków. Wedle tego modelu wszystkie istniejące środki są zaangażowane do produkcji dóbr i usług. Ponadto zakłada się pełną efektywność alokacji środków zmierzającą do minimalizacji kosztów przy stałym zysku. W naszym przypadku oznacza to, że gdyby problem narkotyków nie istniał, wszelkie środki finansowe zaangażowane w problem narkotyków byłyby skierowane na inną aktywność. Oszacowanie opiera się zatem na „alternatywnym scenariuszu” (counterfactual scenario) zakładającym, że narkotyki i związane z nim problemy nie istnieją, zaś popyt na nie kieruje się na konsumpcję innych, nie przynoszących szkód, dóbr. W konsekwencji środki przeznaczone na

przeciwdziałania narkomanii byłyby w pełni wykorzystane w inny sposób. W tym sensie mówimy o „alternatywnym scenariuszu”.

Oszacowania objęły zarówno koszty publiczne jak i prywatne. Koszty publiczne zostały zdefiniowane jako wydatki wszystkich instytucji ponoszone w związku z reagowaniem na problem narkomanii zarówno w zakresie redukcji popytu na narkotyki, jak i ograniczania ich podaży. W oszacowaniu uwzględniono zatem wydatki takich resortów jak zdrowie, edukacja, sprawiedliwość, sprawy wewnętrzne, praca i polityka socjalna, rolnictwo oraz takich instytucji jak kasy chorych, czy samorządy wojewódzkie i gminne. Dane wyjściowe do oszacowań obejmowały zatem trzy kategorie budżetów – budżet centralny (wydatki resortów), budżety samorządów oraz budżety kas chorych.

Określając wydatki publiczne, szacowano zawsze tylko tę część, którą przypisać można reagowaniu na problem narkomanii. W niektórych przypadkach część tę można było wydzielić bezpośrednio z budżetu instytucji, w większości przypadków jednak takie wyodrębnienie nie było możliwe i trzeba było uciekać się do oszacowań. Jak już wspomniano oszacowania owe przeprowadzano odpowiadając na pytanie, o ile mniejsze byłyby wydatki danej instytucji, gdyby problem narkomanii nie istniał. Dążąc do określenia części wydatków, którą przypisać można problemowi narkomanii, kierowano się ściśle określoną logiką postępowania. Najpierw starano się znaleźć najbardziej trafny wskaźnik aktywności instytucji, który jednocześnie pozwoliłby określić część aktywności podejmowanej w związku z problemem narkotyków. Poszukiwano wskaźnika, który wyrażałby aktywność instytucji w terminach pracochłonności lub ową pracochłonność stan-

daryzował. Na przykład w przypadku organów wymiaru sprawiedliwości takim wskaźnikiem może być liczba przestępstw przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, zaś w przypadku instytucji zajmujących się profilaktyką, ta część programów czy materiałów profilaktycznych, która odnosi się bezpośrednio do profilaktyki narkomanii. Następnie przyjmowano, że udział aktywności instytucji skierowanej na problem narkomanii odzwierciedla udział kosztów. Takie założenie nie zawsze musi być spełnione, nie mniej jednak wydaje się dostarczać przybliżonej estymacji wydatków.

Koszty prywatne obejmują wydatki ponoszone przez narkomanów oraz ich rodziny w związku z problemem narkotyków, a także zmniejszenie produktywności w wyniku choroby, jaką jest narkomania, lub innej choroby bezpośrednio z nią związanej, również przedwczesnej śmierci spowodowanej przez narkotyki. W oszacowaniach nie uwzględnia się wydatków ponoszonych na zakup narkotyków.

Wyniki

Ogólny koszt problemu narkomanii w Polsce oszacowano na poziomie 401 mln zł. Suma ta stanowi 0,06% produktu krajowego brutto. Przeliczając sumę kosztów na 1 mieszkańca otrzymujemy kwotę 10,5 zł. W krajach Europy Zachodniej, Ameryki i Australii, w których prowadzono podobne oszacowania, koszty narkomanii stanowiły większą część produktu krajowego brutto i wynosiły więcej w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Stosunkowo niskie koszty narkomanii w Polsce w porównaniu z innymi krajami wynikają zapewne z mniejszego rozpowszechnienia problemu, ale także z innych czynników, które można zidentyfikować analizując strukturę kosztów.

Na koszt ogółem składają się koszty prywatne w wysokości 195 mln zł. i wydatki publiczne w wysokości 207 mln zł. Udział kosztów prywatnych jest nieznacznie mniejszy niż kosztów publicznych, można zatem przyjąć, że ekonomiczne konsekwencje narkomanii są podobne w sferze prywatnej osób nią dotkniętych, co w sferze ogólnospołecznej.

Strukturę kosztów prywatnych, na które składają się utracone dochody w wyniku przedwczesnej śmierci, choroby bądź pobytu w zakładzie penitencjarnym, prywatne wydatki na leczenie, na pomoc prawną oraz koszty grzywnien, obrazuje tabela 1.

cze zaostrzone pod jego koniec przepisy karne (karanie za posiadanie nawet nieznacznej ilości narkotyku na własny użytek). Można przypuszczać, że konsekwentne egzekwowanie nowych rozwiązań karnych diametralnie zmieniłoby ten obraz.

Na koszty publiczne składają się wydatki ponoszone z funduszu spożycia zbiorowego na leczenie i rehabilitację narkomanii, leczenie i profilaktykę zakażeń HIV wśród narkomanów używających narkotyków w zastrzykach, profilaktykę narkomanii, pomoc społeczną udzielaną w związku z narkomanią, ściganie i karania przestępczości związanej z narkotykami

Tabela 1. Struktura kosztów prywatnych

Kategorie:	tysiące złotych
Dochód utracony z powodu przedwczesnej śmierci	113 444
Dochód utracony z powodu choroby (narkomanii)	48 699
Dochód utracony z powodu odbywania kary pozbawienia wolności	7 954
Koszty leczenia narkomanii	9 759
Koszty leków używanych w leczeniu narkomanii i chorób towarzyszących	4 113
Koszty pomocy prawnej	6 791
Koszty grzywnien	3 860
Ogółem	194 620

Największą pozycję w kosztach prywatnych stanowi utracony dochód w wyniku przedwczesnego zgonu. Znaczną pozycję stanowi też analogiczna kategoria kosztów w odniesieniu do choroby. Niższe koszty utraconej produktywności z powodu pozbawienia wolności niż z powodu choroby są refleksem względnie niskiego poziomu represyjności w podejściu do problemu narkomanii. W roku 2000, dla którego dokonano oszacowań, nie obowiązywały jesz-

oraz inną aktywność na tym polu, na przykład badania. Podział kosztów publicznych zawiera tabela 2.

Największą pozycją w strukturze kosztów publicznych są wydatki na walkę z przestępczością związaną z narkotykami. Obejmują one wydatki organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Wydatki te są znacznie ponad dwukrotnie wyższe niż wydatki na leczenie i rehabilitację narkomanów, drugą co do wysokości

Tabela 2. Struktura kosztów publicznych

Kategorie:	tysiące złotych
Leczenie i rehabilitacja narkomanii	47 542
Leczenie i profilaktyka HIV/AIDS wśród narkomanów	8 955
Profilaktyka narkomanii	31 808
Pomoc społeczna narkomanom i ich rodzinom	5 430
Ściganie i karanie przestępczości związanej z narkotykami	112 721
Inne	871
Ogółem	207 327

kategorię kosztów. Leczenie i rehabilitacja finansowana jest w największej części przez kasy chorych, ale pewna część kosztów pokrywana jest także przez Ministerstwo Zdrowia. Na trzecim miejscu pod względem wysokości są wydatki na profilaktykę. Finansowane są one głównie przez Ministerstwo Zdrowia, ale również przez Ministerstwo Edukacji oraz samorządy wojewódzkie i gminne. Warto zwrócić uwagę, że wydatki na leczenie znacznie przekraczają wydatki na profilaktykę, co stoi w sprzeczności z często powtarzana tezą, że

nalizacją i społecznym wykluczeniem. Wydaje się, że tak skromne zaangażowanie finansowe sektora pomocy społecznej w reagowaniu na problem narkomanii stanowi jeden z czynników utrudniających powrót do społeczeństwa osobom uzależnionym po zakończeniu leczenia.

Ważnym z punktu widzenia polityki wobec narkomanii kryterium analizy struktury wydatków to ich podział na takie, które mają związek z ograniczaniem podaży narkotyków, i te, które pozostają w związku z ograniczaniem popytu na nie (tabela 3.).

Tabela 3. Wydatki publiczna na ograniczanie popytu na narkotyki i ich podaży

Kategorie:	tysiące złotych	%
Ograniczanie popytu na narkotyki	94 110	45,4
Ograniczanie podaży narkotyków	113 217	54,6
Ogółem	207 327	100,0

efektywniej jest zapobiegać problemom społecznym czy zdrowotnym, niż łagodzić ich skutki. Na bardzo niskim poziomie lokują się wydatki na pomoc społeczną dla osób dotkniętych narkomanią i ich rodzin. Trzeba pamiętać, że narkomania wiąże się bardzo mocno z margi-

Wydatki na ograniczanie popytu obejmują nakłady na leczenie uzależnienia od narkotyków, koszty szeroko rozumianej profilaktyki używania substancji (m.in. kampanie społeczne, programy profilaktyczne adresowane do grup ryzyka, wydawnictwa, szkolenia), koszty leków antyretrowi-

rusowych podawanych narkomanom zakażonym HIV i programów ograniczania szkód zdrowotnych (zakup metadonu, wymiana igieł i strzykawek), a także świadczenia pomocy społecznej.

Koszty ograniczania podaży narkotyków wynikają z działań policji, prokuratury, sądów, zakładów karnych, służb celnych, straży granicznej, żandarmerii wojskowej oraz Urzędu Ochrony Państwa. Ogólnie rzecz ujmując, działania te koncentrują się na zwalczaniu przestępczości narkotykowej oraz zablokowaniu dopływu narkotyków z zagranicy.

Uzyskane wyniki wskazują, że wydatki na działania z obszaru redukcji podaży i popytu znajdują się w pewnej równowadze. Wprawdzie udział wydatków na redukcję podaży jest wyższy, to jednak różnica nie jest duża. Oznacza to, że podejście, w którym traktuje się narkomanie jako chorobę wymagającą leczenia, na trwałe wpisało się w realizowane strategie oddziaływań wobec problemu narkomanii. W wielu istotnych szczegółach podejście to wymaga dalszych korekt, podniesienia jakości oddziaływań, refleksji nad efektywnością realizowanych strategii cząstkowych, jednakże stwierdzenie, że narkomania i jej konsekwencje rozpatrywane są w naszym kraju także z perspektywy zdrowia publicznego wydaje się znajdować potwierdzenie w uzyskanych wynikach. Warto dodać, że w wielu krajach w strukturze wydatków wyraźnie przeważają koszty ograniczania podaży.

Wyniki wielu badań zagranicznych pokazują, że strategia nastawiona na ograniczanie podaży narkotyków jest szczególnie kosztowna i że jest ona droższa niż ograniczanie popytu na narkotyki. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii ustalono, że zainwestowanie jednego funta szterlinga w leczenie uzależnienia przynosi oszczędność trzech funtów wynikającą z ograniczenia kryminalnych zachowań narkomanów i z oszczędności na systemie sądowym i penitencjarnym. Podobne konkluzje sformułowano w badaniu przeprowadzonym w USA w 1991 r. przez National Institute for Drug Addiction. Ilustracją tej tezy może być konstatacja, że koszt leczenia narkomana opioidowego w warunkach izolacji więziennej wynosi 43 000 USD, natomiast w ośrodku rehabilitacyjnym poza murami więzienia – 11 000 USD.

Istotnym z ekonomicznego punktu widzenia kryterium analizy wydatków publicznych jest źródło ich finansowania (tabela 4.).

Największy ciężar wydatków ponosi budżet państwa, którego udział w ogólnej kwocie wydatków na ten cel wyniósł 73,9%. Wydatki budżetowe obejmują koszty poszczególnych resortów zarówno na ograniczanie podaży, jak i popytu. Warto zauważyć, że wydatki związane z narkomania ponoszone z budżetu państwa stanowią poniżej 0,01% całości wydatków z tego budżetu. Chociaż to właśnie przede wszystkim

Tabela 4. Źródła finansowania wydatków publicznych

Kategorie:	tysiące złotych	%
Budżet centralny	153 244	73,9
Budżety samorządów (wojewódzkich i gminnych)	19 440	9,4
Fundusz ubezpieczeń zdrowotnych	34 643	16,7
Ogółem	207 327	100,0

kim budżet państwa ponosi największe koszty problemu narkomanii, to nie są one dla niego znaczącym obciążeniem. Dzieje się tak, bowiem sam problem jest stosunkowo mało rozpowszechniony, a także mimo jego znacznej widoczności społecznej nie należy do rzeczywistych priorytetów państwa.

Drugim źródłem pod względem udziału w ogólnej kwocie wydatków publicznych są kasy chorych. Ich udział wyniósł 16,7%, co odpowiadało kwocie 34 643 tys. zł. Pamiętając, że wydatki na leczenie mogą być niedoszacowane, rzeczywisty udział kas chorych może być jeszcze większy. W tej części oszacowano wydatki niemal wyłącznie związane z leczeniem uzależnienia od narkotyków (wg ICD 10 rozpoznania od F11–F16, F17, F18) osób objętych składką ubezpieczenia społecznego. Należy zwrócić uwagę, że z powodu braku odpowiednich danych nie udało się oszacować kosztów leczenia chorób będących bezpośrednią konsekwencją używania narkotyków. Chodzi tu o takie choroby jak na przykład wirusowe zapalenie wątroby powstałe w wyniku używania narkotyków w drodze iniekcji.

Najmniejszy udział w ogólnej puli wydatków przypadł samorządom i wyniósł on 9,4% co odpowiadało kwocie 19 440 tys. zł. Zadania realizowane przez samorządy w interesującym nas obszarze to zadania własne w ramach pomocy społecznej oraz zadania z zakresu profilaktyki używania narkotyków określone ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii.

Podobnie niepokojące wnioski można wysnuć, gdy zestawimy wydatki samorządu terytorialnego i administracji rządowej na profilaktykę narkomanii. Samorządy wydatkowały na ten cel 16 679 tys. zł, podczas gdy jednostki administracji rządowej 14 943 tys. zł., w tym wkład Ministerstwa Zdrowia wyniósł

12 391 tys. zł. W miastach – powiatach grodzkich średnie roczne nakłady wynosiły 96 tys. zł, w innych miastach – 25 tys. zł., w gminach wiejsko–miejskich – 3 tys. zł., a w gminach wiejskich 7 tys. zł. Przyjmując, że problem narkomanii najczęściej dotyczy miast, choć nie tylko tych największych, należy uznać że uzyskane wyniki świadczą o niskim zaangażowaniu finansowym samorządów w rozwiązywanie tego problemu. Sprzyjają temu rozwiązania prawne obowiązujące w naszym kraju, które nie wskazują źródła finansowania dla działań podejmowanych w tym obszarze przez samorządy terytorialne. Wydaje się, że rozwiązaniem, które mogłoby doprowadzić do zwiększenia wydatków na profilaktykę narkomanii, a zarazem spowodować, że wydatki te byłyby bardziej racjonalne, jest wprowadzenie zmian prawnych tworzących podstawy finansowania profilaktyki na poziomie lokalnym. Gmina wydaje się być optymalnym obszarem dla wypracowania i wdrażania strategii profilaktycznych, gwarantuje bowiem, że planowane działania będą adekwatne do faktycznych potrzeb, odznaczających się zwykle lokalną specyfiką.

Interesująco wygląda zestawienie wydatków na profilaktykę zakażenia HIV/AIDS adresowaną do osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach (programy wymiany igieł i strzykawek oraz zakup metadonu do substytucji lekowej) z kosztami leczenia osób zakażonych. Na profilaktykę epidemii HIV/AIDS wśród narkomanów wydatkowano 1,1% ogólnej kwoty (tj. 1 098 tys. zł.), zaś na zakup leków antyretrowirusowych przeznaczono 8 322 tys. zł., tj. 8,5 % ogółu wydatków. Tymczasem skuteczność programów wymiany igieł i strzykawek oraz substytucji lekowej w ograniczaniu rozpowszechnienia transmisji wirusa HIV jest

bardzo dobrze udokumentowana zarówno wynikami badań polskich, jak i zagranicznych. Ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych związanych z narkotykami prowadzone tymi metodami jest sprawą niekwestionowaną i akceptowaną przez wszystkie międzynarodowe gremia. Przeprowadzone w Polsce w 1996 r. badania ujawniły, że istnieje istotna zależność statystyczna pomiędzy liczbą przeprowadzanych sterylnych igieł w przeliczeniu na jednego narkomana, a liczbą nowych zakażeń HIV. Na przykład w 1995 r. rozprowadzenie średnio 25 igieł na jednego narkomana prowadziło do jednego mniej zakażenia. Ekonomiczna opłacalność tego typu strategii wydaje się sprawą oczywistą. Analogicznie wygląda kwestia opłacalności programów substytucji lekowej. Ich wpływ na ograniczenie przestępczości wśród narkomanów oraz zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem HIV także został potwierdzony w licznych badaniach. Wydatki na metadon, który stosowany jest w Polsce jako substytut opiatów, stanowią 1,5 % ogółu wydatków. W 2000 r. tylko ok. 700 pacjentów na terenie całego kraju było objętych programem substytucji metadonem. Stanowi to zaledwie kilka procent szacowanej liczby osób uzależnionych od opiatów w naszym kraju. Średni dzienny koszt leczenia w programie metadonowym wynosi ok. 25 zł., podczas gdy średni dzienny koszt pobytu w zakładzie karnym – 48 zł. Te dane powinny stanowić istotną przesłankę przy kreowaniu polityki przeciwdziałania narkomanii. Tym bardziej, że w większości krajów europejskich zasięg substytucji lekowej jest znacznie większy, w niektórych krajach sięga nawet 70% szacowanej populacji narkomanów opiatowych. Objęcie różnego typu programami substytucyjnymi większej liczby narkomanów znajduje zatem

nie tylko etyczne, ale także ekonomiczne uzasadnienie.

Podsumowanie

Wbrew potocznym sądom problem narkomanii nie jest tak bardzo kosztowny, przynajmniej w obszarze kosztów publicznych. Choć zdecydowaną większość wydatków publicznych ponosi budżet państwa, to stanowią one jego niemal niezauważalną część. Na problem kosztów publicznych patrzeć trzeba nie tylko z perspektywy obciążeń społeczeństwa, ale także jako na wskaźnik gotowości zaradzenia problemowi. W świetle cytowanych w raporcie oszacowań wydaje się, że wysiłek skierowany na ograniczenie zasięgu narkomanii nie jest zbyt imponujący, przynajmniej w wymiarze finansowym.

Równie ważną kwestią jak wysokość ogólnych nakładów jest ich alokacja. Wyniki badania sugerują potrzebę przesunięcia akcentu na ograniczanie popytu na narkotyki, a szczególnie na redukcję szkód. Te sfery wydają się szczególnie niedoinwestowane.

Przewaga budżetu państwa w finansowaniu kosztów generowanych przez narkomanie przy lokalnym charakterze najbardziej obiecujących działań, tj. profilaktyki i redukcji szkód, skłania do sformułowania postulatu wzmocnienia roli samorządów w finansowaniu kosztów problemu narkomanii. Takie wzmocnienie osiągnąć można poprzez wykreowanie mechanizmu finansowego tworzącego środki finansowe na ten cel na poziomie samorządów terytorialnych.

*Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Bogusława Bukowska
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

ZATRUDNIENIE SOCJALNE – CELE I ZAŁOŻENIA

Notatka ze spotkania z prof. Ewą Leś z Instytutu Nauk Społecznych UW
w siedzibie Rzecznika Praw Obywatelskich, 25 września 2002.

Ustawa o zatrudnieniu socjalnym, znana nam z projektu z dnia 4 września 2002. ma stanowić instrument aktywnej polityki zatrudnienia osób dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Ma zapobiegać utrwalaniu patologii i przekazywania jej pokoleniowo.

Problem dotyczy nie tylko miast, w których mieszka wielu byłych pracowników tzw. „schyłkowych przemysłów”, ale także gospodarstw wiejskich, które utraciły zdolność produkcji towarowej.

Coraz większe problemy ze znalezieniem pracy zarobkowej ma młodzież, kobiety, niepełnosprawni.

Kraje członkowskie Unii Europejskiej, nękanie podobnymi problemami, wypracowały przez lata standardy postępowania zwane programami integracji społecznej. Programy te, stosujące indywidualne rozwiązania charakterystyczne dla danego kraju, spełniają następujące zadania:

- ułatwiają zatrudnienie osób z grup, w których najtrudniej o pracę;
- zapobiegają wykluczeniu społecznemu;
- pomagają osobom najbardziej zagrożonym;
- umożliwiają powrót do społeczeństwa.

W ramach zobowiązań przedakcesyjnych, wynikających z Traktatu Nicejskiego, Polska podpisała moratorium, w którym zobowiązała się do stworzenia własnego Narodowego Planu na rzecz Integracji Społecznej, korzystając z doświadczeń innych krajów.

Zatrudnienie socjalne to na gruncie europejskim nowatorska forma, wymagająca daleko idącej wspólnoty działania licznych podmiotów zainteresowanych rozwiązaniem bolesnych kwestii społecznych. Podmiotami tymi mogą być kościoły i banki, związki zawodowe, organizacje pozarządowe czy instytucje publiczne.

Potrzeba takiego zaangażowania wynika z dotychczasowej nieskuteczności instytucji publicznych oraz konieczności oszczędnego i bardziej racjonalnego wydatkowania środków budżetowych (skurczenie państwa opiekuńczego).

Powstająca w ten sposób przedsiębiorczość społeczna ma działać w większej symbiozie z obywatelem, tworząc przejściowe rynki zatrudnienia stanowiące swoisty pomost pomiędzy wykluczeniem, a otwartym rynkiem pracy. Instytucje zajmujące się taką przedsiębiorczością (najbardziej pożądane są inicjatywy oddolne) będą produkować dobra i prowadzić działalność usługową, a następnie pozyskany w ten sposób dochód dzielić pomiędzy zatrudnionych. Dotychczas działające organizacje non profit powstałe np. dla rzecznictwa interesów jakiejś grupy społecznej (np. uzależnionych), powinny skupić się wedle tej koncepcji na zorganizowaniu dla nich zajęcia zarobkowego tak, by korzystali oni nie tyle z redystrybucji dóbr, a raczej z ich wspólnego wytwarzania czy też z obmyślenia i realizowania dochodowych usług.

Pracownicy najemni są współdziałowcami przedsiębiorstw społecznych, a ich rozruch jest dotowany z budżetu centralnego.

Idea zatrudnienia socjalnego w takich krajach jak Finlandia czy Hiszpania wywołała istotne pospolite ruszenie na rzecz lokalnej przedsiębiorczości, która stała się małym, ale znaczącym kołem zamachowym regionalnej gospodarki. Przedsiębiorstwa socjalne ponoszą ryzyko ekonomiczne – jak każde przedsiębiorstwo na wolnym rynku – i jeżeli jego usługi lub produkcja są nietrafione, zbyt drogie czy marnej jakości – upadają.

We Włoszech istnieje ok. 4,5 tys. spółdzielni socjalnych, które świadczą między innymi odpłatne usługi na rzecz ludzi starszych i w ok. 70 % działają na rzecz lokalnych środowisk. Jednakże poprzez uczestniczenie w przetargach, zawieranie kontraktów publicznych uczestnicy programu nabywają i rozwijają umiejętności społeczno-zawodowe, które potem wykorzystują na wolnym rynku pracy. Szacuje się, że spółdzielnie socjalne dokonują takiej reintegracji społeczno-zawodowej wobec 30% swoich członków.

Jednak warunkiem sprawnego funkcjonowania przedsiębiorstw socjalnych jest odpowiednia legislacja uwzględniająca ich specyfikę i zapewniająca pomoc finansową ze strony administracji rządowej.

We Włoszech, gdzie powstały spółdzielnie, ich inicjatorzy mogli liczyć na 10 tys. euro z budżetu centralnego po zaakceptowaniu biznes planu. Nowopowstałe przedsiębiorstwo skoncentrowane jest na jak najszybszym uruchomieniu działalności gospodarczej, dzięki której członkowie spółdzielni wdrażają się do dyscypliny i odpowiedzialności, podnoszą kwalifikacje zawodowe lub zdobywają nowe. Włoskie spółdzielnie mogą zatrudniać potrzebnych pracowników również na otwartym rynku pracy.

„Drożdżami” tego typu przedsiębiorczości w krajach Unii są wolontariusze związani z organizacjami pozarządowymi. Ich aktywność zbiegła się z poszukiwaniem przez władze centralne odpowiedzi na pytanie, jak lepiej i efektywniej wykorzystać publiczne pieniądze dla zmobilizowania osób o ograniczonej sprawności na otwartym rynku pracy.

Należy podkreślić, że powodzenie programu wynika między innymi stąd, że jego główne koszty nie zostały złożone na barki władz lokalnych. Obecnie przedsiębiorczość socjalna weszła już do standardu europejskiego i władze unijne przeznaczają na uruchamianie i rozwój tego rodzaju programów część europejskich funduszy strukturalnych.

Polska, jak wyżej wspomniano, została zobligowana do zaadaptowania tej idei w sposób dla niej odpowiedni w oparciu o istniejącą strukturę i ruchy społeczne oraz do przeznaczenia na ten cel znaczącej kwoty z budżetu centralnego. Jest to warunek uzyskania unijnych funduszy strukturalnych, co z kolei pozwoli na upowszechnienie w naszym kraju przedsiębiorczości socjalnej na większą skalę.

Konieczność sprostania tym wymogom wymusiła intensywne prace nad ustawą o działalności pożytku społecznego i wolontariacie, która przez długie lata czekała w sejmowej „zamrażarce”, a teraz ma wreszcie szansę ujrzeć światło dzienne. Określać ona będzie miejsce i rolę organizacji pozarządowych w „zbiorowym obowiązku”, jakim jest państwo polskie. Brak jasno określonych relacji pomiędzy administracją publiczną a inicjatywami obywatelskimi, zwłaszcza w ostatnich latach kryzysu budżetowego, spowodował, że wiele organizacji, szczególnie powstałych spontanicznie na fali przemian 1989 roku, zaprzestała swojej działalności lub wiedzie życie „utajone”.

Tymczasem miarą demokracji jest liczba problemów społecznych rozwiązywanych przez sektor pozarządowy, który działa skuteczniej i taniej niż struktury administracyjne. Musi mieć on jednak jasno określone warunki egzystencji i możliwość pozyskiwania środków poprzez np. zawieranie kilkuletnich kontraktów z władzami samorządowymi.

Jednym słowem, zobowiązania przedakcesyjne wymuszają porządkowanie i uzupełnianie polskich przepisów służących rozwojowi demokracji. Niestety, mniej budująco przedstawia się wykorzystanie istniejących struktur czy też wygospodarowanie owej „znaczącej kwoty” na cele przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Otóż w projekcie ustawy o zatrudnieniu socjalnym jako jedno ze źródeł owych „znaczących kwot” wskazuje się dochody samorządów z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu i w związku z tym proponuje się tak daleko idące zmiany w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, że grozi to poważnym zachwianiem całego budowanego przez lata systemu profesjonalnej pomocy ludziom uzależnionym od alkoholu i ich rodzinom. Przy wzrastającej świadomości społecznej związków zachodzących pomiędzy nadmiernym spożyciem alkoholu i nadużywania innych – w tym nielegalnych – środków psychoaktywnych system ten coraz częściej wspierał przeciwdziałanie narkomanii, zwłaszcza w zakresie profilaktyki. A więc zatrudnienie socjalne, zgodnie z propozycją z 4 września ma być realizowane w oparciu o istniejące struktury i ruchy społeczne, ale niejako w ich miejsce, co oznacza zagrożenie ograniczenia tych ruchów. Obawy wynikające z takiego rozwiązania zostały przedstawione przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Z punktu widzenia przeciwdziałania narkomanii należy odnotować fakt, że projekt ustawy o zatrudnieniu socjalnym wśród osób, którym trzeba pomóc w procesie powrotu do społeczeństwa, wymienia również uzależnionych od narkotyków, którzy poddali się leczeniu.

Zapis ten być może zwróci w sposób konstruktywny uwagę władz samorządowych i na tę kategorię osób zagrożonych wykluczeniem oraz wysiłki, jakich dokonują oni po powrocie z zakładów rehabilitacyjnych, często osamotnieni, otoczeni nieufnością i pozbawieni wsparcia środowiska lokalnego. Ustawa o zatrudnieniu socjalnym może więc być dla nich szansą utrzymania trzeźwości i zdobycia akceptacji społecznej.

Małgorzata Maresz
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w Warszawie,
ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65, www.narkomania.gov.pl

Zaprasza

zainteresowane podmioty do uczestniczenia w konkursie na uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Zakłady opieki zdrowotnej ubiegające się o wpisanie na listę placówek rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii powinny spełniać następujące kryteria:

- a) placówka powinna być zarejestrowana jako zakład opieki zdrowotnej,
- b) terapia i rehabilitacja osób uzależnionych od narkotyków powinny należeć do podstawowych zadań placówki przez okres:
 - co najmniej 10 lat – w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym,
 - co najmniej 7 lat – w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym,
- c) program terapeutyczny placówki i program stażu klinicznego powinien uzyskać akceptację Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych,
- d) zatrudniona kadra powinna posiadać udokumentowane szkolenia przydatne w prowadzeniu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- e) co najmniej 60 % personelu merytorycznego placówki powinny stanowić osoby posiadające wykształcenie wyższe magisterskie,
- f) kadra merytoryczna powinna posiadać doświadczenie w prowadzeniu staży zawodowych, praktyk studenckich, szkoleń itp.

Zgłoszenia prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura oraz w siedzibie Krajowego Biura (od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 16.00). Do zgłoszenia należy dołączyć następujące dokumenty lub ich kopie:

- a) decyzja o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz aktualny statut z.o.z.,
- b) opis programu terapeutycznego realizowanego przez placówkę:
 - w okresie ostatnich 10 lat – w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym,
 - w okresie ostatnich 7 lat - w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym,
- c) program terapeutyczny obecnie realizowany przez placówkę,
- d) proponowany program stażu klinicznego,
- e) informacje o zatrudnionej kadrze merytorycznej obejmujące odpisy dyplomów ukończenia studiów, zaświadczenia o odbytych przez personel szkoleniach przydatnych w prowadzeniu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków itp.
- f) wykaz prowadzonych przez placówkę szkoleń, staży zawodowych, praktyk studenckich itp.

Dyrektor Krajowego Biura zastrzega sobie prawo wizytacji placówki przez członków Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych przed podjęciem decyzji.

Zgłoszenia prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
02 – 776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54.

Termin składania zgłoszeń:
- do 31.01.2003 r. do godziny 15.00.

Informacje telefoniczne udzielane są od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu:
(0 22) 641 15 01 w godzinach od 10.00 do 14.00. Wzór wniosku znajduje się na stronie internetowej Krajowego Biura w dziale Ogłoszenia Biura.

W wyniku konkursu zostanie wyłonionych maksymalnie do 7 zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskają rekomendację Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającą do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii do dnia 17. 03. 2003 r.

Dyrektor Krajowego Biura zastrzega sobie prawo zmiany terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyn

Ogłoszenie w sprawie rozstrzygnięcia konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzanego i certyfikowanego przez Ministra Zdrowia (dla ofert zgłoszonych w pierwszym terminie).

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii informuje, że w wyniku postępowania konkursowego (w pierwszym terminie) przeprowadzonego zgodnie z Regulaminem zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków (Dz. Urz. MZ Nr 4 z dn. 08.04.2002 r.), Minister Zdrowia decyzją z dnia 25.09.2002 r. zatwierdził i certyfikował programy szkoleniowe przedłożone przez:

1. Polskie Towarzystwo Psychologiczne - program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w trybie skróconym w zakresie specjalisty terapii uzależnień, dla osób, które prowadziły rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 18 lat. Zgoda Ministra Zdrowia obejmuje 2 edycje programu szkoleniowego.

Informacje dodatkowe: Pierwsza edycja programu szkoleniowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w zakresie specjalisty terapii uzależnień dla osób prowadzących terapię pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 18 lat odbędzie się w dniach 21 – 23. 11. 2002 r. Liczba miejsc – 60. Komisja Kwalifikacyjna powołana przez Dyrektora Krajowego Biura w niżej wymienionym składzie dokonała naboru na powyższe szkolenie:

1. A. Ciupa – Polskie Towarzystwo Psychologiczne (Przewodnicząca Komisji)
2. Cz. Czabała – Rada ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych
3. A. Bukowska – rekomendowana przez KB ds. PN do prowadzenia superwizji w ramach programów szkoleniowych
4. J. Koczurowska – Przewodnicząca Stowarzyszenia „Monar
5. B. Bukowska – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
6. P. Święcki – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Informacje na temat II edycji szkolenia można uzyskać u Anny Ciupy z PTP, tel. /0-22/ 822-74 -77 w godz. 10.00-14.00. lub u Pawła Święckiego z KBds.PN, tel. /0-22/ 641-15-01 w godz. 10.00–16.00.

2. Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii (we współpracy z Uniwersytetem Zielonogórskim) – program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w trybie pełnym w zakresie specjalisty terapii uzależnień i instruktora

terapii uzależnień. Zgoda Ministra Zdrowia obejmuje jedną edycję programu szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień i jedną edycję programu szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień.

Informacje dodatkowe: Program PTZN będzie realizowany we współpracy z Uniwersytetem Zielonogórskim. Absolwent szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień uzyska dyplom ukończenia studiów podyplomowych oraz zaświadczenie o ukończeniu programu certyfikowanego przez Ministra Zdrowia. Absolwent szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień otrzyma zaświadczenie o ukończeniu programu certyfikowanego przez Ministra Zdrowia. Planowany termin rozpoczęcia szkolenia - druga połowa grudnia br. Kwalifikacja na szkolenie zostanie przeprowadzona przez podmiot szkolący we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii w listopadzie br. Liczba miejsc ograniczona. Szczegółowe informacje na temat szkolenia można uzyskać w PTZN, oddział w Zielonej Górze - p. M. Matysik, tel. (0-68) 327- 17-06 we wtorki i czwartki w godz. 12.00 - 18.00, w piątki w godz. 16.00 - 18.00.

Równocześnie pragnę poinformować, że do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii można składać wnioski na skrócony tryb specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Warunki, które należy spełniać określa Regulamin zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków zaakceptowany przez Ministra Zdrowia (Dz. Urz. MZ z dn. 08. 04 02 r. Nr 4), dostępny na stronie internetowej Krajowego Biura: www.narkomania.gov.pl w dziale Konkursy.

Wzory wniosków dostępne są pod powyższym adresem w dziale Szkolenia Biura.

Piotr Jabłoński
Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ogólnopolska Kampania Profilaktyczna „HIV nie wybiera. Ty Możesz”

Tegoroczna kampania społeczna, organizowana pod hasłem „HIV nie wybiera. Ty możesz” skierowana jest do młodzieży w wieku 15–19 lat. Grupa ta została wybrana z wielu powodów. Jednym z nich jest fakt, że wśród osób zakażonych HIV aż 10% stanowią ludzie poniżej 20 roku życia, a ponad 50% jest w wieku 20–29 lat. Z analiz epidemiologicznych wynika, że stale zwiększa się liczba osób zakażonych drogą kontaktów seksualnych. Dlatego też, aby zapobiec zwiększaniu się liczby osób zakażonych w wieku prokreacyjnym, organizujemy kampanię, w czasie której promowane będzie świadome, przemyślane podejmowanie decyzji, dotyczących zachowań seksualnych. Chcemy zwrócić uwagę młodych ludzi, że czynniki takie jak alkohol i inne środki psychoaktywne, zwiększają prawdopodobieństwo podejmowania ryzykownych kontaktów seksualnych.

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia HIV wykryto w 1985 roku, a pierwsze zachorowanie na AIDS rok później. Do końca września 2002 roku odnotowano ogółem 7733 zakażenia HIV, z tego co najmniej 61% w wyniku stosowania narkotyków dożylnych. Jednak szacuje się, że liczba osób żyjących z wirusem HIV w naszym kraju wynosi 15–20 tysięcy. Utrzymanie sytuacji epidemiologicznej na obecnym poziomie wymaga wielu intensywnych działań prewencyjnych, szczególnie wobec lawinowo rosnącej liczby zakażeń HIV za wschodnimi granicami Polski. Mamy nadzieję, że dzięki naszej kampanii skierowanej do młodzieży mniej osób zakazi się HIV.

Głównym organizatorem kampanii „HIV nie wybiera. Ty możesz” jest Krajowe Centrum ds. AIDS – agenda Ministerstwa Zdrowia o zasięgu ogólnopolskim. Centrum zajmuje się działalnością profilaktyczno-edukacyjną, określa standardy diagnostyki i terapii osób żyjących z HIV i chorych na AIDS oraz współpracuje z ośrodkami leczącymi pacjentów z HIV i AIDS. W szerokim zakresie prowadzi również współpracę międzynarodową, zwłaszcza z państwami Europy Środkowej i Wschodniej.

Przygotowanie skutecznej kampanii wymaga stworzenia jasnego przekazu i wykorzystania takich nośników informacji, które umożliwią dotarcie do młodych ludzi. Sądzimy, że dzięki odwołaniu się do autentycznych wydarzeń i sytuacji znanych młodzieży z codziennego życia poszczególne elementy kampanii „HIV nie wybiera. Ty możesz” poruszą odbiorców. Uświadomiamy im, że „mogą wszystko”, ale nie wszystko jest dla nich korzystne. Młodzi ludzie powinni zrozumieć, że wolność wiąże się z koniecznością podejmowania odpowiedzialnych decyzji.

Kampania rozpoczyna się konferencją prasową. Kolejnym etapem jest rozpowszechnianie w prasie, radiu, telewizji, Internecie, na ulotkach oraz plakatach informacji na temat ryzykownych zachowań i sposobów ich unikania. Od 1 do 30 listopada zostanie uruchomiona specjalna infolinia pod numerem **0-801-22-50-01**. Umożliwi to młodym ludziom anonimowy kontakt z osobami, które udzielą im pomocy i fachowej porady, skierują do najbliższych punktów testowania, a także odpowiedzą na wiele pytań.

Organizowana kampania jest bardzo ważnym elementem działań profilaktycznych, mającym na celu ograniczenie pandemii HIV/AIDS. Jak do tej pory w żadnym kraju nie udało się całkowicie wyeliminować problemów związanych z HIV/AIDS. Mimo ogromnego postępu nauk medycznych i znacznych nakładów finansowych nie wynaleziono szczepionki przeciwko HIV. Można jedynie – dzięki terapii antyretrowirusowej – przedłużyć życie

zakażonych pacjentów i dążyć do poprawy jego jakości.

Kampania „**HIV nie wybiera. Ty możesz**” zwraca uwagę młodym ludziom, że ich decyzje, niejednokrotnie podejmowane pod wpływem środków psychoaktywnych czy alkoholu, mają wpływ na całe życie.

*Informacja opracowana
w Krajowym Centrum ds. AIDS*

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uprzejmie informuje, że oferty - wnioski dotyczące wykonywania zadań zleconych w zakresie przeciwdziałania narkomanii w roku 2003 należy składać w siedzibie Biura: 02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54, w terminie do 30 października 2002 r.

Procedury w zakresie zlecenia, realizacji i rozliczania zadań zleconych z zakresu przeciwdziałania narkomanii zawarte są w „Informatorze Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2003” dostępnym na stronie internetowej Biura <http://www.kbpn.gov.pl>



Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**
tel.: 641-15- 01, fax: 641-15-65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
<http://www.kbpn.gov.pl>

**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) 635 73 70, 635 29 30

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Bożenna Kamińska-Buśko (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 Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne