



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (43) 2008

NR 4

2008

# WPROWADZENIE

## *Drodzy Czytelnicy,*

*od początku lat 90. ubiegłego wieku na polskiej scenie narkotykowej dokonano się wiele zmian i z pewnością warto spojrzeć z tej perspektywy na aktualną sytuację w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Polsce. Do takiej refleksji skłania Czesław Czabała, przedstawiając w swoim artykule dane dotyczące liczby osób leczących się w placówkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych z powodu uzależnienia od narkotyków. Autor zauważa, że istniejący system pomocy nie jest wystarczająco skuteczny, a jego oferta jest mało zróżnicowana i niedostosowana do specyficznych potrzeb pacjentów. Analizując dynamikę zmian form i typów uzależnienia od narkotyków w ciągu ostatnich kilkunastu lat łatwo zauważyć, że nastąpiło odejście od dominującego kiedyś opiatowego wzorca używania środków psychoaktywnych. Bardziej zróżnicowane są także motywy sięgania po narkotyki i stopień intensywności kontaktu z nimi – od osób eksperymentujących z narkotykami i przyjmujących je rekreacyjnie, poprzez osoby wspomagające narkotykami swoje funkcjonowanie w rolach społecznych, aż do uzależnionych.*

*O udziale organizacji pozarządowych w przeciwdziałaniu narkomanii, które są istotnym elementem systemu pomocy osobom uzależnionym, pisze Robert Sobiech. Zaangażowanie instytucji społeczeństwa obywatelskiego w działania antynarkotykowe są polską specyfiką, wyróżniającą nas spośród innych krajów naszego regionu. Od momentu ujawnienia i zdefiniowania problemu na początku lat 80. XX wieku aż do chwili obecnej, dwie trzecie instytucji zajmujących się problematyką narkomanii na poziomie ogólnokrajowym to organizacje pozarządowe. Między sferą pozarządową a administracją państwową nastąpił swoisty podział ról: niemal wyłącznym obszarem działań organizacji pozarządowych jest obszar oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych, natomiast instytucje państwowe częściej prowadzą prace badawcze, analityczne, koordynacyjne i zajmują się działaniami mającymi na celu ograniczenie podaży. Wspólnym obszarem przedsięwzięć jest natomiast profilaktyka. System charakteryzuje się dużą stabilnością, co – zdaniem autora – jest zarówno jego mocną, jak i słabą stroną. Stabilność gwarantuje ciągłość oddziaływań, ale rodzi niebezpieczeństwo formalizacji i zablokowania innowacyjności. Może właśnie tu należy szukać przyczyn sygnalizowanej wcześniej jednostronności i niedostosowania oferty do potrzeb osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych.*

*Charakterystykę aktualnej europejskiej sceny narkotykowej znajdziemy w artykule omawiającym raport roczny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) za 2008 rok. Dodatkowych danych dostarcza artykuł porównujący sytuację w Polsce i Hiszpanii pod względem rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji generalnej oraz wskaźnika zgonów z powodu narkotyków. Z raportu wynika, że nadal najpowszechniej używaną substancją nielegalną zarówno w Polsce, jak i w Europie pozostają konopie indyjskie. Obserwujemy też podobną tendencję spadku lub stabilizacji rozpowszechnienia tej substancji w ostatnim okresie. Raport zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zwiększenia się podaży opiatów i kokainy na rynku europejskim. I tu sytuacja w Polsce wpisuje się w ogólnoeuropejski trend wzrostu liczby ujawnień i ilości skonfiskowanych narkotyków. Natomiast artykuł porównujący sytuację w Polsce i Hiszpanii wykazuje, że nasz system zbierania danych jest mniej rzetelny. W Hiszpanii, dzięki prowadzonej analizie toksykologicznej, dostępne są informacje na temat rodzaju substancji, która była przyczyną zgonu. W polskim systemie zbierania danych nie są one odnotowywane, dlatego trudno określić, z powodu użycia jakich środków dochodzi do śmiertelnych zatruc.*

*Rejestrowana w europejskich statystykach stabilizacja bądź spadek wskaźników rozpowszechnienia narkotyków znajduje specyficzne potwierdzenie w analizach prowadzonych przez Zofię Mielecką-Kubień, pokazujących zmniejszanie się od 2001 roku przyrostów współczynnika osób leczonych w Polsce w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od narkotyków. Proces ten jest wyraźniej widoczny w przypadku „nowych” narkomanów (pacjentów pierwszorazowych). Istotny jest fakt, że na ograniczanie zjawiska narkomanii w Polsce wpływ wywiera (w układzie przestrzennym) stopień realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w danym województwie.*

*Wyniki badań dotyczące warszawskich uczniów, zaprezentowane przez Agnieszkę Pisarską, pokazują, że poza nielegalnymi substancjami młodzież używa także dostępnych bez recepty leków nasennych, uspokajających oraz przeciwdziałających przynębieniu i złemu nastrojowi. Częstym powodem przyjmowania tych substancji jest nieradzenie sobie z trudnościami i problemami wieku dorastania. Prawdziwe niebezpieczeństwo tych środków polega na ich legalności i swobodnym dostępie do nich wszystkich chętnych. Podobnym zagrożeniem są substancje zwane „dopalaczami”, reklamowane przez właścicieli sklepów jako bezpieczna alternatywa nielegalnych narkotyków, o czym wspomina roczny raport EMCDDA.*

*Checiałbym na koniec zachęcić Państwa do przeczytania artykułu poświęconego używaniu substancji psychoaktywnych przez osoby starsze. Panuje powszechne przekonanie, że narkomania to problem młodzieży. Rzeczywiście, w Polsce dominującą grupę uzależnionych stanowią osoby poniżej 34. roku życia. Biorąc pod uwagę odsetek osób przyjętych do lecznictwa stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, osoby poniżej 34. roku życia stanowią 71%, natomiast odsetek pacjentów powyżej 45. roku życia wynosi 16%. Jednak – jak pisze Marta Struzik, autorka artykułu – EMCDDA zwraca uwagę, że w obliczu obserwowanej tendencji starzenia się społeczeństwa europejskiego, problem będzie narastał. Według tych szacunków w okresie 2001–2020 nastąpi ponad dwukrotny wzrost liczby osób starszych mających problemy z zażywaniem substancji lub wymagających leczenia z powodu zaburzeń związanych z ich używaniem. Jeśli prognozy się potwierdzą, zmiany te będą wymagały dostosowania oferty specjalistycznej w krajach UE do nowej sytuacji.*

**Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński**

# SPIS TREŚCI

## Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

<b>TYPOLOGIA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z INSTYTUCJONALNEJ POMOCY W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW</b> <i>Czesław Czabala</i> .....	2
<b>CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA. POLSKI SYSTEM REDUKCJI POPYTU NA NARKOTYKI</b> <i>Robert Sobiech</i> .....	7

## Współpraca międzynarodowa

<b>WSKAŹNIK ZGONÓW I ROZPOWSZECHNIENIE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W POLSCE I HISZPANII</b> <i>Artur Malczewski, Michał Kidawa</i> .....	13
<b>KALENDARIUM WYDARZEŃ</b> .....	18

## Badania, raporty

<b>WYBRANE SKUTKI ZAŻYWANIA NIELEGALNYCH NARKOTYKÓW W POLSCE</b> <i>Zofia Mielecka-Kubień</i> .....	19
<b>UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ OSOBY STARSZE</b> <i>Marta Struzik</i> .....	26
<b>PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE: SPRAWOZDANIE EUROPEJSKIEGO CENTRUM MONITOROWANIA NARKOTYKÓW I NARKOMANII ZA ROK 2008</b> <i>Artur Malczewski</i> .....	31
<b>DOŚWIADCZENIA I OPINIE MŁODZIEŻY O LEKACH DOSTĘPNYCH BEZ RECEPTY</b> <i>Agnieszka Pisarska</i> .....	35

## Profilaktyka

<b>SYTUACJA KRYZYSOWA W PROCESIE EDUKACJI PUBLICZNEJ</b> <i>Tomasz Zakrzewski</i> .....	41
--	----

## Społeczności lokalne, regiony

<b>SZYBKA OCENA SYTUACJI – PIERWSZY KROK W MONITOROWANIU</b> <i>Artur Malczewski</i> .....	45
<b>OGŁOSZENIE</b> .....	47
<b>RECENZJE</b> .....	48

## Internet

<b>EDUKACJA PUBLICZNA W SIECI</b> .....	III i IV okładka
---	------------------

*Używanie narkotyków jako sposobu radzenia sobie ze swoimi słabościami i niepowodzeniami w życiu dorosłym, zwłaszcza w jego wczesnym okresie, staje się coraz częstsze. Ta grupa osób rzadko otrzymuje adekwatną pomoc. Mała jest wiedza na temat liczby osób używających narkotyków rekreacyjnie lub dla celów stymulujących. Nie wiemy także, jak wiele z nich uzależnia się, a przynajmniej doświadcza strat osobistych i społecznych. Wydaje się też, że mała liczba takich osób poszukuje wsparcia z powodu braku odpowiednich dla nich programów pomocy.*

## TYPOLOGIA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z INSTYTUCJONALNEJ POMOCY W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW

Czesław Czabała

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Akademia Pedagogiki Specjalnej

Początek problemów z używaniem narkotyków w Polsce to koniec lat 60. ubiegłego wieku. Najczęściej po narkotyki sięgały osoby tworzące małe subkultury. Dominującą substancją w tych czasach był „kompot”, narkotyk opiatowy, najczęściej przyjmowany dożylnie. Zażywanie takich narkotyków prowadziło do szybkiego uzależnienia i szybkiej degradacji fizycznej, psychicznej i społecznej. Słowo narkoman oznaczało dla jednych napiętnowanie, dla innych przynależność do ludzi wolnych, beztroskich, „dzieci kwiatów”. Cechą charakterystyczną osób zażywających narkotyki w tym czasie było nieużywanie alkoholu, co w ich subiektywnym poczuciu dawało im przekonanie o tym, że są kimś „lepszym”. Ówczesne władze traktowały narkomanów raczej jako przestępców niż osoby chore. W późniejszych latach większość monarowskich ośrodków leczenia osób uzależnionych od narkotyków była tworzona z myślą o osobach uzależnionych od opiatów. Wtedy wypracowano metody leczenia oparte przede wszystkim na modelu społeczności terapeutycznej. Osoby uzależnione leczone były w specjalnych ośrodkach, trwało to co najmniej rok.

Od tamtego czasu zaszły zmiany w zakresie rodzajów używanych narkotyków, motywów sięgania po nie, zmieniły się osoby używające narkotyków i zmieniają się metody terapii. Szacunkowo ocenia się, że liczba osób używających narkotyków ustabilizowała się w ostatnich latach. Rośnie jednak liczba podejmujących leczenie z powodu używania substancji psychoaktywnych. Mamy tutaj następujące dane:

- wzrasta liczba osób leczących się w poradniach: 9 479 w 1998 roku i 38 445 w 2005 roku;
- zwiększa się proporcjonalnie liczba pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy (w 1998 roku była to jedna trzecia wszystkich leczonych pacjentów, a w 2005 roku – prawie połowa); może to oznaczać, że leczenie ambulatoryjne trwa krócej;
- stosunkowo mała liczba pacjentów używających narkotyków leczy się w oddziałach dziennych – w 2005 roku było to tylko 661 osób;
- wzrasta liczba osób leczonych w warunkach stacjonarnych, aczkolwiek w latach 2004–2005 była to ta sama liczba 12 255, ale w stosunku do 1998 roku wzrost jest dwukrotny;
- najliczniejsza grupa pacjentów leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym i stacjonarnym to osoby w wieku 19-29 lat i poniżej 18. roku życia.

Inne dane dotyczące zwłaszcza osób używających narkotyków oraz osób uzależnionych pochodzą jedynie z pojedynczych badań, które nie spełniają standardów badań populacyjnych. Stąd bardzo trudno opisać, kim są osoby używające narkotyków i jak zmieniły się wzorce używania narkotyków. Nieco łatwiej powiedzieć, kim są osoby podejmujące leczenie. Wydaje się, że można wyróżnić kilka grup wśród osób przyjmujących narkotyki: osoby eksperymentujące z narkotykami, osoby przyjmujące narkotyki rekreacyjnie, osoby przyjmujące narkotyki jako sposób wspomaganie swojego funkcjonowania w rolach życiowych oraz osoby uzależnione.

## Osoby eksperymentujące z narkotykami

Najczęściej są to młodzi ludzie. W ostatnich latach wiek, w którym po raz pierwszy dochodzi do użycia narkotyku, to nawet 11. rok życia. Najwięcej jednak osób sięgających po narkotyki jest w przedziale wieku 15-16 lat. W badaniach pokazano, że liczba osób biorących narkotyki przynajmniej raz w życiu sięga od 6% do 17%. Największa grupa spośród używających narkotyków sięga po nie raz lub kilka razy w życiu, jednak co roku znaczna liczba spośród tych w wieku do 18. roku życia zgłasza się do leczenia.

Najczęściej, poszukujący pomocy instytucjonalnej, podejmują leczenie w placówkach ambulatoryjnych, ale część z nich trafia do lecznictwa stacjonarnego – co może oznaczać, że ci ostatni mają poważne problemy wynikające z używania narkotyków.

Jednorazowe przyjmowanie narkotyku w okresie dorastania jest prawdopodobnie związane z ich większą dostępnością, obyczajami towarzyszącymi wspólnym zabawom młodych ludzi, chęcią doświadczenia czegoś nieznanego, zmniejszoną kontrolą ze strony osób dorosłych. Znacznie większym zagrożeniem dla częstego

używania narkotyków i dla uzależnienia jest potwierdzany w badaniach fakt, że osoby biorące narkotyki częściej charakteryzują się zachowaniami problemowymi. Używanie narkotyków jest częścią takich zachowań, jak: używanie alkoholu, łamanie zasad społecznych i prawnych, stosowanie przemocy lub bycie jej ofiarą, a także doświadczanie różnych form dystresu psychicznego, w tym objawów lęku i depresji.

Znaczna więc liczba osób używających narkotyków to młodzież w okresie dorastania. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że są to osoby, które mają trudności

z realizacją zadań rozwojowych okresu adolescencji. Za najważniejsze dla tego okresu zadania uznaje się nabywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do życia zawodowego i rodzinnego, tworzenie poczucia tożsamości własnej osoby, uczenie się radzenia sobie z nowymi doświadczeniami, kształtowanie się systemu wartości, tworzenie wzorców relacji z rówieśnikami, w tym doświadczania zależności i niezależności, doświadczania związków uczuciowych. Od okresu znacznej zależności od osób dorosłych i związane go z tym poczucia bezpieczeństwa dochodzi się do coraz większej odpowiedzialności za swoje własne zachowania, a częściowo również za zachowania in-

nych osób, z którymi tworzy się nowe związki koleżeńskie i uczuciowe. Nabywanie odpowiedzialności za siebie i innych odbywa się najczęściej metodą prób i błędów, zależności i buntu, poczucia umiejętności wpływania na zdarzenia na przemian z poczuciem braku kontroli nad nimi. W wyniku tych doświadczeń kształtuje się poczucie dobra i zła, hierarchii spraw ważnych i mniej ważnych, zarysu celów życiowych, wartościowania siebie i innych ludzi. Trudności w procesie realizowania tych zadań mogą skutkować reakcjami lękowymi i depresyjnymi, zmiennym nastrojem, niekontrolowaną

agresją, poczuciem mniejszej wartości. Mogą także objawiać się w zachowaniach społecznych, przekraczaniem zasad i norm społecznych, łamaniem prawa, agresją wobec otoczenia.

Używanie narkotyków i alkoholu może być sposobem radzenia sobie z napięciem okresu dorastania, ale jest też przeszkodą w integrowaniu doświadczeń okresu dorastania, zaburzając tym samym tworzenie się poczucia własnej tożsamości, własnej wartości, odpowiedzialności za siebie i innych, satysfakcjonujących wzorców relacji z innymi. Doświadczenia kliniczne i wyniki badań pokazują, że częściej uży-

*Uzależnienie może wystąpić jako efekt długotrwałego używania każdego narkotyku. Najwięcej osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia to te, które zażywają opiaty (40-70%). Zgłaszanie się do leczenia osób uzależnionych jest najczęściej „wymuszane” albo stanem fizycznym (potrzeba detoksykacji), albo naciskiem otoczenia, albo zagrożeniem prawnym. Większość osób uzależnionych od opiatów, poddawanych leczeniu, wraca do przyjmowania narkotyku. Stąd często proponuje im się leczenie substytucyjne.*

wają narkotyków ci dorastający, którzy mają mniejsze wsparcie w rodzinie, którzy mają większe trudności w nauce, którzy doświadczają więcej deprivacji i strat niż satysfakcji i osiągnięć.

Pomoc takim osobom to przede wszystkim wspomaganie ich w realizacji zadań życiowych, typowych dla okresu adolescencji: łagodzenie napięcia wynikającego z niekorzystnych wydarzeń życiowych, radzenia sobie z obowiązkami szkolnymi, radzenia sobie z naciskiem grup rówieśniczych przez uczenie większej niezależności, wspomaganie kształtowania się poczucia własnej wartości. Podstawowym uczestnikiem tego procesu wspomagania jest rodzina dorastającego. Problemem jest, że rodzina dziecka mającego trudności z dorastaniem jest często pozbawiona zasobów potrzebnych do samodzielnego wspomagania rozwoju syna czy córki. Takiej rodzinie jest potrzebna pomoc i to staje się głównym środkiem pomocy osobie dorastającej. Pacjentem staje się system rodzinny.

Młodzież to główna grupa eksperymentujących z narkotykami. Część uzależni się, jeżeli nie otrzyma pomocy przywracającej możliwości korzystania z własnych i rodzinnych zasobów potrzebnych do realizowania zadań rozwojowych.

## Osoby przyjmujące narkotyki rekreacyjnie

W ostatnich latach wzrasta liczba osób sięgających po narkotyki w sytuacjach rekreacyjnych. Najczęściej są to osoby w okresie wczesnej dorosłości. Bardzo mało wiemy o rozpowszechnieniu używania narkotyków w celach rekreacyjnych. Dyskoteki są takim miejscem, ale nie jedynym. Szacuje się, że osoby używające narkotyków dla celów rekreacyjnych to młodzi dorośli mieszkający poza domem rodzinnym – zazwyczaj studenci lub osoby pracujące w dużych miastach. Prawdopodobnie najczęściej używanymi w tej grupie narkotykami są kokaina i amfetamina. Dane europejskie pokazują, że kokainę zażywają najczęściej osoby między 15. a 24. rokiem życia, a wśród zgłaszających się do leczenia 13% to osoby uzależnione od kokainy.

Zadania okresu wczesnej dorosłości to wybór zawodu, partnera i początek życia we własnej rodzinie. Wymaga to umiejętności podejmowania

decyzji, planowania własnych celów, programu ich realizacji, umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów. Radzenie sobie z tymi zadaniami jest źródłem satysfakcji stanowiącej podstawę kształtowania się poczucia własnej wartości. Brak satysfakcji, brak umiejętności polegania na sobie i współdziałania z innymi może skłaniać do poszukiwania satysfakcji zastępczych, a jednym z ich źródeł mogą być narkotyki. Używanie narkotyków w tym okresie może być sygnałem trudności w uzyskaniu lub utrzymaniu satysfakcjonującej pracy (czy studiów), w stworzeniu czy utrzymaniu satysfakcjonującego związku partnerskiego lub założeniu własnej rodziny.

Środkiem tradycyjnie „wspomagającym” życie towarzyskie jest alkohol. Sięganie po narkotyki często towarzyszy picciu alkoholu. Wzrasta liczba osób używających tych dwóch substancji równocześnie. Te osoby są szczególnie narażone na negatywne skutki dla ich funkcjonowania w okresie wczesnej dorosłości.

Pomoc takim osobom to przede wszystkim wspieranie ich w dokonywaniu wyborów życiowych, dostosowanych do ich własnych możliwości, warunków ich otoczenia, wspieranie ich w poszukiwaniu alternatywnych sposobów realizowania celów życiowych, w nabywaniu odporności na niekorzystne zdarzenia życiowe i radzenia sobie z trudnościami.

## Wspomaganie własnego funkcjonowania w różnych rolach życiowych

Okresowe czy długotrwałe niepowodzenia życiowe skłaniają często do wspomagania się w realizacji zadań życiowych. Może się to zdarzyć na każdym etapie dorosłego życia. Zmęczenie, przepracowanie, chęć bycia wydajnym i skutecznym skłaniają do poszukiwania środków psychoaktywnych usuwających zmęczenie i zwiększających wydajność zawodową. Ten wzorzec najczęściej dotyczy młodych dorosłych do 35. roku życia. Nie ma danych dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków dla celów pobudzających aktywność, wspomagających umysłowo i emocjonalnie. Wydaje się jednak, że po takie środki sięgają głównie osoby o wysokiej potrzebie osiągnięć, potrzebie wyróżniania się, które

mają trudności w radzeniu sobie z napięciem oraz we współpracy z innymi.

Inna grupa to osoby używające legalnych substancji psychoaktywnych: leków uspokajających, przeciwbólowych, nasennych. Realizacja zadań zawodowych, rodzinnych i społecznych może być dla niektórych szczególnie trudna ze względu na ich własne zasoby osobowościowe. Te trudności mogą pojawić się na każdym etapie dorosłego życia. Najczęściej są to osoby z neurotycznymi zaburzeniami osobowości, z cechami osobowości zależnej, lękowej czy chwiejnej emocjonalnie. Podstawowym problemem tych osób jest nieadekwatne spostrzeganie siebie i otoczenia. Przez pryzmat własnego lęku, braku zaufania do siebie i otoczenia, dostrzegania nie istniejących zagrożeń, widzą świat jako wrogi, zagrażający, a siebie jako bezradnych i narażonych na nieustanne porażki i niepowodzenia.

Pomóc tym osobom można stosując psychoterapię, której celem będzie zmiana w sposobie spostrzegania siebie i otoczenia, przez rozwiązywanie konfliktów emocjonalnych, zmianę nieracjonalnych przekonań, nawykowych zachowań prowadzących do nieskutecznego radzenia sobie z problemami życiowymi.

## Osoby uzależnione

Używanie narkotyków prowadzi do uzależnienia. Oznacza to stan, w którym silna potrzeba przyjmowania substancji dominuje nad innymi zachowaniami, jest ona trudna do kontrolowania, powoduje fizjologiczny stan abstynencyjny po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji. W konsekwencji uzależnienie prowadzi do zaniedbania lub zaniechania realizacji najważniejszych zadań życiowych.

Uzależnienie może wystąpić jako efekt długotrwałego używania każdego narkotyku. Najwięcej osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia to te, które zażywają opiaty (40-70%). Zgłaszanie się do leczenia osób uzależnionych jest najczęściej

„wymuszane” albo stanem fizycznym (potrzeba detoksykacji), albo naciskiem otoczenia, albo zagrożeniem prawnym. Większość osób uzależnionych od opiatów, poddawanych leczeniu, wraca do przyjmowania narkotyku. Stąd często proponuje im się leczenie substytucyjne.

Osoby uzależnione wymagają leczenia specjalistycznego, w którym pierwszym celem jest zaprzestanie przyjmowania narkotyku albo zastąpienie go inną substancją, która zapobiega występowaniu objawów abstynencyjnych i głodu narkotyku. Niewiele jest danych pozwalających na ocenę psychologicznych charakterystyk osób uzależnionych od narkotyków. Trudno więc mówić o osobowościowych uwarunkowaniach uzależnienia. Częściej wymienia się uwarunkowania społeczne. Bardziej widoczne są

*W 2005 roku w Polsce było 89 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Leczyło się w nich 38 tys. ludzi. Zdecydowana większość była w wieku 19-29 lat i poniżej 18. roku życia. Większość osób leczących się w tych poradniach potrzebuje pomocy na etapie zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia (82%).*

skutki uzależnienia, zarówno dla charakterystyk osobowościowych, jak i cech funkcjonowania społecznego. Właściwości osobowościowe osób uzależnionych to przede wszystkim ogromna koncentracja na własnym uzależnieniu. Abstynencji albo przyjmowaniu metadonu są podporządkowane inne cele życiowe i sposób funkcjonowania. Wysoki stan napięcia i poczucie

zagrożenia nawrotem powodują niekiedy wzmożoną aktywność, często chaotyczną, przerywaną kolejnymi niepowodzeniami. Większość osób uzależnionych poniosła duże straty społeczne: brak zawodu, wykształcenia, więzi z rodziną pochodzenia, brak własnej rodziny lub nieudane związki rodzinne. Niektórych strat nie da się wyrównać, trzeba się do nich przystosować i rozpoczynać życie od nowa. Niekiedy wiele razy. Najważniejsze jest, aby rozpoczynać je w oparciu o realistyczne rozpoznanie swoich możliwości i możliwości otoczenia, zapewniając sobie maksymalne wsparcie i pomoc – nawet jeżeli będzie to tylko ograniczanie strat.

Wśród osób uzależnionych coraz częściej można znaleźć takie, które mają wiele problemów chorobowych. Wraz z używaniem narkotyków współwystępują

zaburzenia psychiczne, uzależnienie od alkoholu, choroby somatyczne. Poszukuje się nowych sposobów leczenia tych osób, które wymagają współpracy wielu profesjonalistów.

## Udzielanie pomocy

Osoby używające narkotyków różnią się ze względu na rodzaj używanych narkotyków, na okres życia, w jakim rozpoczynają ich używanie, na częstotliwość i okoliczności, w jakich używają, ze względu na motyw używania, wreszcie ze względu na skutki używania. Wszyscy oni doświadczają negatywnych skutków, chociaż najpoważniejsze dotyczą tych, którzy wchodzą w stan uzależnienia.

Wszyscy potrzebują pomocy, ale pomocy dostosowanej do ich potrzeb. W większości przypadków będzie to pomoc w uświadomieniu sobie negatywnych skutków jednorazowego czy kilkukrotnego użycia narkotyku. Upowszechnianie wiedzy na ten temat, pomoc rodziców, nauczycieli, wychowawców i rówieśników są dla wielu młodych osób, którzy eksperymentują z narkotykami, wystarczającymi argumentami, aby ich nie powtarzać.

Dla osób, które doświadczają trudności w radzeniu sobie z zadaniami okresu dorastania, które używają narkotyków jako jednego z zespołu zachowań problemowych, taka pomoc to wspomaganie ich rozwoju przez poradnictwo wychowawcze, rodzinne, przez pomoc w nauce, tworzenie warunków do zdrowego spędzania czasu wolnego, budowanie systemu ich osobistej odporności na doświadczane przeżycia i zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego występujące w okresie dorastania.

Używanie narkotyków jako sposobu radzenia sobie ze swoimi słabościami i niepowodzeniami w życiu dorosłym, zwłaszcza w jego wczesnym okresie, staje się coraz częstsze. Ta grupa osób rzadko otrzymuje adekwatną pomoc. Mała jest wiedza na temat liczby osób używających narkotyków rekreacyjnie czy dla celów stymulujących. Nie wiemy także, jak wiele z nich uzależnia się, a przynajmniej doświadczają strat osobistych i społecznych. Wydaje się również, że mała liczba takich osób poszukuje pomocy z powodu braku odpowiednich dla nich programów pomocy. Poradnictwo, mające na celu pomoc w radzeniu sobie z początkowymi trudnymi doświadczeniami

zawodowymi czy rodzinnymi, mogłoby być użyteczne w zapobieganiu używaniu narkotyków jako środków wspomagających rozwiązywanie problemów i zmniejszających napięcie. Podobną rolę mogłoby odegrać poradnictwo dla studentów. Osobnym problemem jest kształtowanie wzorców spędzania wolnego czasu.

W 2005 roku w Polsce było 89 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Leczyło się w nich 38 tys. ludzi. Zdecydowana większość była w wieku 19-29 lat i poniżej 18. roku życia. Większość osób leczących się w poradniach potrzebuje pomocy na etapie zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia (82%). Na 440 pracowników poradni tylko 120 było zatrudnionych na pełnym etacie (w tym 82 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień). W 53 ośrodkach dla osób uzależnionych od narkotyków zatrudnionych jest 774 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień (688 na pełnym etacie). Leczonych w ośrodkach było prawie 20 tys. pacjentów – około dwukrotnie mniej niż w poradniach, przy prawie ośmiokrotnie większej liczbie specjalistów niż w poradniach.

Na podstawie tych paru liczb można sobie wyobrazić, jak mała jest ilościowo oferta terapeutyczna dla osób zgłaszających się do poradni z problemami wynikającymi z używania narkotyków. Nie wiemy, jaka to jest terapia. Dane statystyczne wprawdzie podają, że ponad 22 tys. pacjentów poradni uczestniczy w psychoterapii indywidualnej lub grupowej, ale zestawiając to z liczbą pracowników zatrudnionych w poradniach, trudno sobie wyobrazić, jaka to jest psychoterapia, zwłaszcza że ta sama liczba osób udziela łącznie 237 470 porad.

Zróżnicowani pacjenci potrzebują zróżnicowanych form pomocy. Jakie to powinny być formy pomocy, aby były dostosowane do różnych potrzeb pacjentów i różnych problemów wynikających z używania narkotyków? Jak motywować do terapii osoby bez objawów uzależnienia? Jakie formy organizacyjne są potrzebne do udzielania takiej zróżnicowanej pomocy? Kto ma takiej pomocy udzielać? Jak przygotowywać specjalistów do pracy ze zróżnicowanymi pacjentami? Wydaje się, że bez odpowiedzi na te pytania, trudno będzie pomóc efektywnie wszystkim potrzebującym.



*Ważnym elementem systemu przeciwdziałania narkomanii jest podział wykonywanych zadań między instytucje rządowe i organizacje pozarządowe. Analizy sektora publicznego państw zachodnich wskazują na obecną od kilkunastu lat tendencję ograniczania liczby zadań realizowanych przez administrację publiczną. Coraz częściej zadania wykonywane przez instytucje rządowe powierzane są innym podmiotom, zaś rola administracji sprowadza się do pełnienia kluczowych funkcji związanych z planowaniem strategicznym, monitorowaniem i ewaluacją realizowanej polityki czy finansowaniem działań wykonywanych przez organizacje pozarządowe bądź komercyjne.*

## CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA. POLSKI SYSTEM REDUKCJI POPYTU NA NARKOTYKI

Robert Sobiech  
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych  
Uniwersytet Warszawski

Piętnaście lat, jakie upłynęły od powołania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, skłania do pytań i refleksji. Jednym z kluczowych jest pytanie dotyczące stworzenia stabilnego systemu, który potrafiłby skutecznie reagować na istniejące postacie zjawiska używania narkotyków i był przygotowany na przyszłe zmiany i wynikające z nich wyzwania. Niewątpliwym osiągnięciem w budowie takiego systemu jest stworzenie solidnego zaplecza eksperckiego, dostarczającego systematycznych diagnoz problemu narkomanii, wykorzystującego metody i wskaźniki umożliwiające zarówno dokonywanie pogłębionych analiz polskich warunków, jak i porównywanie naszej sytuacji z sytuacją w innych krajach. Należy pamiętać, że wiedza o zjawiskach, które powinny być przedmiotem interwencji realizowanych w ramach polityk i programów publicznych jest koniecznym, lecz niewystarczającym warunkiem takich zmian. W ograniczonym tylko stopniu pomaga ona w określeniu pożądanych sposobów zmian czy czynników ograniczających zakres i skuteczność interwencji. Coraz częściej pojawiają się pytania o rozwiązania umożliwiające podejmowanie skutecznych oddziaływań. Nie chodzi tu jedynie o rozwiązania prawne czy zasobność funduszy publicznych. Pytanie o skuteczność rozwiązywania problemu narkomanii jest jednocześnie pytaniem o skuteczność prowadzonych działań i o możliwość wprowadzania oczekiwanych zmian w oparciu o istniejące zasoby i rozwiązania instytucjonalne.

W państwach charakteryzujących się systematycznym badaniem polityk publicznych rosnącym zainteresowaniem cieszą się analizy tzw. instytucjonalnych reakcji podejmowanych wobec różnych problemów społecznych. Analizy te dostarczają wiedzy o najważniejszych podmiotach zaangażowanych w realizację krajowych i międzynarodowych strategii, ich wzajemnych relacjach, posiadanych zasobach i podzielanych poglądach.

Pierwszy projekt badawczy dotyczący instytucjonalnej reakcji na problem narkomanii został zrealizowany pod koniec lat 90. XX wieku w Polsce, Czechach, Słowenii i na Węgrzech<sup>1</sup>. Podstawowym pytaniem, jakie postawili sobie autorzy badań, jest pytanie, czy podobieństwa w sytuacji epidemiologicznej, które występują w krajach Europy Środkowej, przekładały się na podobne reakcje instytucjonalne. Zakładano, że zrozumienie relacji pomiędzy specyfiką problemu narkomanii a instytucjonalnym kontekstem prowadzonych działań posiadać będzie kluczowe znaczenie w ocenie dotychczasowych i opracowaniu przyszłych strategii. Badaniem, prowadzonym w 1999 roku, objęto m.in. wszystkie organizacje o zasięgu ogólnokrajowym, które działały w sferze redukcji popytu na narkotyki.

Po czterech latach, jakie upłynęły od realizacji powyższych badań, jesienią 2003 roku, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>2</sup>, przeprowadzono kolejną analizę polskiego systemu przeciwdziałania narkomanii. Wiedza uzyskana w obu badaniach pozwoliła na dokonanie pogłębionej

charakterystyki polskiego systemu przeciwdziałania narkomanii (w części dotyczącej redukcji popytu) oraz porównanie naszego systemu z podobnymi systemami funkcjonującymi w innych państwach Europy Środkowej. Badania dostarczyły także informacji o zmianach polskiego systemu, które zaszły pomiędzy 1999 a 2003 rokiem. Jakkolwiek obraz przedstawiany w badaniach odnosi się do sytuacji sprzed 5-10 lat, tym niemniej ilustruje on nie tylko kolejne etapy rozwoju reakcji instytucjonalnej, ale także skłania do formułowania pytań i hipotez dotyczących obecnej sytuacji.

### **Przeciwdziałanie narkomanii – administracja publiczna a społeczeństwo obywatelskie**

W porównaniu z wymienionymi krajami Europy Środkowej, polski system przeciwdziałania narkomanii jest systemem w znaczącym stopniu opartym na działalności organizacji pozarządowych. W Polsce organizacje pozarządowe stanowiły ponad dwie trzecie (68% w 1999 roku i 67% w 2003 roku) wszystkich instytucji działających na szczeblu ogólnokrajowym, które zajmowały się redukcją popytu na narkotyki. Na Węgrzech i w Słowenii organizacje pozarządowe stanowiły blisko połowę wszystkich instytucji działających na szczeblu krajowym, zaś w Czechach dwie trzecie wszystkich organizacji reprezentowało instytucje rządowe (ministerstwa, urzędy centralne, wyspecjalizowane agencje).

Modele przeciwdziałania narkomanii wydają się w znacznej mierze konsekwencją przemian społecznych i politycznych zachodzących w badanych krajach w ciągu ostatniego ćwierćwiecza. Ponad połowa polskich instytucji rozpoczęła działalność przed 1989 rokiem, na Węgrzech było to 25%, a w Czechach tylko 7%. „Odkrycie” problemu narkomanii i stworzenie systemu przeciwdziałania temu zjawisku nastąpiło w Polsce znacznie wcześniej niż w pozostałych krajach. Ujawnienie i zdefiniowanie problemu na początku lat 80., to jest w okresie powstawania społeczeństwa obywatelskiego, wywarło znaczący wpływ na obecny kształt polskiego modelu redukcji popytu. Przed rokiem 1989 w Polsce redukcją popytu zajmowało się 6 instytucji rządowych i 14 organizacji pozarządowych (to jest ponad połowa wszystkich badanych organizacji). W tym samym okresie w Słowenii podobne działa-

nia prowadziły 3 instytucje rządowe, a w Czechach 1 instytucja rządowa. Poza Polską jedynie na Węgrzech w przeciwdziałaniu narkomanii uczestniczyły obok 4 agend rządowych także 2 organizacje pozarządowe. Informacje dotyczące okresu rozpoczęcia działalności przez polskie organizacje pozwalają na wyróżnienie 4 faz procesu powstawania systemu instytucjonalnego. Pierwsza faza – ujawnienie problemu i jego początkowe interpretacje – to okres lat 70. i pierwsza połowa lat 80., kiedy rozpoczynały swoją działalność zarówno instytucje rządowe, jak i organizacje pozarządowe. Druga połowa lat 80. (a szczególnie lata 1987–1989) to okres zainteresowania narkomanią ze strony kolejnych organizacji pozarządowych. Podejmowanie działań dotyczących redukcji popytu przez kolejne organizacje pozarządowe widoczne jest także w okresie 1993–1994. Natomiast koniec lat 90. to czas poszerzenia systemu o kolejne instytucje rządowe.

Zdecydowanie odmienny proces, prowadzący do stworzenia odmiennego systemu, miał miejsce w Czechach, gdzie redukcja popytu zdominowana została przez instytucje rządowe, które rozpoczęły działalność w drugiej połowie lat 90. Inny model wypracowany został na Węgrzech. Przeciwdziałanie narkomanii rozpoczęły tam organizacje pozarządowe, zaś od pierwszej połowy lat 90. nowe programy redukcji popytu realizowane są przede wszystkim przez agendy administracji publicznej.

W badanym okresie instytucjonalny system redukcji popytu charakteryzował się znaczną stabilnością. W 1999 roku zidentyfikowano 37 organizacji zajmujących się redukcją popytu na narkotyki i prowadzących działalność na szczeblu ogólnopolskim. Po upływie 4 lat działania na terenie całego kraju prowadziły 32 organizacje. W analizowanym okresie pojawiła się tylko jedna nowa organizacja działająca na szczeblu ogólnopolskim. Wśród 6 organizacji, które zaprzestały działalności na poziomie ogólnopolskim, 4 zrezygnowały z prowadzenia działalności ze względu na brak źródeł finansowania, 2 zaś skoncentrowały się na działaniach o zasięgu lokalnym. Zdecydowaną większość organizacji, które zaprzestały działalności, stanowiły organizacje pozarządowe.

We wszystkich badanych krajach większość organizacji oprócz działań dotyczących redukcji popytu prowadziła także inną działalność (tzw. organizacje inkluzywne). Jedynie co czwarta organizacja w Polsce, Czechach i na

Węgrzech specjalizowała się wyłącznie w programach ograniczania popytu (tzw. organizacje ekskluzywne). Cztery lata później w Polsce działalność skoncentrowaną wyłącznie na ograniczaniu popytu prowadziły te same organizacje. Utrzymująca się dominacja organizacji pozarządowych, jak i obecność tych samych organizacji ekskluzywnych przekonują o stabilności rozwiązań instytucjonalnych i o wysoce prawdopodobnej profesjonalizacji uczestników systemu.

## Organizacje i ich zasoby

Znacząca obecność organizacji pozarządowych w krajowym systemie przeciwdziałania narkomanii nie oznacza automatycznie ich silnej pozycji. Często spotykane są sytuacje, w których duża liczba organizacji pozarządowych jest jedynie fasadową ilustracją realizowania zasady partycypacji społecznej w rozwiązywaniu określonego problemu społecznego i nie przekłada się na możliwości faktycznego oddziaływania. Stąd też ważną częścią opisywanych badań była charakterystyka zasobów, w tym posiadanych środków finansowych umożliwiających skuteczne ograniczanie popytu.

Dane dotyczące zasobów finansowych przekonują o pozycji polskich organizacji pozarządowych. W 1998 roku<sup>3</sup> przeciętny budżet programów redukcji popytu realizowanych przez polskie stowarzyszenia czy fundacje wynosił ok. 250 tys. euro i był blisko pięciokrotnie większy niż budżet odpowiednich organizacji węgierskich czy słoweńskich oraz blisko dwukrotnie wyższy niż w Czechach. Z kolei węgierskie i czeskie instytucje rządowe dysponowały znacząco większymi środkami niż polskie ministerstwa i urzędy. Kiedy jednak uwzględnić różnice w wielkości populacji badanych krajów (w tym różnice wielkości populacji osób uzależnionych), można stwierdzić, że polski system przeciwdziałania narkomanii przeznaczał na redukcję popytu znacznie więcej środków, niż miało to miejsce w pozostałych krajach.

W porównaniu z okresem sprzed 5 lat przeciętny budżet przeznaczony na działania redukcji popytu zwiększył się z 267 tys. do 319 tys. euro. Zwiększenie funduszy dotyczyło niemal wyłącznie instytucji rządowych, które pod koniec lat 90. dysponowały kwotami nie przekraczającymi zazwyczaj 10 tys. euro (jedynie 27% instytucji rządowych dysponowało budżetem

wyższym niż 100 tys. euro, podczas gdy podobne środki posiadało 36% organizacji pozarządowych). W sektorze administracji publicznej odnotowano blisko 40-procentowy wzrost nakładów. Średnia wielkość budżetów organizacji pozarządowych w zasadzie nie uległa zmianie.

Polski system przeciwdziałania narkomanii w znacznym stopniu wspiera organizacje o największym doświadczeniu. W obu badaniach najbardziej zasobnymi budżetami charakteryzowały się organizacje o najdłuższym okresie działalności. Spośród wszystkich organizacji pozarządowych, dysponujących budżetami powyżej 100 tys. euro, 78% stanowiły organizacje, które rozpoczęły działania w sferze redukcji popytu przed 1989 rokiem.

Zdecydowanej poprawie uległa sytuacja organizacji ekskluzywnych. W 2003 roku dysponowały one średnio dwukrotnie większymi budżetami niż w okresie objętym poprzednim badaniem. Inną charakterystyczną cechą omawianego okresu było znaczące zmniejszenie się różnic pomiędzy wysokością funduszy, jakimi dysponowały organizacje o najdłuższym okresie działalności, a organizacjami, które rozpoczęły działania w okresie 1990–1994. Najmłodsze organizacje charakteryzowały się znacząco mniejszymi budżetami. W porównaniu z 1999 rokiem ich sytuacja uległa znacznemu pogorszeniu. Przedstawiany powyżej obraz dotyczy okresu bezpośrednio poprzedzającego wejście Polski do Unii Europejskiej. Można przypuszczać, że to właśnie organizacje ekskluzywne, od dłuższego czasu specjalizujące się w przeciwdziałaniu narkomanii, potrafiły skutecznie aplikować o środki unijnych programów, zwiększając swój potencjał i możliwości oddziaływania.

Organizacje pozarządowe stanowią kluczowy element polskiego systemu redukcji popytu. Silna pozycja organizacji pozarządowych w systemie przeciwdziałania narkomanii jest w znaczącym stopniu efektem wspierania ich działalności przez administrację publiczną. Finansowanie polskich organizacji pozarządowych pochodziło przede wszystkim ze środków publicznych. Ponad ¾ wszystkich środków finansowych, jakimi dysponowały polskie organizacje w 1998 roku, pochodziło od administracji rządowej bądź administracji samorządowej. W 2003 roku udział środków publicznych zmniejszył się do 62% (odnotowano jed-

nocześnie wzrost udziału przychodów uzyskiwanych ze składek i dotacji).

W 1998 roku w Czechach i na Węgrzech środki publiczne stanowiły mniej niż połowę budżetów organizacji pozarządowych. W wymienionych krajach innym istotnym źródłem wsparcia był sektor prywatny. Na Węgrzech blisko 28% pozyskanych przez organizacje środków pochodziło ze źródeł zagranicznych, w Czechach 13,5% (w Polsce analogiczny odsetek nie przekraczał 6%). W Słowenii 17% dochodów organizacji pozarządowych pochodziło z indywidualnych darowizn i składek.

W Polsce oparcie programów redukcji popytu na funduszach publicznych dotyczyło przede wszystkim organizacji o długim okresie działalności. Udział środków publicznych w budżetach organizacji, które rozpoczęły działalność przed 1989 rokiem wynosił 78% w 1998 roku i 66% w 2003 roku. Znaczącą zmianę odnotowano w przypadku organizacji, które rozpoczęły działalność po 1994 roku. W 1998 roku środki przekazane przez administrację publiczną stanowiły 71% ich budżetu, zaś w 2003 roku 36% (blisko 27% przychodów najmłodsze organizacje uzyskiwały z fundacji i stowarzyszeń finansujących działania na rzecz redukcji popytu). Najmłodsze organizacje kilkakrotnie częściej korzystały ze środków zagranicznych. Zmniejszenie zakresu finansowania przez administrację publiczną dotyczyło przede wszystkim organizacji inkluzywnych (86% w 1998 roku i 50% w 2003 roku). Dla wielu z nich oznaczało to konieczność poszukiwania alternatywnych źródeł finansowania. W przypadku najstarszych organizacji, zajmujących się wyłącznie zagadnieniami redukcji popytu, środki uzyskiwane od administracji publicznej stanowiły ponad 80% ich budżetów. Przekonuje to o stabilności systemu, zapewniającego podstawy finansowania dla najbardziej doświadczonych organizacji. Uzależnienie od funduszy publicznych w dłuższej perspektywie niesie ze sobą ryzyko nadmiernej formalizacji, ograniczenie kreatywności czy monopolizację wybranych usług i działań.

## **Redukcja popytu – prowadzone działania**

Polski system przeciwdziałania narkomanii charakteryzuje się podobną strukturą działań jak systemy

w innych krajach Europy Środkowej. Dominującymi rodzajami działalności, realizowanymi przez niemal każdą organizację, były programy profilaktyczne. 70-80% organizacji zajmowało się także szkoleniem profesjonalistów. Innym równie często spotykanym rodzajem działalności było prowadzenie badań i analiz (dotyczyło to przede wszystkim Czech i Słowenii) oraz koordynacja działań innych organizacji, która dotyczyła najczęściej szczebla lokalnego. Poza Węgrami większość organizacji z pozostałych krajów uczestniczyła w procesie kształtowania rządowych programów i polityk. Polskie i słoweńskie organizacje częściej niż w innych krajach prowadziły działania terapeutyczne i programy rehabilitacyjne, polskie organizacje znacznie częściej reprezentowały interesy narkomanów i ich rodzin (24% w 1999 roku i 69% w 2003 roku).

Ważnym elementem systemu przeciwdziałania narkomanii jest podział wykonywanych zadań między instytucje rządowe i organizacje pozarządowe. Analizy sektora publicznego państw zachodnich wskazują na obecną od kilkunastu lat tendencję ograniczania liczby zadań realizowanych przez administrację publiczną. Coraz częściej zadania wykonywane przez instytucje rządowe powierzane są innym podmiotom, zaś rola administracji sprowadza się do pełnienia kluczowych funkcji związanych z planowaniem strategicznym, monitorowaniem i ewaluacją realizowanej polityki czy finansowaniem działań wykonywanych przez organizacje pozarządowe bądź komercyjne.

W Polsce podział zadań pomiędzy administrację publiczną a organizacje pozarządowe sygnalizuje pojawienie się powyższych tendencji. Tak np. sfera oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych stanowiła niemal wyłączny obszar działania organizacji pozarządowych. W 1999 roku jedynie 18% instytucji rządowych realizowało programy terapii narkomanów, w 2003 roku wskaźnik ten wynosił 30%, podczas gdy podobne działania prowadziło w 1999 roku 56% organizacji pozarządowych, a w 2003 roku – 76%. Instytucje administracji publicznej zdecydowanie częściej prowadziły prace badawcze i analityczne i koordynowały działalność innych organizacji. Niemal wszystkie instytucje rządowe uczestniczyły w procesie opracowania programów i strategii. Warto zauważyć, że w procesach tych brała udział także co druga organizacja

pozarządowa, co wydaje się świadczyć o szerokiej partycypacji społecznej w procesach planowania.

Obok obszarów, w których ma miejsce zróżnicowanie zadań, widoczne są także obszary wspólnych działań. Należą do nich przede wszystkim działania profilaktyczne, które podejmowane są przez 96% organizacji pozarządowych i 82% instytucji rządowych. Utrzymanie sytuacji, w której zdecydowana część aktywności wszystkich organizacji koncentruje się na działaniach prewencyjnych i terapeutycznych, nie wydaje się możliwe w dłuższym okresie. Można oczekiwać, że w niedalekiej przyszłości będziemy mieli do czynienia ze zmianami polegającymi na większej specjalizacji i koncentracji na wybranych typach działalności.

## **Polityka wobec narkomanii – ocena badanych organizacji**

Omawiane badania dostarczyły także informacji pozwalających na określenie specyficznych cech polityk wobec narkomanii realizowanych w badanych krajach. Jakkolwiek poniższa charakterystyka oparta była wyłącznie na opiniach liderów badanych organizacji, to jednak przedstawia ona interesujący obraz priorytetów i specyfiki narodowych strategii. Tak np. w 1999 roku charakterystyczną cechą polityki Słowenii było preferowanie działań zmierzających do redukcji szkód. Na Węgrzech za dominujący element narodowej strategii uznano instytucjonalną kontrolę osób używających narkotyków. W opinii czeskich liderów narodowa strategia stanowiła połączenie kontroli podaży z ograniczaniem szkód, przy jednoczesnej silnej obecności pozostałych działań (promocji zdrowia, redukcji popytu i kontroli).

W porównaniu z wymienionymi krajami, polska polityka wobec narkomanii zarówno w 1999 roku, jak i 2003 roku przedstawiała się jako mało wyrazista, pozbawiona specyficznych priorytetów. Wynikało to w znacznej części z niskiego stopnia poinformowania liderów polskich organizacji. W 1999 roku blisko 30% respondentów nie potrafiło określić specyficznych cech narodowej polityki. Jednym z powodów wydaje się być brak publicznej debaty, która ukazałaby szerszy kontekst projektów i programów prowadzonych przez poszczególne organizacje. Nic więc dziwnego, że trudności w dokonaniu oceny pojawiały się znacznie częściej wśród liderów organizacji pozarządowych

skoncentrowanych zazwyczaj na relatywnie wąskim obszarze działania.

Diagnoza polskiej polityki wobec narkomanii, dokonana przez respondentów posiadających skryzalizowane opinie o narodowej strategii, wykazuje, że jest ona swoistym kompromisem pomiędzy redukcją popytu a kontrolą podaży, znacznie rzadziej wskazywano na promocję zdrowia. W 1999 roku jedynie nieliczne organizacje (17%) utożsamiały polską politykę z działaniami kontrolnymi i represyjnymi wobec osób używających narkotyków, co stanowiło istotną różnicę w stosunku do innych badanych krajów. Po upływie 4 lat blisko połowa polskich liderów uznała kontrolę i represję za dominujące cechy polskiej strategii przeciwdziałania narkomanii.

Opinie dotyczące oceny narodowej polityki w znacznym stopniu zależały od postaw wobec zjawiska narkomanii. Okazało się, że osoby o poglądach restrykcyjnych wobec używania narkotyków częściej postrzegały polską politykę jako nastawioną na redukcję popytu czy promocję zdrowia. A osoby o poglądach permissywnych uznawały częściej za jej charakterystyczną cechę działania kontrolne i represyjne. Można sądzić, że opinie o strategii przeciwdziałania narkomanii były w znacznej mierze efektem akceptowanych poglądów wobec zjawiska używania narkotyków niż konsekwencją wiedzy o istniejącym systemie przeciwdziałania narkomanii.

## **Podsumowanie**

W ciągu ponad 20 lat, jakie upłynęły od pojawienia się problemu narkomanii w Polsce, udało się zbudować spójny, oparty na stabilnych podstawach system przeciwdziałania temu zjawisku. Na tle innych krajów Europy Środkowej polski system wyróżnia się zarówno szerokim zakresem działalności, jak i solidnymi zasobami. Kluczowym elementem polskiej strategii jest oparcie systemu redukcji popytu na narkotyki na działalności organizacji pozarządowych. Z perspektywy minionych lat widać coraz wyraźniej, że organizacje te odegrały nie tylko zasadniczą rolę w odkrywaniu i definiowaniu problemu, ale też wzbogacają polską politykę o doświadczenie, wiedzę, profesjonalne kwalifikacje czy charakterystyczne dla trzeciego sektora zaangażowanie i znajomość lokalnych potrzeb. Rozwiązanie to wydaje się być konsekwencją realizacji

klarownych, długofalowych priorytetów krajowej strategii. W odróżnieniu od innych krajów, w Polsce centralną instytucją wyznaczającą kierunki polityki oraz zapewniającą wsparcie finansowe i merytoryczne jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Powierzenie implementacji rządowej polityki organizacjom pozarządowym, stanowiącym najbliższe otoczenie Biura, jest rozwiązaniem umiejętnie łączącym zalety trzeciego sektora z długofalową strategią władz publicznych.

Jedną ze specyficznych cech polskiego systemu jest jego stabilność. Znaczna część organizacji pozarządowych to organizacje o kilkunastoletnim okresie działalności. Kontynuowanie tej działalności w zmieniających się warunkach politycznych, gospodarczych i społecznych przekonuje o umiejętnościach adaptacyjnych organizacji, świadczy również o zasadności przyjętego modelu. Stabilność przyjętych rozwiązań umożliwia także rozwój instytucjonalny tych organizacji, dysponujących znacząco większymi zasobami w porównaniu z organizacjami z pozostałych krajów.

Stabilność systemu i doświadczenie organizacji paradoksalnie mogą się okazać jego słabością w sytuacji gwałtownych zmian w ramach zjawiska narkomanii bądź zmian otoczenia instytucjonalnego. Przedstawiona w artykule diagnoza wskazuje na niebezpieczeństwo formalizacji i zamykania się organizacji wewnątrz sprawdzonych uprzednio wzorów i procedur. Zagrożenie to sygnalizują m.in. zjawiska zdominowania organizacji przez psychologów i pedagogów, a także znikomej obecności innych typów działań niż programy profilaktyczne czy terapeutyczne tradycyjnie realizowane przez większość organizacji pozarządowych. Innym wskaźnikiem powielania dotychczasowych formuł wydaje się być znikoma obecność permissywnych postaw wobec zjawiska narkomanii, wyróżniająca polskie organizacje wśród innych krajów. Jedną z konsekwencji tej sytuacji może być zamknięcie się na nowe sposoby zarządzania organizacjami, blokujące zarówno dalszy rozwój instytucjonalny, współpracę z organizacjami w innych krajach, jak i skuteczne aplikowanie o środki unijne czy udział w programach międzynarodowych. Innym zagrożeniem, szczególnie istotnym w sytuacji kryzysu finansów publicznych, wydaje się być silne uzależnienie od rządowych dotacji. Niewielka podatność na innowacje niesie także ryzyko nieadekwatności i nieskuteczności działań

podejmowanych w zmieniającej się i niedostatecznie rozpoznanej rzeczywistości.

Przedstawiony powyżej obraz polskiego systemu redukcji popytu jest swoistą fotografią wykonaną na przełomie XX i XXI wieku. Fotografia ta ukazuje zarówno mocne strony systemu, jak i zagrożenia oraz słabości. Te pierwsze wymagają systematycznego wsparcia ze strony władz publicznych, zapewniającego stabilność i ciągłość działania. Te drugie sygnalizują z kolei potrzebę pogłębionej refleksji i uruchomienia mechanizmów korygujących, inspirujących do poszukiwania nowych rozwiązań, profesjonalizacji działań czy zwiększania zasobów niezbędnych do osiągnięcia zamierzonych zmian. O tym, czy zabiegi te przyniosły oczekiwane efekty, może przekonać kolejna „fotografia”, która pokaże aktualny obraz systemu przeciwdziałania.

Diagnozy instytucjonalnych reakcji, ukazujące, w jakim stopniu system instytucjonalny potrafi sprostać obecnym i przyszłym zagrożeniom, są tylko częścią analiz umożliwiających ocenę oddziaływania narodowych strategii przeciwdziałania narkomanii. Niezbędnym elementem takiej oceny są systematycznie prowadzone analizy zjawiska narkomanii, ujawniające zmiany rozmiaru problemu, jego struktury i uwarunkowań. Równie istotnym elementem są analizy skuteczności i efektywności prowadzonych działań, które umożliwiają ewaluację zarówno poszczególnych programów, jak i całej polityki. Jak wykazują doświadczenia innych krajów i organizacji międzynarodowych, połączenie wymienionych rodzajów analiz w jeden spójny system monitorowania i oceny w największym stopniu zapewni długofalową skuteczność przyjętych strategii.

## Przypisy

<sup>1</sup> Projekt „Developing Social Research Capacities in Drug Control” objął wszystkie organizacje prowadzące działania dotyczące redukcji popytu, działające na szczeblu krajowym, i wybrane organizacje o zasięgu lokalnym. Badania zostały zrealizowane w ramach projektu European Center for Social Welfare Policy and Research finansowanego przez United Nations International Drug Control Programme. Koordynatorami projektu byli prof. Patrick Kenis i dr Robert Sobiech. Wyniki badań zostały opublikowane w książce *Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe. An Analysis of Institutional Developments in the Czech Republic, Hungary Poland and Slovenia* (Kenis Patrick, Mass Filip, Sobiech Robert (eds.), European Centre Vienna Ashgate, Alderhot, 2001).

<sup>2</sup> Sobiech R., *Instytucjonalny system przeciwdziałania narkomanii w 2003 roku*, [www.narkomania.gov.pl/raporty2003.htm](http://www.narkomania.gov.pl/raporty2003.htm)

<sup>3</sup> Pierwsze badania przeprowadzono wiosną 1999 roku, stąd też dane na temat budżetów organizacji dotyczą 1998 roku.

*41% hiszpańskich 15-latków miało za sobą inicjację przy użyciu marihuany lub jej przetworów. W Polsce ten odsetek wyniósł 16%. Podobnie jest w przypadku kokainy, gdzie tylko 2% polskich 15-16-latków przyznało się do przyjmowania tej substancji w swoim dotychczasowym życiu. Dla porównania w Hiszpanii było to prawie 6%. Młodzi Hiszpanie tak samo chętnie jak ich polscy koledzy sięgali po ecstasy (3%).*

## WSKAŹNIK ZGONÓW I ROZPOWSZECHNIENIE UŻYWANIA NARKOTYKÓW W POLSCE I HISZPANII

Artur Malczewski, Michał Kidawa  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W poprzednim numerze „Serwisu” zaprezentowane zostały dane oraz system zbierania danych z lecznictwa prowadzony w ramach europejskiego wskaźnika zgłaszalności do leczenia (Treatment Demand Indicator – TDI). Informacje przedstawione w poniższym i poprzednim artykule są m.in. efektem wizyty studyjnej w ramach programu twinningowego z Hiszpanią<sup>1</sup>. W tym numerze omówione zostaną informacje na temat europejskiego wskaźnika zgonów z powodu narkotyków (Drug-Related Deaths – DRD) oraz rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji generalnej na przykładzie Polski i Hiszpanii. Są to dwa z pięciu kluczowych wskaźników Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

### Zgony

Wskaźnik śmiertelnych przedawkowań z powodu narkotyków mierzy wpływ sytuacji sanitarnej i zdrowotnej na problemowych użytkownikach narkotyków. Dane o zgonach z powodu narkotyków dostarczają również informacji do ewaluacji polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Stałe zbieranie danych pozwala na określenie trendów rozwoju zjawiska narkomanii i podejmowanie działań profilaktycznych w obszarze przeciwdziałania zgonom. Dodatkową korzyścią jest możliwość wykorzystania danych o śmiertelnych przedawkowaniach do oszacowania liczby narkomanów metodą mnożników<sup>2</sup>.

Pierwszym krokiem w tworzeniu systemu zbierania danych na temat zgonów jest zdefiniowanie „śmierci z powodu narkotyków”. Przedstawiając wskaźnik zgonów z powodu narkotyków, należy określić zakres

danych, jaki jest zbierany w jego ramach. Mamy kilka przyczyn zgonów: naturalna, w wyniku np. żółtaczki typu C lub AIDS, wypadki (przedawkowanie i zatrucie), samobójstwa, zabójstwa. W przypadku narkotyków bierzemy pod uwagę wypadki i samobójstwa. Często też przypadki śmierci opatrzone są kodem przyczyna nieznaną. Jeśli chodzi o narkotyki to trudne do uchwycenia są pośrednie przyczyny zgonów. Tych zgonów nie ma w prowadzonych rejestrach i to zarówno w Polsce, jak i Hiszpanii. Dlatego też w celu ich otrzymania prowadzone są szacowania wymagające dodatkowych analiz.

Oprócz zgonów z powodu narkotyków, badane są również wskaźniki śmiertelności w grupach użytkowników narkotyków. W tym celu stosuje się badania kohortowe, które polegają na obserwowaniu grupy osób w ciągu kilku lub kilkunastu lat i śledzeniu zmian, jakie w niej zachodzą. Stosując badania kohortowe, jesteśmy w stanie określić szczegółowo przyczyny zgonu użytkowników narkotyków. Tego typu badania prowadzone są w większości krajów europejskich. Raport z wynikami badań kohortowych zrealizowanych w Polsce jest w trakcie opracowywania.

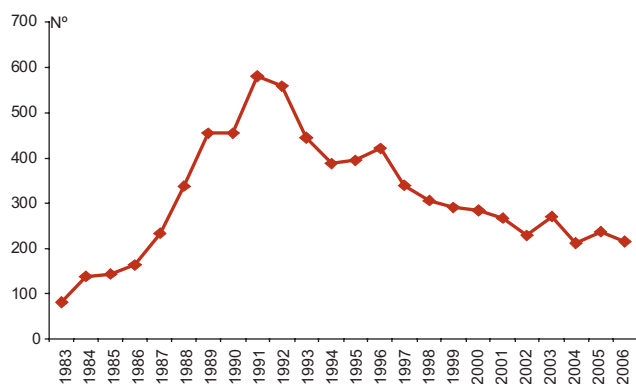
Przyjrzyjmy się, jak wygląda sytuacja w obszarze zgonów z powodu narkotyków w Hiszpanii, a następnie w Polsce.

W Hiszpanii powyższe dane otrzymywane są z dwóch źródeł: rejestru ogólnego zgonów (Register General de Mortalidad – RGM) oraz rejestru specjalnego (REM). Dane zbierane są z dwóch źródeł, ponieważ rejestr ogólny RGM nie odnotowuje wszystkich śmiertelnych przypadków. Liczba zgonów z bazy RGM jest zatem niedoszacowana. Zbieranie danych z rejestru specjalnego wprowadzono w latach 80., ponieważ dane te

lepiej opisują przyczyny zgonu oraz dostarczają bardziej dokładnych i szczegółowych informacji. W Hiszpanii około 50% kraju objęto systemem zbierania danych o zgonach z powodu narkotyków dla rejestru specjalnego. Dane zbierane są przez regiony, a następnie przesyłane do centrali w Madrycie. Ten system nie opiera się na rutynowym zbieraniu danych, dlatego też mniejsza niż w przypadku rejestru ogólnego jest gwarancja ciągłości otrzymywania danych. Liczba zanalizowanych przypadków zgonów zależy w dużym stopniu od lekarza, który podejmuje decyzję o badaniu toksykologicznym. W zbieraniu i raportowaniu danych stosuje się selekcję typu D EMCDDA. Rejestr specjalny prowadzony w Hiszpanii obejmuje również substancje wziewne i leki. Mimo rekomendacji, że należy je wykluczyć ze zbioru, zdarzają się pojedyncze przypadki zgonu z powodu substancji wziewnych, które są raportowane.

Co roku poprawia się jakość otrzymywanych danych w ramach bazy RGM, ponieważ coraz więcej przypadków śmierci analizowanych jest toksykologicznie. W 1993 roku 65,9% zgonów miało analizę toksykologiczną, a w 2006 już 100%. W 2003 roku odnotowano 493 przypadki śmierci, a w 2006 roku 428. Zwiększa się odsetek kobiet, które przedawkowują śmiertelnie narkotyki – w 2002 roku było to 11,7%, a w 2006 roku – 15,7%. Jednakże jest to wciąż odsetek o wiele mniejszy niż w przypadku mężczyzn. Średni wiek osób wyniósł 35 lat w 2003 roku oraz 37 lat w 2006 roku. Wskaźnik zgonów na milion mieszkańców wynosi 23,4. Analizując trend zgonów (wykres 1.), widzimy

**Wykres 1. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków w sześciu dużych miastach Hiszpanii w latach 1983–2006**



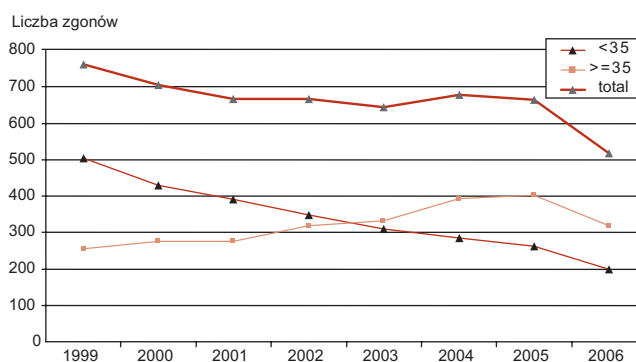
Źródło: Roczny Raport 2008 Hiszpańskiego Punktu Referencyjnego (Reitox National Focal Point).

znaczny wzrost w latach 1983–1990 oraz znaczący spadek w latach 1991–2006. Ostatnie lata to spadek z lekką fluktuacją trendu w postaci wzrostów w roku 2003 i 2005.

Dzięki prowadzonej w Hiszpanii analizie toksykologicznej mamy informacje o rodzaju substancji, która była przyczyną zgonów. W polskim systemie zbierania danych Głównego Urzędu Statystycznego nie odnotowywane są wyniki analizy toksykologicznej identyfikującej rodzaj narkotyku. Dlatego też trudno nam określić, z powodu użycia jakiego środka doszło do śmiertelnego zatrucia. Rocznie tylko około kilkanaście zgonów w Polsce ma przypisaną substancję, stwierdzoną przez lekarza na miejscu zgonu. Dane zbierane w ramach rejestru specjalnego w Hiszpanii pozwalają na taką identyfikację. W wyniku analizy toksykologicznej przeprowadzonej w 2006 roku w przypadku 79% zgonów wykryto obecność opiatów, w 60% kokainy, 51% benzodiazepin, 34% alkoholu, a w 17% konopi. Jak widać, często wykrywano użycie więcej niż jednej substancji. Analizując zmiany w tendencji, odnotowujemy spadek zgonów z powodu opiatów. Jeżeli weźmiemy pod uwagę odsetki zgonów, wśród których wykryto jako jedną z substancji opiaty, to w 1983 roku mamy 98% takich przypadków, a w 2006 roku – 79%. Wzrasta za to liczba śmiertelnych przedawkowań, gdzie w badaniach toksykologicznych znaleziono kokainę – w 1983 roku było tylko 2% przypadków, za to w 2006 roku aż 60%.

Analizując zgony tylko z powodu kokainy lub opiatów, w 1983 roku mamy 46% zgonów z powodu opiatów

**Wykres 2. Ewolucja zgonów z powodu narkotyków w Hiszpanii w dwóch grupach wiekowych od 35. roku życia oraz do 35. roku życia w latach 1999–2006**



Źródło: Roczny Raport 2008 Hiszpańskiego Punktu Referencyjnego (Reitox National Focal Point).

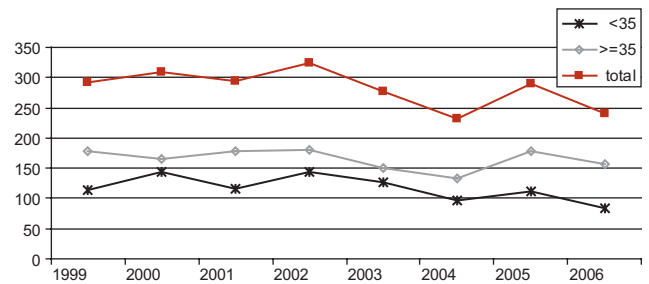


i 0% z powodu kokainy. Dziesięć lat później (1993) odnotowano 18% zgonów z powodu opiatów oraz 1% z powodu kokainy, natomiast w 2006 roku 5% śmiertelnych zatruc z powodu opiatów i 5% z powodu kokainy. Jak widać spada liczba zgonów z powodu opiatów, a wzrasta z powodu przedawkowania kokainy.

Drugim źródłem informacji o zgonach jest rejestr ogólny RGM. Hiszpańską definicję śmiertelnych przedawkowań tworzą przypadki ICD X: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62, Y12, X44. Według tej procedury w 2006 roku w Hiszpanii było 518 zgonów z powodu zażycia narkotyków. Pomimo poprawy jakości danych z rejestru RGM, nadal część przypadków nie jest odnotowywana w tym rejestrze. Porównanie informacji z rejestrów RGM i REM pozwala na oszacowanie, że około 17% przypadków zgonów nie jest raportowane do rejestru ogólnego.

Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce gromadzone są przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Baza GUS zawiera informacje o miejscu zgonu, dane socjodemograficzne o osobie, która przedawkowała narkotyki oraz rodzaj substancji, z powodu której nastąpił zgon (według kodów ICD). Do 1996 roku stosowana była 9 rewizja ICD, od 1997 roku dane są kodyfikowane według 10 rewizji ICD. Podstawowym ograniczeniem w zbieraniu danych o zgonach z powodu narkotyków jest wprowadzanie do bazy GUS tylko jednego kodu, czyli jednej bezpośredniej przyczyny zgonu nazywanej wyjściową. Polską definicję zgonu z powodu narkotyków tworzą kody ICD X: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Została ona wypracowana w oparciu o selekcję B z protokołu EMCDDA, jak również na podstawie wcześniej stosowanej krajowej metodologii. Na wykresie 3. widzimy, że od kilku lat mamy stabilny trend zgonów z powodu narkotyków. W 2005 roku nastąpił lekki wzrost śmiertelnych przedawkowań z powodu narkotyków (290 zgonów), aby jednak w 2006 roku (241 zgonów) powrócić do liczby zbliżonej do tej z 2004 roku, tj. 231 przypadków. Liczby zgonów w obydwu frakcjach wiekowych pozostają na tym samym poziomie. W Hiszpanii (wykres 2.) od 1999 roku spada liczba zgonów wśród osób

**Wykres 3. Ewolucja zgonów z powodu narkotyków w Polsce w dwóch grupach wiekowych od 35. roku życia oraz do 35. roku życia w latach 1999–2006**



Źródło: Dane GUS opracowane przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

poniżej 35. roku życia, a wzrasta w starszej grupie wiekowej. W 2003 roku liczba zgonów wśród osób powyżej 35 lat osiągnęła większą wartość niż wśród osób poniżej 35 lat.

W porównaniu do hiszpańskiego systemu dane polskie oparte są tylko na rejestrze ogólnym GUS.

*W wyniku analizy toksykologicznej przeprowadzonej w 2006 roku w Hiszpanii w przypadku 79% zgonów wykryto obecność opiatów, w 60% kokainy, 51% benzodiazepin, 34% alkoholu, a w 17% konopi.*

Do 2000 roku policja zbierała dane o śmiertelnych przedawkowaniach narkotyków. W przeciwieństwie do hiszpańskiego wskaźnika nie mamy informacji o substancji, która była przyczyną zgonów. Tylko kilkanaście przypadków zgonów rocznie ma określony narkotyk.

Podsumowując sytuację w obszarze zgonów z powodu narkotyków w Polsce i Hiszpanii, należy podkreślić różnice metodologiczne w definicjach stosowanych w obydwu krajach.

Porównując trend liczby śmiertelnych przedawkowań w obydwu krajach, widać podobną tendencję w ciągu ostatnich trzech lat: po niewielkim wzroście w 2005 roku (w Hiszpanii według danych z rejestru specjalnego RGM), w 2006 spadła liczba zgonów. Analizując trend długookresowy w Polsce odnotowujemy utrzymywanie się tendencji stabilnej liczby zgonów, w Hiszpanii z kolei mamy tendencję spadkową.

## Używanie narkotyków w populacji generalnej i wśród młodzieży

Używanie narkotyków w populacji, poza zgonami, jest jednym z głównych wskaźników dotyczących

zjawiska narkomanii. Jednak w odróżnieniu od zgonów przedstawia obraz używania eksperymentalnego, okazjonalnego czy aktualnego w społeczeństwie.

Badania nad tymi zagadnieniami nie są w pełni porównywalne, ponieważ realizowane są w różnych okresach czy na różnych próbach. Mając jednak na uwadze powyższe zastrzeżenie, można z ostrożnością prowadzić porównania wyników tych badań w krajach europejskich. Tym właśnie zajmiemy się w tej części artykułu.

Porównaniu zostaną poddane dwa podstawowe badania populacyjne realizowane zarówno w Polsce, jak i Hiszpanii, tzn. badania nad młodzieżą oraz badania na populacji generalnej.

Prezentowane poniżej wyniki pochodzą z dwóch różnych badań nad młodzieżą realizowanych niezależnie w Polsce i Hiszpanii. Rezultaty z Polski zostały oparte na wynikach badań zrealizowanych w ramach międzynarodowego programu badań nad młodzieżą ESPAD, które wielokrotnie były opisywane na łamach „Serwisu”. Są to badania szkolne. Realizowane są na reprezentatywnej próbie 15-16-latków oraz 17-18-latków. Kryterium był tutaj rok urodzenia: dla starszej grupy 1989, a dla młodszej 1991. ESPAD realizowany jest co cztery lata. Cytowane wyniki oparte są na edycji badań z 2007 roku. Próba obejmowała 4479 osób.

Dane hiszpańskie oparte są na wynikach Stanowego Badania nad Używaniem Narkotyków w Szkołach Ponadpodstawowych (ESTUDES). Badanie jest realizowane na reprezentatywnej próbie uczniów szkół ponadpodstawowych; powtarzane jest co dwa lata.

Jednak realizowane jest ono wśród uczniów w wieku od 14 do 18 lat, a kluczowym kryterium nie jest w tym miejscu poziom klasy czy rok urodzenia, ale wiek badanych. Badanie przeprowadzono w 2006 roku. Próba badawcza obejmowała ponad 28 tys. uczniów.

Zarówno czas badania, jak i samo narzędzie badawcze czy grupa nie były w obu badaniach takie same, co może mieć wpływ na porównywalność wyników. Pewnych dodatkowych trudności w porównywaniu wyników dostarcza fakt, że wiek w badaniach polskich był wyznaczany datą urodzenia, a w hiszpańskich faktycznym wiekiem badanych.

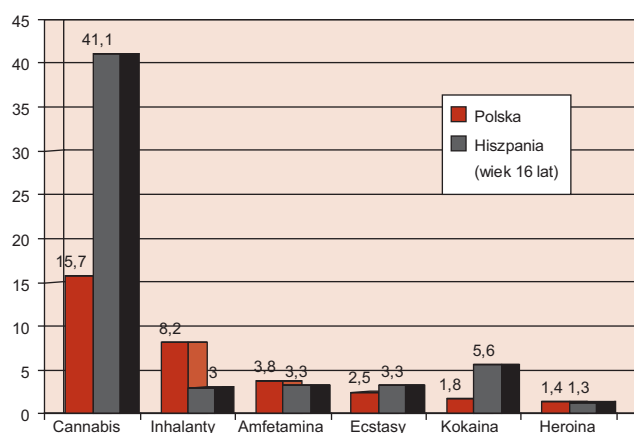
Pomimo zaprezentowanych powyżej zastrzeżeń, spróbujmy jednak poddać analizie wskaźniki używania rozmaitych rodzajów narkotyków przez młodzież.

Jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 4. najpopularniejszymi substancjami w obu krajach jest marihuana i haszysz. Należy jednak odnotować zdecydowane różnice we wskaźnikach.

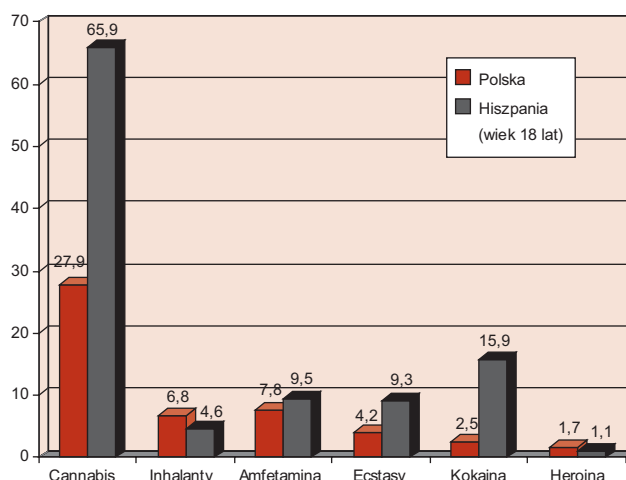
41% hiszpańskich 15-latków miało za sobą inicjację marihuaną lub jej przetworami. W Polsce ten odsetek wyniósł 16%. Podobnie jest w przypadku kokainy, gdzie tylko 2% polskich 15-16-latków przyznało się do przyjmowania tej substancji w swoim dotychczasowym życiu. Dla porównania w Hiszpanii było to prawie 6%. Młodzi Hiszpanie tak samo chętnie jak ich polscy koledzy sięgali po ecstasy (3%).

Więcej polskich 15-16-latków przyznawało się do używania inhalantów oraz amfetaminy. Było to 8% dla substancji wziewnych (Hiszpania 3%) oraz 4% dla amfetaminy (Hiszpania 3%).

**Wykres 4. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu wśród 15-16-latków**



**Wykres 5. Używanie narkotyków wśród 17-18-latków**



W starszej grupie badanych hiszpańscy respondenci ogólnie częściej przyznawali się do używania narkotyków niż ich polscy koledzy. Różnice te wyraźnie widać w przypadku przetworów konopi oraz kokainy (patrz wykres 5.), gdzie 66% Hiszpanów miało za sobą doświadczenia z kanabinolami, a 16% z kokainą. Dla polskiej młodzieży odsetki te wyniosły odpowiednio 28% oraz 2,5%.

Spore różnice dotyczyły także doświadczeń z ecstazy. Zbliżone wyniki dotyczyły amfetaminy. Natomiast polska młodzież chętniej sięgała po inhalanty. Poziom doświadczeń z heroiną utrzymywał się na zbliżonym niskim poziomie.

Podsumowując powyższe zestawienia, należy zauważyć, że młodzi Hiszpanie zdecydowanie chętniej sięgają po przetwory konopi oraz kokainę. Młodzi Polacy chętniej od swoich południowych sąsiadów podejmują próby z inhalantami oraz amfetaminą.

Drugim z omawianych rodzajów badań w ramach tego opracowania są badania na populacji generalnej. Hiszpańskie badanie zostało przeprowadzone w ramach Badania Gospodarstw Domowych dotyczącego Używania Alkoholu i Narkotyków (EDADES). Projekt jest realizowany co dwa lata na reprezentatywnej próbie gospodarstw domowych. Ostatnie badanie przeprowadzono w 2007 roku. Próba obejmowała osoby w wieku od 15 do 64 lat. Wielkość próby to 23 715 osób.

Polskie badanie zostało przeprowadzone w 2006 roku na losowo dobranej reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski. Aparat losowy opierał się na gminach, spośród których losowano konkretne gospodarstwa domowe, a następnie respondentów. Badanie zrealizowano na grupie osób w wieku od 15 do 64 lat. Pytania dotyczące używania narkotyków były oparte

na tych stosowanych w badaniach ESPAD. Badanie objęło 2859 respondentów.

Także te badania różnią się pod kątem użytych narzędzi oraz czasu przeprowadzenia, co może mieć wpływ na ich porównywalność. W zestawieniu użyto wskaźnika używania w ciągu ostatnich miesięcy, co daje obraz zjawiska odnoszący się do niedalekiej przeszłości, a nie doświadczeń związanych z eksperymentowaniem w życiu respondentów.

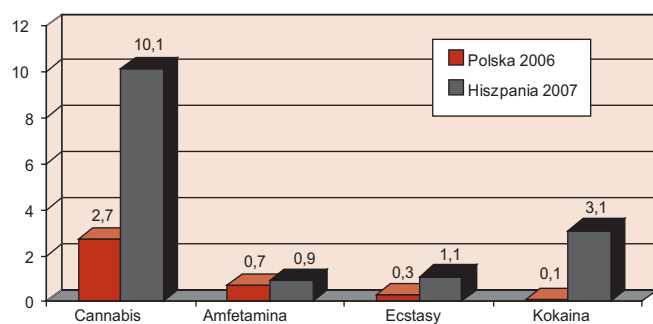
W obu krajach najpopularniejszymi narkotykami w populacji generalnej są marihuana i haszysz. Różnice w używaniu tego narkotyku pomiędzy Polską a Hiszpanią są znaczne. Około 10% Hiszpanów przyznało się do używania przetworów konopi w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Używanie marihuany w tym samym czasie zadeklarowało ok. 3% Polaków.

Podobne różnice możemy zauważyć także w przypadku innych narkotyków. Najmniejsze różnice (na poziomie 0,2%) należy odnotować w przypadku amfetaminy. Najwyższe, poza cannabis, daje kokaina, gdzie różnica sięga 3%.

Podsumowując wyniki badań populacyjnych oraz badań nad młodzieżą, należy stwierdzić, że Hiszpania jest krajem o stosunkowo długiej historii problemu narkotykowego oraz o zdecydowanie większych wskaźnikach rozpowszechnienia używania narkotyków w społeczeństwie niż Polska.

Sceny narkotykowe obu krajów różnią się. Cechami charakterystycznymi Hiszpanii zdają się być wysoki w porównaniu do Polski poziom konsumpcji przetworów konopi oraz względnie wyższy poziom konsumpcji kokainy. Dla Polski jest to względnie wysoki odsetek używania amfetaminy oraz wysoki poziom używania substancji wziewnych wśród młodzieży. Fakt zbliżonych w obu krajach wartości dotyczących używania amfetaminy i jednocześnie tak różnych wartości dotyczących kokainy najprawdopodobniej wynika stąd, że podobną funkcję, jaką pełni kokaina na hiszpańskiej scenie narkotykowej, w Polsce pełni amfetamina.

**Wykres 6. Używanie narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy w populacji generalnej w Polsce i Hiszpanii (wiek 15-64 lata)**



## Przypisy

<sup>1</sup> Krótka relacja z wizyty została przedstawiona w artykule „Hiszpański system przeciwdziałania narkomanii – wizyta studyjna w Madrycie i Saragossie”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 2/2008.

<sup>2</sup> Czytelników zainteresowanych metodami szacowania polecam artykuł Michała Kidawy „Jak zmierzyć niemierzalne?”, Serwis Informacyjny Narkomania 3/2007.

## KALENDARIUM WYDARZEŃ

### WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (Grupa robocza działająca w ramach Rady Unii Europejskiej)	14 stycznia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z Ukrainą (Spotkanie organizowane w ramach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków)	15 stycznia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z Rosją	16 stycznia	Bruksela, Belgia
Spotkanie na temat systemu FONTE EMCDDA	19 stycznia	Lizbona, Portugalia
Spotkanie dotyczące projektu badawczego na temat Europejskiego Standardu Programu Profilaktycznego	19 stycznia	Liverpool, Anglia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	4 lutego	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z Afganistanem	5 lutego	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	25 lutego	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z Bałkanami Zachodnimi	26 lutego	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU/LAC (Unia Europejska – państwa Ameryki Łacińskiej i Karaibów)	26 lutego	Bruksela, Belgia
Akademia REITOX na temat produkcji i nielegalnego rynku konopi indyjskich	luty	Lizbona, Portugalia
Konferencja ministerialna UNGASS 1998	11-12 marca	Wiedeń, Austria
Sesja Komisji Środków Odurzających (CND)	16-20 marca	Wiedeń, Austria
Spotkanie Troiki z Iranem	16 kwietnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z państwami Afryki Zachodniej	16 kwietnia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	17 kwietnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	29 kwietnia	Praga, Czechy
Konferencja poświęcona metaamfetaminie	30 kwietnia	Praga, Czechy
<b>SPOTKANIA KRAJOWE</b>		
Grupa Pompidou, III spotkanie Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej	27 stycznia	Kraków
II szkolenie dotyczące monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym w województwie łódzkim; Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi	20-22 kwietnia	Załęcze Wielkie
V spotkanie programów redukcji szkód	kwiecień	Falenty koło Warszawy

Z wyliczeń wynika, że w latach 1997–2006 doszło do zahamowania tendencji wzrostowej współczynnika leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od narkotyków. Zjawisko to jest wyraźniejsze w przypadku współczynnika leczonych po raz pierwszy.

## WYBRANE SKUTKI ZAŻYWANIA NIELEGALNYCH NARKOTYKÓW W POLSCE

Zofia Mielecka-Kubieñ

Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego w Katowicach

Katedra Ekonometrii

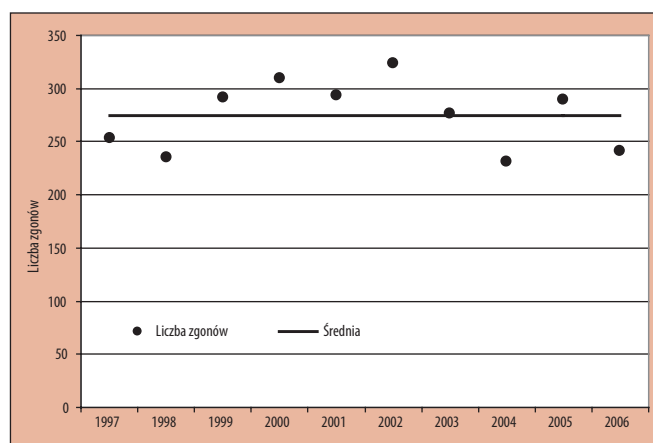
Nielegalne zażywanie narkotyków powoduje szereg negatywnych skutków o charakterze zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym. Niżej przedstawiono tendencje rozwojowe oraz przestrzenne zróżnicowanie wybranych konsekwencji zażywania narkotyków w Polsce, niektóre związki zachodzące między nimi, a także związki między skutkami zażywania narkotyków a stopniem realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) w latach 2004–2007.

Dotkliwą szkodę wynikającą z zażywania narkotyków stanowią zgony związane z narkotykami. Poprzez zgony związane z narkotykami rozumie się „(...) zgony bezpośrednio spowodowane zażyciem jednego lub większej liczby narkotyków i zazwyczaj następujące po zażyciu jednej lub kilku substancji” (Stan Problemu Narkotykowego w Europie, 2006). W Polsce liczba zgonów spowodowanych zażyciem narkotyków od roku 1997 utrzymuje się na

podobnym poziomie (wykres 1.); wielkości te wykazują losowe wahania wokół średniej ( $\bar{x} = 274,7$ ).

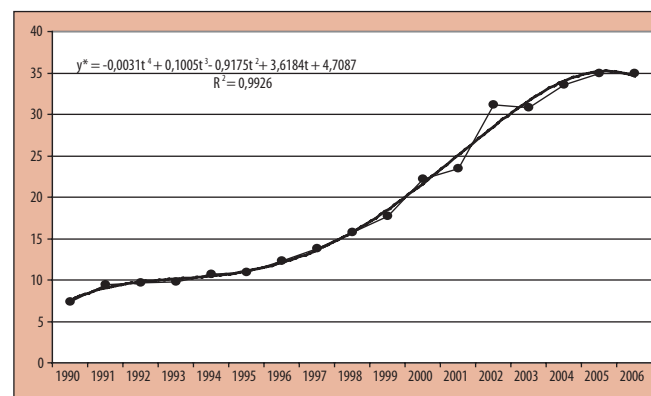
W odmienny sposób kształtują się współczynniki leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od narkotyków. Na podstawie analizy danych statystycznych stacjonarnego leczenia psychiatrycznego z lat 1990–2006 (wykres 2.) można stwierdzić, że kształtowanie się tego zjawiska dobrze przybliża wielomian stopnia czwartego. Można tu wyróżnić dwa punkty przegięcia, przypadające na rok 1993 oraz 2001, co oznacza, że w latach 1990–1993 omawiane zjawisko wzrastało wolniej, w roku 1993 nastąpiła zmiana tej tendencji i począwszy od tego roku współczynnik osób leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków rósł, lecz w tempie coraz szybszym. Druga zmiana zaszła w roku 2001; począwszy od tego roku przyrosty współczynnika osób leczonych są znowu coraz mniejsze.

Wykres 1. Liczba zgonów spowodowanych zażyciem narkotyków w Polsce w latach 1997–2006



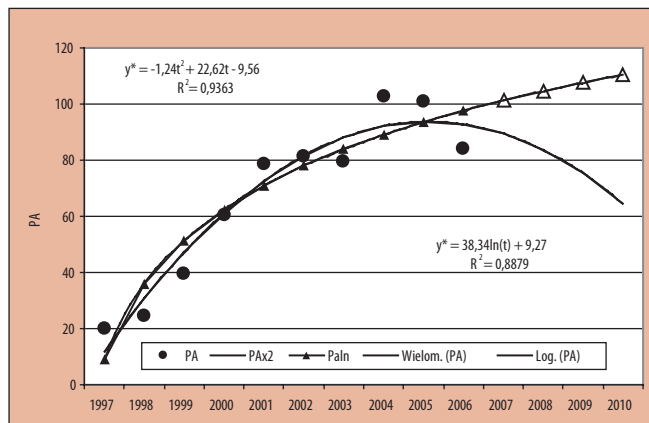
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wykres 2. Współczynnik<sup>1</sup> leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od narkotyków w latach 1990–2006



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, cyt. za „Informacja z realizacji KPPN za rok 2007”.

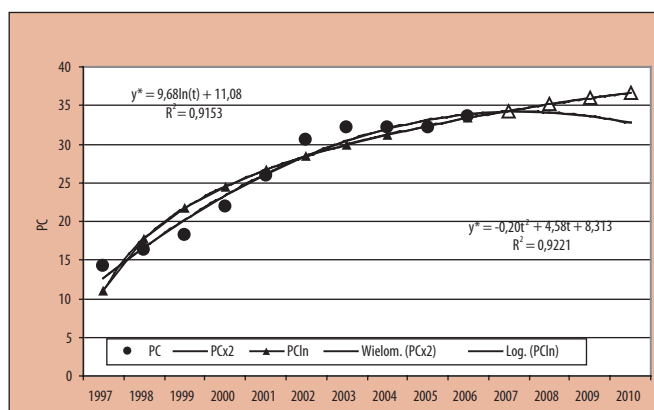
**Wykres 3. Współczynnik leczonych ogółem (PA) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w poradniach zdrowia psychicznego i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych w latach 1997–2006, prognozy na lata 2007–2010**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1997–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

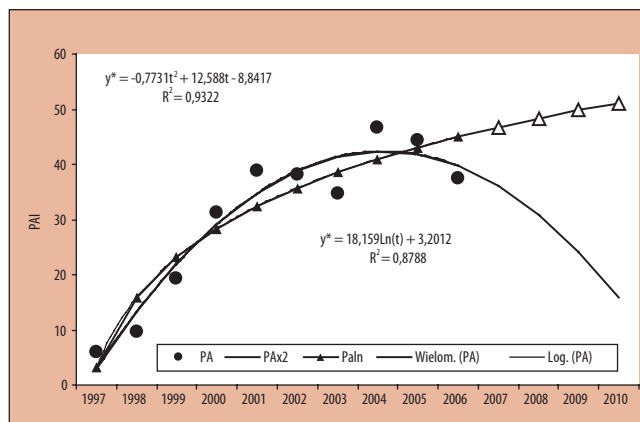
Podobną tendencją rozwojową, tzn. coraz wolniejszym wzrostem zjawiska w ostatnich latach, cechują się: współczynnik leczonych ogółem (wykres 3.) i po raz pierwszy (wykres 4.) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w poradniach zdrowia psychicznego i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz współczynnik takich chorych leczonych ogółem (wykres 5.) i po raz pierwszy (wykres 6.) w psychiatrycznych oddziałach całodobowych.

**Wykres 5. Współczynnik leczonych ogółem (PC) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w latach 1997–2006, prognozy na lata 2007–2010**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1997–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

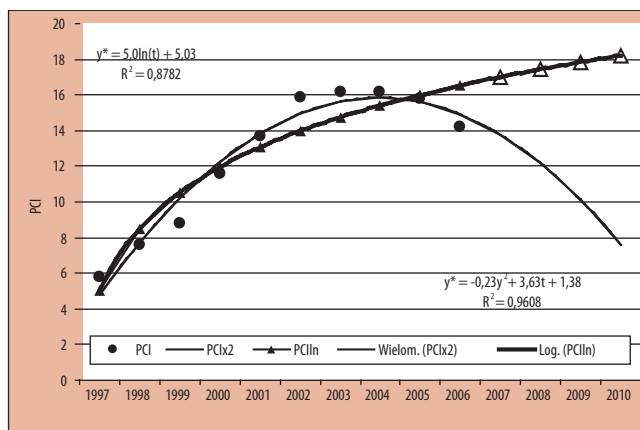
**Wykres 4. Współczynnik leczonych po raz pierwszy (PAI) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w poradniach zdrowia psychicznego i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych w latach 1997–2006, prognozy na lata 2007–2010**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1997–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

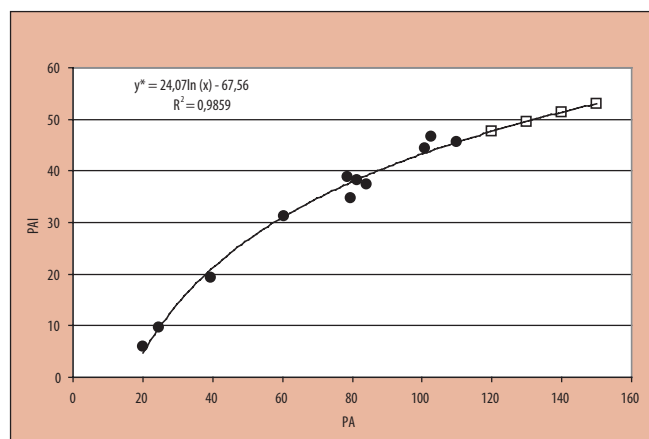
W przypadku czterech przedstawionych na wykresach 3-6 szeregów czasowych najlepiej dopasowanymi do danych empirycznych funkcjami teoretycznymi okazały się wielomian stopnia drugiego oraz funkcja logarytmiczna. Na ich podstawie skonstruowano prognozy na lata 2007–2010, przy czym wydaje się, że bardziej trafne okażą się prognozy postawione na podstawie funkcji logarytmicznej; jest ona co

**Wykres 6. Współczynnik leczonych po raz pierwszy (PCI) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w latach 1997–2006, prognozy na lata 2007–2010**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1997–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

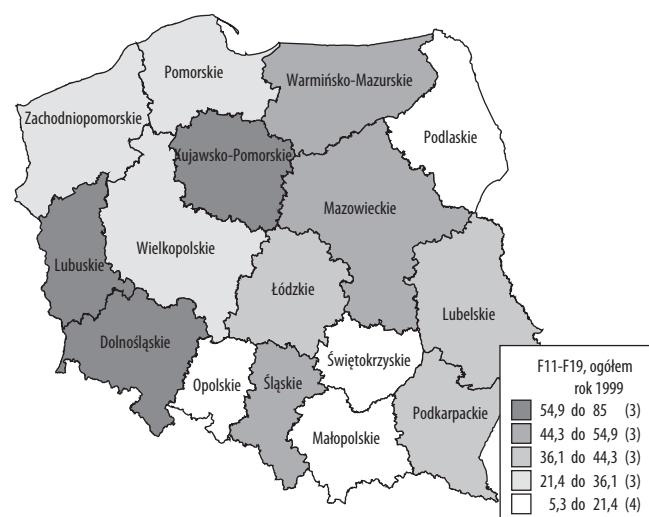
**Wykres 7. Diagram korelacyjny pomiędzy współczynnikiem leczonych ogółem (PA) oraz współczynnikiem leczonych po raz pierwszy (PAI) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w poradniach zdrowia psychicznego i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych w latach 1997–2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1997–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

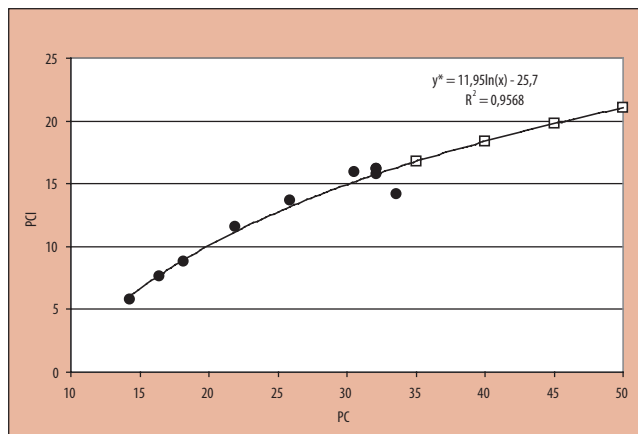
prawda gorzej dopasowana do danych empirycznych niż wielomian stopnia drugiego, ale jej przyrosty są także w okresie prognozowanym coraz wolniejsze, co zgodne jest z dotychczasowym kształtowaniem się badanych zjawisk. Wartości prognoz oznaczone są na wykresach białymi trójkątami. Między badanymi zmiennymi zachodzą określone związki korelacyjne (wykresy 7.-8.).

**Rys. 1. Współczynnik leczonych ogółem w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień w roku 1999**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Rocznik statystyczny 1999, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

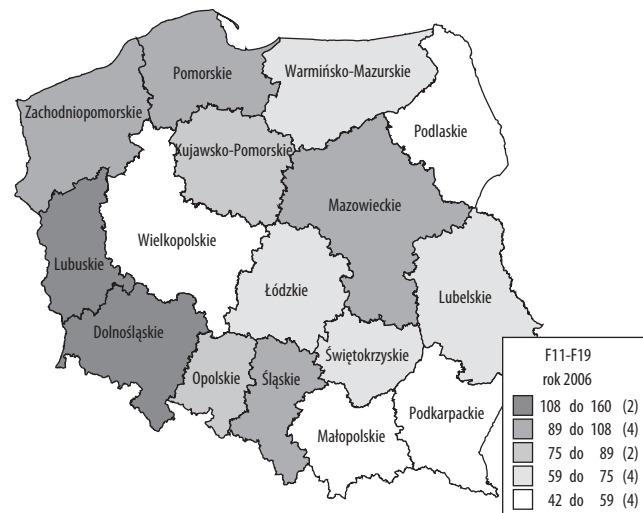
**Wykres 8. Diagram korelacyjny pomiędzy współczynnikiem leczonych ogółem (PC) oraz współczynnikiem leczonych po raz pierwszy (PCI) w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w latach 1997–2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1997–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

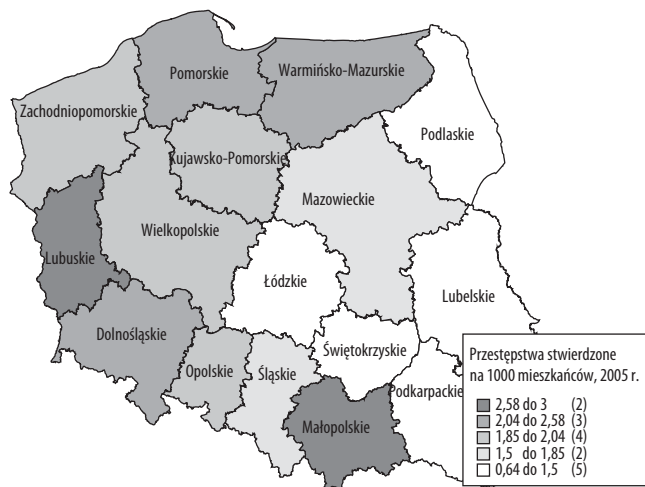
Okazuje się, że w badanym okresie jednakowym przyrostom współczynnika osób leczonych ogółem towarzyszyły coraz mniejsze przyrosty współczynnika leczonych po raz pierwszy. Gdyby związek ten okazał się stabilny, można przypuszczać, że w przypadku, gdyby współczynnik leczonych ogółem wyniósł przykładowo 130, współczynnik leczonych

**Rys. 2. Współczynnik leczonych ogółem w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień w roku 2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Rocznik statystyczny 2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

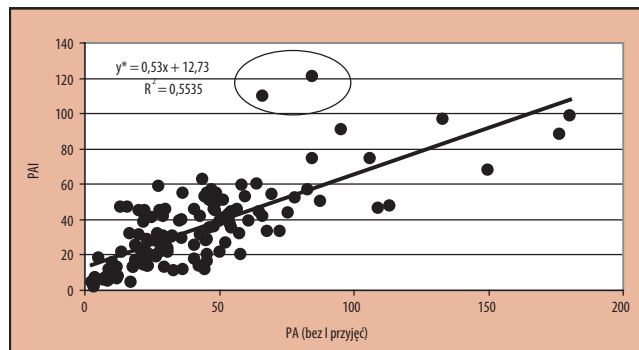
**Rys. 3. Przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na 1000 mieszkańców (2005 r.)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

po raz pierwszy przyjmie wartość 49,6. Prognozy na wykresach 7 i 8 oznaczono białymi kwadratami.

**Wykres 9. Diagram korelacyjny współczynnika leczonych ogółem (PA) i leczonych po raz pierwszy (PAI) w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień w województwach w latach 1999–2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1999–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Podobne relacje można zaobserwować w przypadku związku korelacyjnego współczynnika leczonych

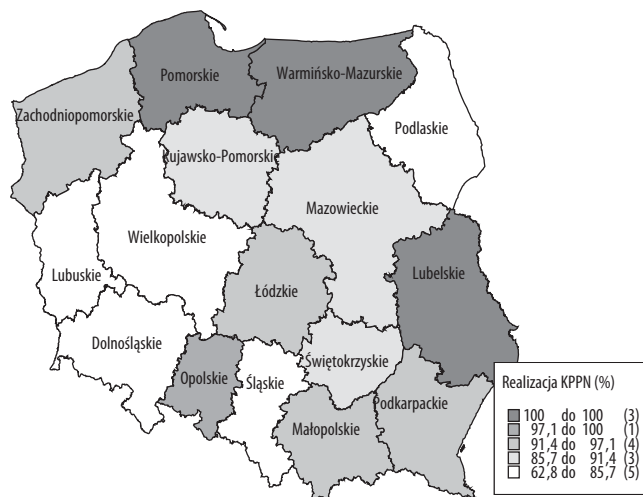
**Tabela 1. Rangi województw ze względu na wartości współczynnika leczonych ogółem w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień w latach 1999 i 2006, oraz różnice rang**

Województwo	Rangi		Różnica rang (1999–2006)
	1999	2006	
Dolnośląskie	1	1	0
Kujawsko-Pomorskie	2	7	-5
Lubelskie	9	9	0
Lubuskie	3	2	1
Łódzkie	7	11	-4
Małopolskie	13	13	0
Mazowieckie	4	3	1
Opolskie	14	8	6
Podkarpackie	8	14	-6
Podlaskie	15	16	-1
Pomorskie	10	4	6
Śląskie	6	5	1
Świętokrzyskie	16	12	4
Warmińsko-Mazurskie	5	10	-5
Wielkopolskie	12	15	-3
Zachodniopomorskie	11	6	5

Źródło: Obliczenia własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1999, 2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.



Rys. 4. Procent realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w stosunku do woj. lubelskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1999–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

ogółem (PC) i leczonych po raz pierwszy (PCI) w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w latach 1997–2006 (wykres 8).

W tym przypadku interpretacja będzie następująca: gdyby opisywany związek okazał się stabilny, można przypuszczać, że w przypadku, gdyby współczynnik leczonych ogółem wyniósł przykładowo 45, współczynnik leczonych po raz pierwszy przyjmie wartość 19,78.

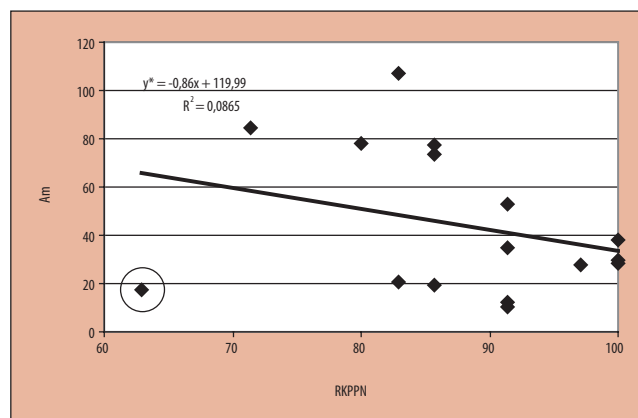
Omówione wyżej relacje świadczą nie tylko o zahamowaniu w badanym okresie tendencji wzrostowej współczynnika leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od narkotyków, lecz także o tym, że

Tabela 2. Macierz korelacji I

Zmienna	Fo	FI	Prz	KCNFZ	KKPPN	Am	NFZ	RKPPN
Fo	1							
FI	<b>0,93</b>	1						
Prz	<b>0,36</b>	0,22	1					
KCNFZ	<b>0,58</b>	<b>0,39</b>	<b>0,32</b>	1				
KKPPN	<b>0,44</b>	<b>0,35</b>	-0,16	<b>0,47</b>	1			
Am	<b>0,43</b>	<b>0,43</b>	0,11	0,07	<b>0,48</b>	1		
NFZ	<b>0,50</b>	<b>0,32</b>	<b>0,41</b>	0,96	0,19	-0,09	1	
RKPPN	<b>-0,46</b>	<b>-0,57</b>	-0,02	-0,06	-0,08	-0,29	-0,04	1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1999–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sprawozdań z realizacji KPPN w latach 2004–2007 i danych Komendy Głównej Policji.

Wykres 10. Diagram korelacyjny procentu realizacji zadań KPPN oraz kosztów leczenia ambulatoryjnego na 1 mieszkańca



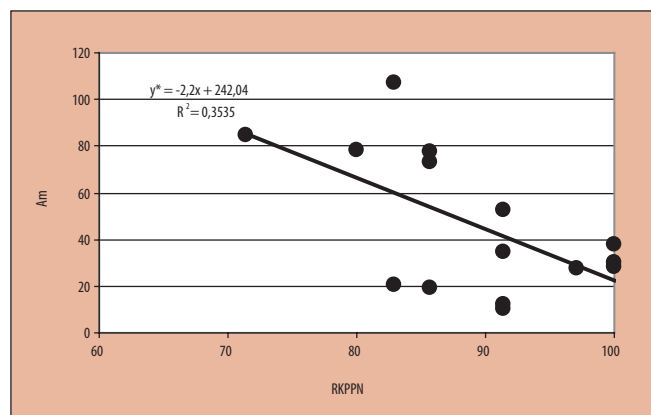
Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji KPPN w latach 2004–2007.

zjawisko to jest wyraźniejsze w przypadku współczynnika leczonych po raz pierwszy.

Zgromadzone dane statystyczne pozwalają także na dokonanie kilku porównań skutków nielegalnego zażywania narkotyków w układzie województw. Rysunki 1 i 2 przedstawiają przestrzenne zróżnicowanie współczynnika leczonych ogółem w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień w latach 1999 i 2006.

Wartości omawianego współczynnika znacznie wzrosły w ciągu branych pod uwagę ośmiu lat (najwyższa jego wartość wynosiła 85,0 w roku 1999, podczas gdy w roku 2006 – 159,4). Zmianie uległa także sytuacja niektórych województw pod względem wielkości omawianego współczynnika względem reszty kraju (tabela 1).

**Wykres 11. Diagram korelacyjny procentu realizacji zadań KPPN oraz kosztów leczenia ambulatoryjnego na 1 mieszkańca (bez woj. podlaskiego)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji KPPN w latach 2004–2007.

Można zauważyć, że najwyższe wartości omawianego współczynnika wystąpiły w obu omawianych latach w woj. dolnośląskim. W roku 2006 na drugiej pozycji znalazło się woj. lubuskie. Najniższe wartości zaobserwowano w woj. podlaskim (2006) oraz w świętokrzyskim i podlaskim (1999). Wartość współczynnika leczonych ogółem w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień najbardziej wzrosła w badanych latach w woj. opolskim i pomorskim, a najbardziej spadła w woj. podkarpackim. Relacje te mogą świadczyć o strukturze przestrzennego zróżnicowania narkomanii w Polsce, tym bardziej, że pozycja względem reszty kraju niektórych województw jest podobna ze względu na inne zjawisko, tj. przestępstwa stwierdzone w roku 2005 z ustawy o przeciwdziałaniu narko-

manii (z dnia 24.04.1997 r. i 29.07.2005 r.) na 1000 mieszkańców.

Położenie woj. dolnośląskiego wyróżnia się także ze względu na odmienny rodzaj analizy – na podstawie danych przestrzenno-czasowych (wykres 9).

Dwie zakreślone obserwacje odstające to wartości dla woj. dolnośląskiego w latach 1999 i 2000; w tych latach w woj. dolnośląskim określonym wartościom współczynnika leczonych ogółem towarzyszył relatywnie znacznie wyższy niż w innych województwach współczynnik leczonych po raz pierwszy.

Powstaje pytanie, jak przestrzenne zróżnicowanie wybranych skutków zażywania narkotyków ma się do realizacji KPPN. Aby na nie odpowiedzieć, zbadano, czy poszczególne punkty programu były realizowane w poszczególnych województwach. Źródłem danych były w tym przypadku sprawozdania z realizacji KPPN w latach 2004–2007<sup>2)</sup>. Każdemu zrealizowanemu w danym roku i danym województwie zadaniu cząstkowemu przypisywano jeden punkt (przy braku jego realizacji – 0). Następnie policzono wartości przeciętne liczby punktów dla lat 2004–2007 oraz procent realizacji zadań KPPN w stosunku do najlepszego pod tym względem województwa (przyjęto, że w tym województwie zrealizowano 100% zadań). Wyniki prezentuje rys. 4.; trzy województwa uzyskały maksymalną liczbę punktów.

Można zauważyć, iż dwa najbardziej zagrożone (w myśl rozpatrywanych współczynników) w ostatnich z badanych lat narkomanią województwa

**Tabela 3. Macierz korelacji II (bez woj. podlaskiego)**

Zmienna	Fo	FI	Prz	KCNFZ	KKPPN	Am	NFZ	RKPPN
Fo	1							
FI	<b>0,94</b>	1						
Prz	<b>0,39</b>	0,28	1					
KCNFZ	<b>0,60</b>	<b>0,43</b>	0,28	1				
KKPPN	<b>0,46</b>	<b>0,40</b>	-0,26	<b>0,45</b>	1			
Am	<b>0,45</b>	<b>0,49</b>	0,04	0,03	<b>0,45</b>	1		
NFZ	<b>0,51</b>	<b>0,35</b>	<b>0,39</b>	<b>0,96</b>	0,17	-0,12	1	
RKPPN	<b>-0,58</b>	<b>-0,61</b>	-0,30	-0,23	-0,31	<b>-0,59</b>	-0,15	1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”, Roczniki statystyczne 1999–2006, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sprawozdań z realizacji KPPN w latach 2004–2007 i danych Komendy Głównej Policji.

(dolnośląskie i lubuskie) realizowały KPPN w niskim stopniu. Aby zbadać, czy istnieje związek pomiędzy stopniem realizacji KPPN w poszczególnych województwach a wybranymi skutkami zażywania narkotyków w tych województwach, policzono współczynniki korelacji liniowej pomiędzy następującymi zmiennymi:

Fo – współczynnik leczonych ogółem w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień (2005 r.);

FI – współczynnik leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień (2005 r.);

Prz – przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na 1000 mieszkańców (2005 r.);

KCNFZ – koszt całkowity działań skierowanych na przeciwdziałanie narkomanii na 1 mieszkańca poniesiony przez NFZ (2005 r.);

KKPPN – koszt realizacji KPPN na 1 mieszkańca (2005 r.);

Am – koszty leczenia ambulatoryjnego narkomanów na 1 mieszkańca (2005 r.);

NFZ – koszt całkowity działań skierowanych na przeciwdziałanie narkomanii poniesiony przez NFZ bez kosztu realizacji KPPN na 1 mieszkańca (2005 r.);

RKPPN – procent realizacji zadań KPPN (średnia z lat 2004–2007).

Testowano także hipotezę o istotności współczynnika korelacji liniowej (test t-Studenta). Wartości statystycznie istotne ( $\alpha=0,1$ ) wyróżniono pogrubionym drukiem. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Można spostrzec, iż statystycznie istotną, ujemną korelację ze stopniem realizacji zadań KPPN wykazują współczynniki leczonych i leczonych po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień, co oznacza, że wyższemu stopniowi realizacji zadań KPPN w danym województwie towarzyszą na ogół niższe wartości współczynników leczonych i leczonych po raz pierwszy w tym województwie. Sporządzono diagramy korelacyjne

rozważanych wyżej zmiennych oraz stopnia realizacji zadań KPPN. Wskazują one na nietypową pod badanym względem sytuację woj. podlaskiego. Przykład zaprezentowano na wykresie 10.

Zaznaczona obserwacja odstająca pochodzi z woj. podlaskiego. Wyeliminowanie tej obserwacji zmienia wyniki analizy korelacji i regresji (wykres 11., tabela 3.); wartości wielu współczynników korelacji wzrosły.

*W latach 1990–1993 współczynniki leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od narkotyków wzrastały nieznacznie, zmiana nastąpiła w roku 1993. Od tego momentu odnotowujemy szybsze tempo wzrostu wymienionych współczynników. Druga zmiana zaszła w roku 2001; począwszy od tego roku przyrosty współczynnika osób leczonych są znowu coraz mniejsze.*

Wyniki przeprowadzonych rozważań wskazują, że zjawisko narkomanii w Polsce w ostatnich latach wzrasta, lecz jego przyrosty są coraz mniejsze. Proces ten jest wyraźniej widoczny w przypadku „nowych” narkomanów. Dla ograniczenia zjawiska narkomanii w Polsce istotne znaczenie (w układzie przestrzennym) wykazuje stopień realizacji zadań KPPN – wyjątkiem są tu województwa, gdzie, w myśl rozważanych współczynników, narkomania jest w ogóle mało rozpowszechniona

(np. woj. podlaskie), nie ma więc tam być może potrzeby przeznaczania wysokich kwot na jej ograniczenie.

## Przypisy

<sup>1</sup> Współczynnik leczonych określony jest jako iloraz liczby osób leczonych przez liczbę mieszkańców pomnożony przez 100 000.

<sup>2</sup> Dla roku 2007 projekt sprawozdania.

## Bibliografia

- Rocznik Demograficzny GUS, 2005 i 2006 r.  
 Sprawozdania z realizacji KPPN w latach 2004–2007.  
 Stan Problemu Narkotykowego w Europie, 2006 r., EMCDDA.  
 „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Roczniki statystyczne z lat 1999–2006”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

*Wystąpienie wraz z procesem starzenia się dolegliwości zdrowotnych oraz problemów psychologicznych i społecznych może skłaniać osoby starsze do sięgania po substancje psychoaktywne. Do takich ryzykownych czynników należą np. utrata bliskiej osoby, izolacja społeczna, brak wsparcia społecznego czy trudności finansowe, samotność, niepokój, zaburzenia poznawcze, brak mobilności lub ogólnie zły stan zdrowia.*

## UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ OSOBY STARSZE

Marta Struzik

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) podjęło w 2008 roku temat używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze. Wstępna charakterystyka tego zjawiska została przedstawiona w biuletynie EMCDDA „Cel – narkotyki” (nr 18/2008). Niestety, obecny stan wiedzy nie pozwala na dokładne oszacowanie skali problemu używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, ponieważ ograniczona jest na ten temat liczba danych, statystyk czy wyników badań. W opracowaniu EMCDDA skupiono uwagę na populacji osób starszych używających substancji, która została zdefiniowana następująco (Gossop, 2008):

- osoby wcześniej rozpoczynające używanie („osoby, które przeżyły”, zwykle o długiej historii używania, która jest kontynuowana w wieku starszym),
- osoby późno rozpoczynające używanie („osoby od-reagowujące”, używające substancji pod wpływem stresującego wydarzenia życiowego, np. przejście na emeryturę, rozpad małżeństwa, izolacja społeczna czy utrata bliskiej osoby).

Pomimo tego, że rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych wśród osób starszych jest niższe niż w populacji osób młodych, to jednak problem ten może stać się coraz bardziej powszechny. Populacja użytkowników narkotyków starzeje się i rośnie też liczba starszych pacjentów objętych leczeniem, np. dzięki programom leczenia substytucyjnego. Odnotowuje się także poważny problem dotyczący używania przez osoby starsze leków zarówno z przepisu lekarza, jak i wydawanych bez recepty. Zróżnicowane są uwarunkowania tego zjawiska, ponieważ problemowe używanie leków może być i zamierzone, i niezamie-

rzne. Ponadto z dostępnych danych wynika, że osoby starsze są dość znacznie zagrożone wystąpieniem problemów alkoholowych. Tym bardziej używanie alkoholu w połączeniu z używaniem innych substancji zwiększa ryzyko wystąpienia problemów społecznych, psychologicznych oraz zdrowotnych. Jednocześnie sam proces starzenia może powodować wymienione problemy, które mogą się nasilać wskutek niewłaściwego używania różnych substancji.

Powyższe zjawiska są szczególnie istotne w obliczu obserwowanej tendencji, jaką jest starzenie się społeczeństwa europejskiego. „W XX wieku liczba Europejczyków w wieku powyżej 65. roku życia wzrosła trzykrotnie, a średnia długość życia zwiększyła się ponad dwukrotnie” (Gossop, 2008). Według szacunków, „w okresie 2001–2020 nastąpi ponad dwukrotny wzrost liczby osób starszych mających problemy z zażywaniem substancji lub wymagających leczenia z powodu zaburzeń związanych z ich używaniem” (Gossop, 2008). „Przewiduje się, że do roku 2050 liczba osób w wieku powyżej 65. roku życia wzrośnie o 70%, a osób powyżej 80. roku życia — o 170%” ([http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/elderly/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_pl.htm)). Sytuacja ta wymaga dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

### Definiowanie pojęcia „osoby starsze”

Pojęcie „osoby starsze” odnoszone jest do różnych kategorii wiekowych w poszczególnych opracowaniach lub projektach badawczych. EMCDDA w swoim opracowaniu, opisując dane dotyczące osób starszych, m.in. analizuje sytuację osób w wieku powyżej

65 lat. Podejście naukowców ze Stanów Zjednoczonych (Gfroerer, Penne, Pemberton, Folsom, 2003) opiera się na definicji tzw. starszych dorosłych, czyli osób powyżej 50. roku życia. Inna amerykańska analiza (Satre, Mertens, Arean, Weisner, 2004) wprowadza następujące kategorie pojęciowe: starsi dorośli (55-77 lat), osoby w średnim wieku (40-54 lata) oraz młodszy dorośli (18-39 lat). Badania holenderskie przyjmują podobne kryteria określenia grupy starszych dorosłych, definiując w tej kategorii osoby powyżej 55. roku życia (Dutch National Alcohol and Drugs Information System LADIS [http://www.sivz.nl/content/\\_files/bulletin\\_alcohol\\_english.pdf](http://www.sivz.nl/content/_files/bulletin_alcohol_english.pdf)). Amerykańskie badania dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez starszych dorosłych określają tę grupę jako kategorię wiekową powyżej 50. roku życia, jednocześnie młodszy dorośli to osoby w wieku 18-49 lat (National Survey on Drugs Use and Health <http://www.oas.samhsa.gov/2k5/olderadults/olderadults.htm>). Wiek „młodzieży” także definiowany jest odmiennie w różnych organizacjach i krajach. Często jednak młodzież określana jest przez kategorię wiekową od 18. roku życia do wieku z przedziału 25-30 lat. Stąd też można przyjąć, że osoby dorosłe to te powyżej 30. roku życia. Podsumowując, warto zauważyć, że jednym z kryteriów przyjmowania różnych kategorii wiekowych i związanych z tym grup pojęciowych jest metodologia prowadzonych badań i analiz oraz doboru grupy badawczej.

## Używanie substancji psychoaktywnych przez osoby starsze

Rozpatrując problem używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, EMCDDA poddał analizie zjawisko używania leków, narkotyków nielegalnych oraz alkoholu.

Leki, zarówno przepisywane przez lekarza, jak też wydawane bez recepty, to substancje, które osoby starsze zażywają dość często i regularnie. Z danych wynika, że osoby powyżej 65. roku życia zażywają

około jednej trzeciej wszystkich leków na receptę, często zawierających benzodiazepiny lub opiatowe środki przeciwbólowe (Gossop, 2008). Prawdopodobieństwo otrzymania recepty na leki psychoaktywne i niewłaściwego zażywania tych leków jest większe w grupie starszych kobiet niż mężczyzn (Gossop, 2008). Zauważa się jednak, że problemowe

*Leki, zarówno przepisywane przez lekarza, jak też wydawane bez recepty, to substancje, które osoby starsze zażywają dość często i regularnie. Z danych wynika, że osoby powyżej 65. roku życia zażywają około jednej trzeciej wszystkich leków na receptę, często zawierających benzodiazepiny lub opiatowe środki przeciwbólowe.*

używanie substancji przez osoby starsze może być spowodowane sposobem leczenia, w którym podczas stosowania różnych leków, wchodzących ze sobą w liczne reakcje, nie prowadzi się regularnego monitorowania okoliczności, które mogą powodować niewłaściwe używanie leków lub uzależnienie. Ważne są dodatkowo okoliczności i powody nadużywania leków, które mogą być świadome lub

niezamierzone. Problem niewłaściwego używania leków może bowiem rozpocząć się od pojedynczych przypadków niewłaściwego ich zażycia lub nieodpowiedniego stosowania, np. pożyczanie leku od innej osoby, a następnie przejście w stan okresowego używania aż do stałego nadużywania. Towarzyszyć może temu wystąpienie tolerancji na lek i uzależnienie fizyczne. Świadome niewłaściwe zażywanie leków przez osoby starsze charakteryzuje się natomiast zamierzonym zażywaniem dawek wyższych niż zalecane przez dłuższy okres, gromadzeniem leków oraz przyjmowaniem ich w połączeniu z alkoholem.

Kolejny ważny obszar stanowi używanie przez osoby starsze narkotyków nielegalnych. Szacunkowe dane amerykańskie wskazują, że w latach 2001–2020 nawet o 300% może wzrosnąć liczba osób powyżej 50. roku życia, które będą wymagały leczenia z powodu problemu z używaniem nielegalnych narkotyków (Gossop, 2008). Nie ustalono do tej pory jednoznacznych czynników warunkujących używanie narkotyków przez osoby starsze, jednakże wskazuje się na duże znaczenie wcześniejszego używania narkotyków lub uzależnienia. Innym aspektem zjawiska jest starzenie się regularnych użytkowników narkotyków. U coraz starszych osób zmienia się metabolizm oraz maleje sprawność funkcji neurokognitywnych, co w połączeniu

czeniu z używaniem narkotyków może powodować bardziej dotkliwe skutki. Grupami podwyższonego ryzyka są też osoby starsze, które doświadczają różnych problemów zdrowotnych i jednocześnie intensywnie piją alkohol. W Europie 27% osób powyżej 55. roku życia podaje, że pije alkohol codziennie (Gossop, 2008). Spożywanie alkoholu w połączeniu z przyjmowaniem leków może wywoływać problemy społeczne i zdrowotne.

Sytuację rozpatrywać można jeszcze z innej strony, a mianowicie poddając analizie sam proces starzenia się i związane z nim problemy zdrowotne, psychologiczne i społeczne. Wystąpienie wraz z procesem starzenia się dolegliwości oraz trudnych sytuacji w powyższych obszarach może skłaniać osoby starsze do sięgania po substancje psychoaktywne. Do takich ryzykownych czynników należą np. utrata bliskiej osoby, izolacja społeczna, brak wsparcia społecznego czy trudności finansowe, samotność, niepokój, zaburzenia poznawcze, brak mobilności lub ogólnie zły stan zdrowia. Istotne znaczenie ma pojawienie się wraz z procesem starzenia się bolesnych stanów chorobowych. Wiąże się to również z problemem używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze cierpiące na poważne i nieuleczalne choroby.

### Wdrażanie skutecznej oferty pomocy

Istnieje potrzeba poddania populacji osób starszych używających różnych substancji psychoaktywnych bardziej szczegółowym badaniom. Możliwym do wykorzystania punktem obserwacji są miejsca kontaktu osób starszych z pracownikami podstawowej opieki zdrowotnej oraz innymi służbami medycznymi. Zauważa się jednak potrzebę polepszenia diagnozowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych występujących wśród osób starszych i związanego z tym przeszkolenia lekarzy w zakresie rozpoznawania objawów związanych z nadużywaniem substancji przez tę grupę pacjentów. Istotne jest dostosowanie kryteriów diagnostycznych do wymagań, jakie wyznaczają potrzeby i problemy osób starszych. Prowadzenie badań w populacji osób starszych napo-

tyka jednak na problem współwystępowania różnych stanów chorobowych lub oporu osób starszych przed przyznaniem się do swoich problemów z obawy przed napiętnowaniem. Proponuje się wdrażanie metod badania przesiewowego, np. monitorowanie powtarzających się recept lub przypadków przepisywania wielu leków (Gossop, 2008).

Wdrożenie skutecznych i wczesnych działań interwencyjnych może przyczynić się do zmniejszenia ogólnych wydatków, jakie związane są z zapewnieniem usług leczniczych osobom starszym używającym różnych substancji. Oferta pomocy powinna dotyczyć zarówno leczenia podstawowego, jak też specjalistycznego, w razie wystąpienia poważnych problemów zdrowotnych. Istnieje zatem potrzeba stworzenia systemu sprawnej i dostosowanej do potrzeb pacjentów pomocy zapewniającej jednocześnie poszanowanie ich praw i godności.

### Obraz zjawiska w Polsce

Źródłem danych dotyczących problemu używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze mogą być statystyki gromadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach systemu sprawozdawczego z lecznictwa stacjonarnego. Dane statystyczne z lecznictwa stacjonarnego obejmują pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Sokołowska, 2008). System sprawozdawczy z lecznictwa stacjonarnego obejmuje

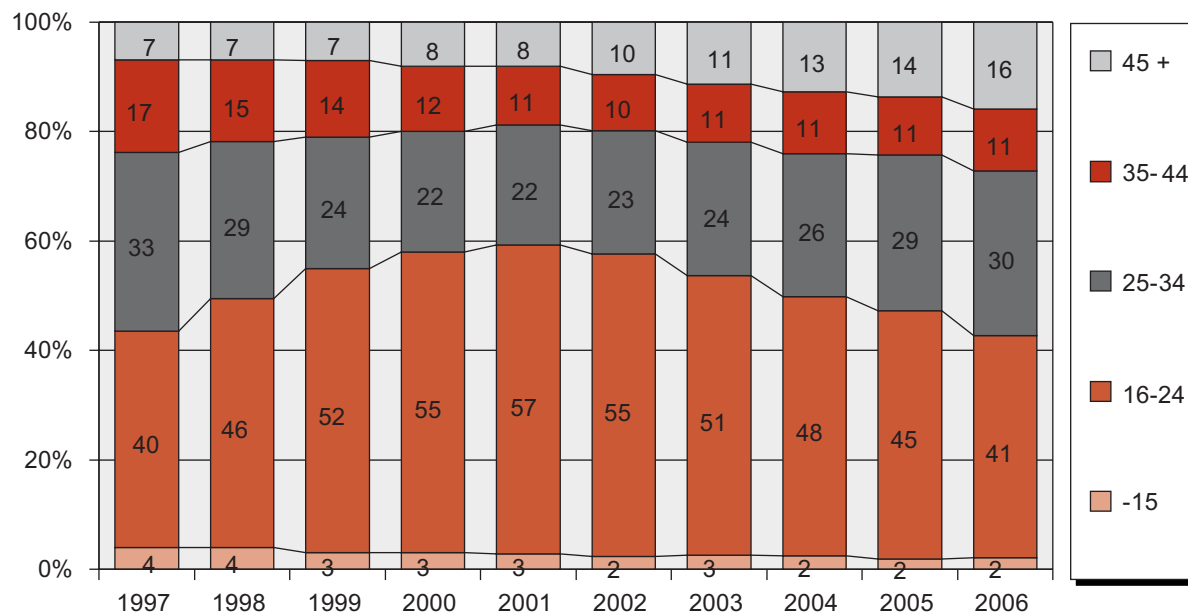
wszystkie zakłady psychiatryczne, włącznie z zakładami opieki dziennej i hostelami. Najbardziej aktualne dane dotyczą 2006 roku (Sokołowska, 2008).

Dane dotyczące osób przyjętych do lecznictwa stacjonarnego z powodu zabu-

rzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wskazują, że na przestrzeni ubiegłych lat wśród osób, które zgłosiły się do leczenia, większość stanowili mężczyźni. Zgodnie z najnowszymi danymi z 2006 roku, do leczenia przyjęto ogółem 13 198 osób, w tym 10 030 (76%) mężczyzn oraz 3168 (24%) kobiet.

*Największy wzrost liczby przyjęć do lecznictwa odnotowuje się w najstarszej grupie wiekowej, powyżej 45. roku życia (dwukrotny wzrost, z 8 do 16% na przestrzeni lat 2000–2006).*

**Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997–2006 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg wieku (odsetki pacjentów)**



Źródło: Sierosławski, 2008.

Analizując strukturę wieku tych osób, okazuje się, że w 2006 roku najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 16-24 lata (40,7%), następnie osoby w wieku 25-34 lata (30,1%), powyżej 45. roku życia (15,9%), 35-44 lata (11,3%), natomiast najmniej było osób poniżej 15. roku życia (2%). Należy jednak zauważyć, że na przestrzeni lat 2001–2006 obserwuje się stały spadek liczby przyjęć osób w wieku 16-24 lata, natomiast wzrost liczby osób w wieku 25-34 lata oraz osób powyżej 45. roku życia. Największy wzrost liczby przyjęć do leczenia odnotowuje się w najstarszej grupie wiekowej, powyżej 45. roku życia (dwukrotny wzrost, z 8 do 16% na przestrzeni lat 2000–2006).

Analizując dane z leczenia stacjonarnego, można uzyskać informacje na temat rodzajów środków psychoaktywnych używanych przez osoby w poszczególnych przedziałach wiekowych, które zostały przyjęte do leczenia.

Osoby powyżej 45. roku życia w większości zostały zdiagnozowane w kategorii „mieszane i inne” (48,3%), przy czym następną liczną grupę stanowiły osoby używające głównie leków uspokajających i nasennych (43,1%). Kolejne używane substancje to opiaty (7,3%), inne stymulanty (0,6%) oraz halucynogeny (0,2%) i substancje wziewne (0,2%). Kokaina i konopie używane były odpowiednio przez 0,1% osób powyżej 45. roku życia. Warto zauważyć, że w grupie wiekowej powyżej

45. roku życia leki uspokajające i nasenne uzyskały najwyższe odsetki spośród wszystkich przedziałów wiekowych.

Przyglądając się zjawisku używania leków przez osoby starsze, można odwołać się do dostępnych wyników badań. Badanie Janusza Sierosławskiego pn. „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania” przeprowadzone w 2006 roku wśród populacji generalnej, dostarcza m.in. wyników dotyczących rozpowszechnienia używania leków uspokajających i nasennych, w tym też przez osoby starsze.

Okazjonalne używanie leków bez zaleceń lekarza jest najbardziej rozpowszechnione wśród osób w grupie wiekowej 45-54 lata, przy czym w najstarszej grupie odsetek ten jest niewiele niższy.

## Podsumowanie

Zjawisko problemowego używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze zostało wskazane jako jeden z istotnych obszarów wymagających szerszego poznania i zbadania. Obserwacji powinny zostać poddane problemy społeczne, psychologiczne i zdrowotne związane z nadużywaniem substancji przez tę grupę populacyjną. Istotne jest przygotowanie i stopniowe wdrażanie skutecznej oferty pomocy dla pacjentów w tej grupie wiekowej. Szczególnie potrzebne jest

**Tabela 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2006 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD 10: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)**

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	2,6	11,2	0,7	-	8,2	0,7	7,8	68,8
16-19	5,0	8,3	0,4	0,2	11,5	0,9	1,4	72,4
20-24	21,2	3,5	0,6	0,3	13,8	0,3	1,1	59,2
25-29	27,6	1,7	2,1	0,3	8,4	0,3	1,8	57,8
30-34	20,4	1,3	6,9	0,2	5,3	0,6	1,9	63,5
35-39	15,1	0,1	13,8	0,7	2,0	0,1	1,3	66,8
40-44	11,0	0,8	22,2	0,1	0,4	-	0,3	65,2
45+	7,3	0,1	43,1	0,1	0,6	0,2	0,2	48,3

Źródło: Sierosławski, 2008.

**Tabela 2. Używanie leków uspokajających lub nasennych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg wieku badanych**

	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata
Z zalecenia lekarza	1,9	3,2	4,5	14,8	17,6
Bez zalecenia lekarza	1,9	2,1	0,8	3,8	3,3

Źródło: Sierosławski, 2006.

zdefiniowanie kryteriów wczesnego rozpoznawania problemów występujących wśród osób starszych używających substancji psychoaktywnych. Ważne jest zatem poznanie ich potrzeb, a także ustalenie kryteriów diagnozowania przypadków nadużywania różnych substancji psychoaktywnych i uzależnienia. Projektowanie skutecznych działań i interwencji musi opierać się na poznaniu dolegliwości zdrowotnych, problemów psychologicznych i trudności społecznych, które dotyczą osób starszych używających substancji. W związku ze znacznymi ograniczeniami wiedzy dotyczącej charakterystyki tej grupy pacjentów, należy zwrócić uwagę na prowadzenie systemu monitorowania zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, dostosowania oferty leczniczej do ich potrzeb i planowania skutecznych form pomocy.

## Bibliografia

Gfroerer J., Penne M., Pemberton M., Folsom R. (2003), „Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort”, [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6T63-4804NBR-2&\\_user=10&\\_coverDate=03%2F01%2F2003&\\_rdoc=4&\\_fmt=high&\\_orig=browse&\\_srch=doc-info\(%23toc%235019%232003%23999309997%23](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T63-4804NBR-2&_user=10&_coverDate=03%2F01%2F2003&_rdoc=4&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info(%23toc%235019%232003%23999309997%23)

392972%23FLA%23display%23Volume)&\_cdi=5019&\_sort=d&\_docanchor=&\_ct=13&\_acct=C000050221&\_version=1&\_urlVersion=0&\_userid=10&md5=54895b85f5c00ec2a951510d40db4717 [10.12.2008].

Gossop M., „Zażywanie substancji przez osoby starsze: zaniedbywany problem”, Cel – narkotyki nr 18/2008, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

Satre D., Mertens J., Arean P., Weisner C. (2004), „Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program”, <http://www.interscience.wiley.com/journal/118795672/abstract> [10.12.2008].

Sierosławski J., „Narkomania w Polsce w 2006 roku. Dane leczenia stacjonarnego. Tabele i wykresy”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.

Sierosławski J., „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Ogólnopolskie badania ankietowe zrealizowane w 2006 roku”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2006, <http://www.narkomania.gov.pl/postawy2006.zip> [10.12.2008].

Sokołowska E., „Treatment Demand Indicator” [w:] 2008 NATIONAL REPORT (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point “POLAND”. New development, trends and in-depth information on selected issues, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2008.



Według najnowszych danych używanie opiatów (w tym głównie heroiny) stanowi przyczynę leczenia około 60% wszystkich osób, które zgłosiły się do leczenia z powodu używania narkotyków w Europie. Co roku z powodu narkotyków umiera co najmniej 7-8 tys. osób (w tym około 80% z powodu opiatów), a przedawkowanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn śmierci młodych Europejczyków.

## PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE: SPRAWOZDANIE EUROPEJSKIEGO CENTRUM MONITOROWANIA NARKOTYKÓW I NARKOMANII ZA ROK 2008

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

6 listopada 2008 roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) przedstawiło w Brukseli sprawozdanie za 2008 rok dotyczące problemu narkotyków i narkomanii w Europie. Tego samego dnia raport został zaprezentowany w Polsce. Podczas konferencji prasowej w Polskiej Agencji Prasowej członkini gabinetu politycznego dyrektora EMCDDA Klaudia Palczak omówiła najważniejsze zagadnienia raportu. Sytuację Polski na tle innych państw europejskich przedstawił dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński.

W całości raport ten został zamieszczony na stronie internetowej EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/events/2008/annual-report>, a w tym artykule prezentujemy najważniejsze kwestie w nim zawarte.

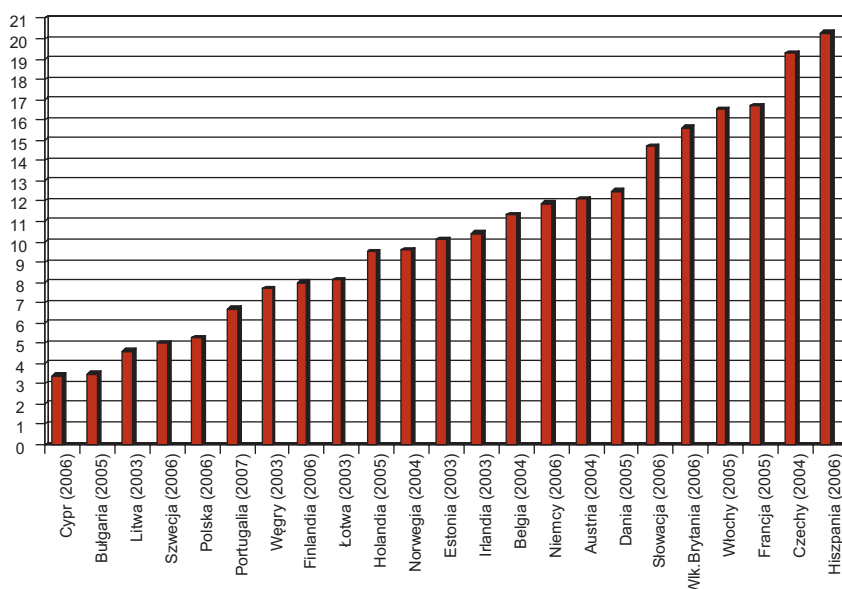
### Konopie indyjskie – najczęściej używany narkotyk

Najnowszy raport za 2008 rok donosi, że prawie jedna czwarta mieszkańców Europy, czyli około 71 mln osób (w wieku 15-64 lata), próbowała marihuany lub haszyszu. 23 mln Europejczyków (7%) używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku, co

czyni ten narkotyk najpowszechniej używaną substancją nielegalną. Według EMCDDA w niektórych krajach, gdzie rozpowszechnienie używania konopi indyjskich jest szczególnie wysokie, pojawiają się „silniejsze sygnały” spadku popularności tej substancji, co potwierdza analizę zawartą w sprawozdaniu za 2007 rok.

Szacuje się, że około 17,5 mln młodych Europejczyków (w wieku 15-34 lata) używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Dane krajowe na temat używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w tej grupie

Wykres 1. Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób w wieku 15-34 lata w krajach europejskich – odsetki badanych



Źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gpstab11>

wiekowej wykazują stabilizację lub spadek w większości krajów, które przekazały informacje. Średnio 13% młodych Europejczyków używało tego narkotyku w ciągu ostatniego roku. Do krajów o najwyższym poziomie rozpowszechnienia należą: Hiszpania, Czechy, Francja, Włochy, Wielka Brytania oraz Słowacja (wykres 1.). Z wykresu 1. wynika, że Polska (5,3%) znajduje się poniżej średniej europejskiej.

Niepokojącą sytuacją dotyczącą konopi indyjskich jest wzrost krajowych produkcji tej substancji. Haszysz, głównie pochodzący z Maroka, jest najpopularniejszą formą konopi, która dominuje w wielu krajach UE (szczególnie Europy Zachodniej). Jednak krajowa produkcja marihuany wzrastała w Europie od początku do połowy lat 90., a według obecnych doniesień w niektórych krajach bardziej popularne staje się palenie marihuany niż haszyszu. W 2006 roku w Europie zabezpieczono około 2,3 mln roślin konopi indyjskich.

## Opiaty

Według najnowszych informacji liczba problemowych użytkowników opiatów w UE i Norwegii szacowana jest w przedziale pomiędzy 1,3 a 1,7 mln. Heroina jest odpowiedzialna za największe koszty społeczne i zdrowotne związane z narkotykami w Europie. Najnowsze dane kwestionują wcześniejsze oceny dotyczące powoli polepszającej się sytuacji związanej z heroiną. Można mówić raczej o stabilizacji, ale nie o zmniejszaniu się problemu. Ponadto rekordowa produkcja opium w Afganistanie w 2007 roku spowodowała zaniepokojenie EMCDDA co do potencjalnego efektu domina w przypadku problemu uzależnienia od heroiny w Europie. Dyrektor EMCDDA Wolfgang Götz stwierdził: *Istniejące dowody nie wskazują na gwałtowny wzrost używania heroiny, jak to obserwowano w większości krajów Europy w latach 90. Nie możemy jednak lekceważyć zagrożenia wynikającego z zalewu heroiny dostępnej obecnie na rynkach światowych, zaniepokojenia wywołanego wskaźnikami używania heroiny lub sygnałami ostrzegawczymi dotyczącymi rosnącego problemu opiatów syntetycznych. Musimy zachować czujność. Ale by Europa była gotowa na szybkie reagowanie, należy koniecznie poprawić czułość naszych systemów informacyjnych na zmiany dostępności i używania tych najbardziej szkodliwych substancji.* Według najnowszych danych używanie

opiatów (w tym głównie heroiny) stanowi przyczynę leczenia około 60% wszystkich osób, które zgłosiły się do leczenia z powodu używania narkotyków w Europie. Z powodu narkotyków umiera co najmniej 7-8 tys. osób rocznie (w tym około 80% z powodu opiatów), a przedawkowanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn śmierci młodych Europejczyków. Każdego roku w Europie odnotowuje się około 3 tys. nowych przypadków zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków, a kraje zgłaszają, że zazwyczaj ponad 40% osób używających narkotyków w iniekcjach jest zarażonych wirusem zapalenia wątroby typu C. Szczególne zaniepokojenie wywołały badania przeprowadzone w niektórych krajach, które sugerują, że nadal zdarzają się nowe przypadki iniekcyjnego używania opiatów. W Estonii, na Litwie, w Austrii i Rumunii ponad 40% iniekcyjnych użytkowników narkotyków miało poniżej 25 lat. Warto podkreślić, że we wszystkich państwach członkowskich UE oraz w Chorwacji i Norwegii dostępne jest obecnie leczenie substytucyjne, z którego rocznie korzysta około 600 tys. użytkowników opiatów. W latach 2003–2006 liczba konfiskat heroiny wzrosła o ponad 10%. Ogółem szacuje się, że w Europie w 2006 roku konfiskaty heroiny wyniosły 19,4 ton (48 200 konfiskat).

W tegorocznym sprawozdaniu jest znacznie więcej informacji dotyczących problemów z opiatami syntetycznymi. Na przykład na Łotwie i w Estonii odnotowuje się wzrastający problem wywołany dostępnością 3-metylofentanylu (fentanylu). Dowodem jest ponad 70 śmiertelnych zatruc tą substancją zarejestrowanych w Estonii w 2006 roku.

## Zróznicowany obraz w przypadku stymulantów

Stymulanty (amfetamina, ecstazy i kokaina) to obecnie drugi po konopiach indyjskich najpowszechniej używany rodzaj narkotyków w Europie. Jednak dane pokazują, że w ramach tej grupy substancji istnieje zróżnicowany obraz pod względem rozpowszechnienia, trendów i zmian na rynku. Według najnowszych danych około 12 mln Europejczyków (w wieku 15-64 lata) próbowało kokainy, około 11 mln amfetaminy, a po ecstazy sięgnęło 9,5 mln. Należy zauważyć, że odnotowujemy stabilizację lub nawet trend spadkowy w używaniu amfetaminy i ecstazy, jednak wzrasta

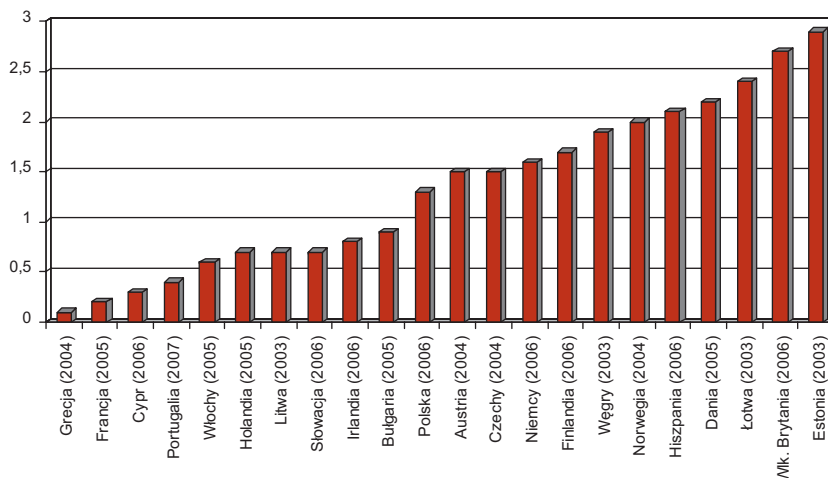
używanie kokainy, ale w niewielkiej liczbie państw. Analizując używanie stymulantów w Europie, widać, że kokaina dominuje obecnie na rynku nielegalnych środków pobudzających w Europie Zachodniej i Południowej. W innych częściach kontynentu jej używanie jest na relatywnie niskim poziomie. W północnej, środkowej oraz wschodniej części Europy, przede wszystkim w krajach, które przystąpiły do UE po 2004 roku, częściej używanym stymulantem jest amfetamina. W przypadku dwóch państw – Czech i Słowacji – głównym stymulantem na scenie narkotykowej jest metaamfetamina.

Według badań prowadzonych wśród populacji generalnej, w ciągu ostatniego roku około 2 mln młodych Europejczyków (w wieku 15-34 lata) próbowało amfetaminy, a około 2,5 mln ecstasy. Wskaźnik używania amfetaminy w ciągu ostatniego roku utrzymuje się na stałym poziomie lub spada, co obserwuje się od 2003 roku. Średnio 1,3% młodych dorosłych używało amfetaminy w ciągu ostatniego roku, a 1,8% sięgnęło po ecstasy. Używanie tej drugiej substancji również utrzymało się na stałym poziomie w skali ostatnich pięciu lat. Przyglądając się sytuacji dotyczącej kokainy,

odnotowujemy, że około 3,5 mln młodych Europejczyków (w wieku 15-34 lata) używało kokainy w ciągu ostatniego roku, a około 1,5 mln w ciągu ostatniego miesiąca. W państwach, w których kokaina jest dominującym stymulantem, takich jak: Dania, Hiszpania, Irlandia, Włochy i Wielka Brytania, ostatnie dostępne badania na temat rozpowszechnienia tej substancji wśród młodych mówią o 3-5,5% biorących.

Nadal utrzymuje się trend wzrostowy zgłaszalności do leczenia z powodu problemów z kokainą. W latach 2002–2006 liczba nowych klientów podejmujących takie leczenie wzrosła w Europie z około 13 tys. do prawie 30 tys. W 2006 roku odnotowano

**Wykres 2. Używanie amfetaminy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób w wieku 15-34 lata w krajach europejskich – odsetki badanych**

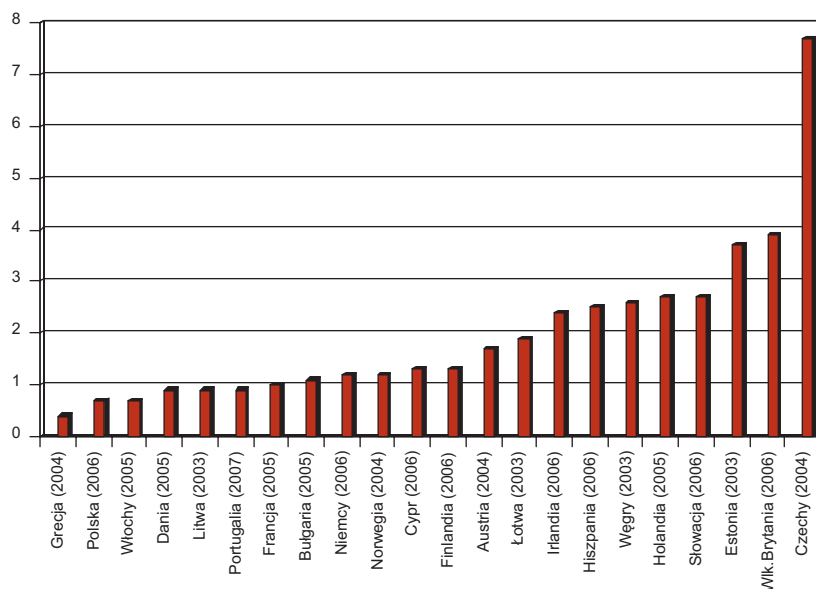


Źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gpstab11>

około 500 śmiertelnych przedawkowań związanych z używaniem kokainy.

Na wykresie 2. zostały przedstawione wyniki ostatnich dostępnych badań wśród osób w wieku 15-34 lata dotyczące używania amfetaminy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w krajach europejskich. Najwyższe odsetki, na poziomie 2% i więcej, odnotowano w Estonii, Wielkiej Brytanii, Łotwie, Danii, Hiszpanii oraz Norwegii. Oprócz krajów skandynawskich, gdzie dominującym stymulantem jest amfetamina, mamy również dwa kraje: Wielką Brytanię oraz Hiszpanię, w których bardziej rozpowszechnione jest używanie kokainy

**Wykres 3. Używanie ecstasy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób w wieku 15-34 lata w krajach europejskich – odsetki badanych**



Źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gpstab11>

niż amfetaminy. Jednakże te dwa państwa należą do krajów charakteryzujących się dużym natężeniem zjawiska narkomanii, więc nawet odsetki używających mniej popularnego od kokainy stymulanta są relatywnie wysokie.

W przypadku młodych dorosłych (15-34 lata) używających ecstasy w ciągu ostatnich 12 miesięcy europejskim liderem są Czechy. Na drugim miejscu jest Wielka Brytania, a następnie Estonia. Pozostałe kraje mają wskaźniki na poziomie poniżej 3% w omawianej grupie wiekowej. Jak widać, Polska jest pod tym względem na jednym z ostatnich miejsc w Europie.

## Przemyt kokainy – nowe szlaki: Afryka i Europa Wschodnia

Prawie jedna czwarta kokainy przemyconej w 2007 roku do Europy została przewieziona tranzytem przez Afrykę Zachodnią. W ostatnich latach stała się ona głównym węzłem handlu tą substancją.

Duży wzrost przemytu szlakiem zachodnioafrykańskim uważa się za przyczynę wzrostu dostępności i spadku ceny kokainy w Europie oraz wzmocnienia roli Półwyspu Iberyjskiego jako głównego miejsca wprowadzania kokainy do UE. Według najnowszych danych na 121 ton kokainy skonfiskowanej w Europie w 2006 roku, 28% przechwycono w Portugalii, a 41% w Hiszpanii. Dla porównania, w 2005 roku odsetki te wyniosły odpowiednio 17% i 46%. W 2006 roku dokonano 72 700 zabezpieczeń tej substancji w Europie, z czego ponad połowę w Hiszpanii (58%) i 2% w Portugalii. Ostatnie informacje dotyczące przewozu kokainy przez kraje wschodnioeuropejskie (Bułgaria, Estonia, Łotwa, Litwa, Rumunia i Rosja) mogą zwiastować rozwój nowych szlaków przemytu.

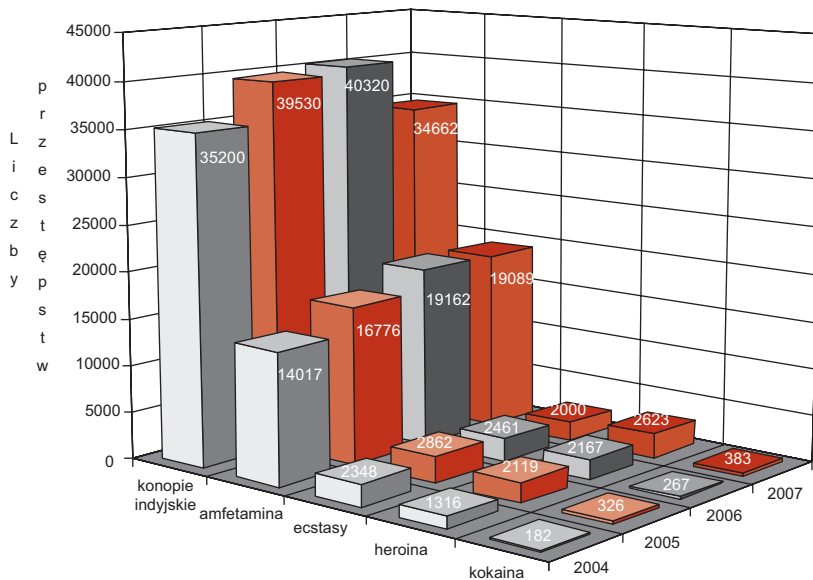
## Sytuacja w Polsce w obszarze redukcji podaży

Przyjrzyjmy się liczbie przestępstw odnotowanych w Polsce w podziale na następujące substancje: konopie indyj-

skie, amfetamina, kokaina oraz heroina. Na wykresie 4. przedstawione zostały wybrane przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dotyczące posiadania (art. 62), udzielania, nakłaniania do użycia (art. 58 i 59) oraz handlu i przemytu narkotyków (art. 55, 56, 57). W 2007 roku odnotowaliśmy spadek liczby przestępstw w przypadku konopi indyjskich, amfetaminy i ecstasy. Należy podkreślić, że w ubiegłym roku spadła liczba wszystkich przestępstw przeciwko ustawie z 70 202 w 2006 roku do 63 007 w 2007 roku.

Analizując strukturę przestępstw według substancji, widzimy, że najczęściej ujawniono ich w związku z marihuaną i haszyszem (34 662). Jednakże ich liczba w 2007 roku spadła poniżej poziomu z 2005 roku. Na drugim miejscu znalazły się czyny karalne dotyczące amfetaminy, których liczba również spadła w 2007 roku do 19 089. Ale dane w przypadku heroiny i kokainy wskazują na wzrost. Liczba przestępstw z powodu heroiny wzrosła o 21%, a w przypadku kokainy aż o 43%. Policja odnotowała również wzrost ilości skonfiskowanej heroiny i kokainy w 2007 roku. Polska sytuacja wpisuje się zatem w ogólnoeuropejski trend wzrostu liczby ujawnień i ilości skonfiskowanej heroiny i kokainy.

Wykres 4. Liczba przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku (posiadanie, handel, przemyt, udzielanie, nakłanianie i ułatwianie – art. 55-59 oraz 62 ustawy z 2005 roku) według substancji – dane policji



Źródło: Dane Komendy Głównej Policji opracowane przez CINN.

## Nowe substancje psychoaktywne w sklepach internetowych

Najnowszy raport informuje, że ponad 200 substancji psychoaktywnych jest reklamowanych w Europie przez sklepy internetowe. Wiele z nich jest celowo reklamowanych jako „legalne dopalacze”, jednakże w niektórych krajach podlegają one tym samym przepisom co kontrolowane narkotyki i może to pociągać za sobą odpowiedzialność karną. Większość zidentyfikowanych sklepów ma siedziby w Wielkiej Brytanii i w Holandii oraz, w mniejszym stopniu, w Niemczech i Austrii. Sprawozdania sugerują, że liczba internetowych sprzedawców detalicznych tych produktów wzrasta i że szybko adaptują się oni do nowych prób kontroli rynku. Do najbardziej rozpowszechnionych substancji sprzedawanych jako „legalne dopalacze” należą: szaflwia wieszcza (*Salvia divinorum*), kratom (*Mitragyna speciosa*), powój hawajski (*Argyreia*

*nervosa*), grzyby halucynogenne oraz różnorodne „tabletki imprezowe” („party pills”), sprzedawane jako alternatywa dla ekstazy (MDMA). Często główny składnik syntetycznych „tabletek imprezowych” jest reklamowany jako benzyl piperazyny (BZP), powyższe tabletki mogą zawierać różnorodny materiał roślinny, substancje półsyntetyczne i syntetyczne. Na podstawie oceny ryzyka BZP przeprowadzonej przez EMCDDA w marcu 2008 roku, rada przyjęła decyzję, która daje krajom rok na objęcie tej substancji kontrolą prawną. Niektóre państwa wprowadziły także kontrolę szaflwii wieszczej (*Salvia divinorum*) lub jej składnika aktywnego – *Salvinorine A*.

### Bibliografia

Statistical Bulletin, table GPS11, EMCDDA 2008, <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gpstab11>.  
„Stan problemu narkotykowego w Europie – sprawozdanie roczne”, EMCDDA, Lizbona 2008.

*Dane zebrane wśród warszawskich uczniów wskazują, że nastolatki najczęściej używają leków przeciwbólowych, które są dostępne w sklepach, kioskach i aptekach. Stosowanie leków uspokajających, nasennych oraz przeciwdziałających przygnębieniu i złemu nastrojowi (również dostępnych bez recepty) nie jest tak powszechne, ale jest to zjawisko, którego nie można lekceważyć. Młodzi ludzie sięgają po te leki, ponieważ nie radzą sobie z licznymi trudnościami i problemami wieku dorastania.*

# DOŚWIADCZENIA I OPINIE MŁODZIEŻY O LEKACH DOSTĘPNYCH BEZ RECEPTY

Agnieszka Pisarska  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

Stosowanie leków dostępnych bez recepty jest powszechne i akceptowane jako metoda samodzielnego leczenia dolegliwości somatycznych i problemów psychicznych, takich jak bezsenność, nadmierny stres lub przygnębienie. Po farmaceutyki, które można kupić bez zalecenia lekarza, sięga też młodzież. Badania przeprowadzone w 2004 roku wśród warszawskich 15-latków pokazały, że połowa respondentów przyjmowała w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem

leki przeciwbólowe. Były to najczęściej środki, które bez trudu można kupić nie tylko w aptece, ale również w kiosku lub sklepie spożywczym. Stosowanie farmaceutyków służących poprawie stanu psychicznego okazało się nie być tak powszechne. Niemniej jednak po dostępne bez recepty środki nasenne, uspokajające czy przeciwdziałające przygnębieniu sięgało około 10% badanych 15-latków (Pisarska, Ostaszewski, 2006). Interesujące było więc sprawdzenie, jakie jest rozpowszechnienie stosowania leków dostępnych bez recepty wśród nastolatków młodszych i starszych niż

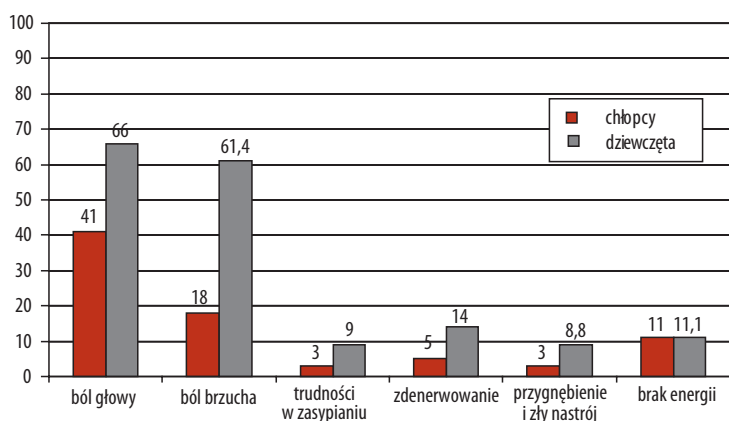
15-latkowie oraz poznanie opinii młodzieży na temat przyjmowania tych farmaceutyków.

Przedmiotem artykułu jest prezentacja wybranych wyników badań, które zostały zrealizowane w 2007 roku w Warszawie przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii<sup>1</sup>. Badaniami ankietowymi objęto 1387 (52% dziewcząt) uczniów warszawskich gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych w wieku 13-19 lat. Oprócz tego przeprowadzono wywiady z 43 dziewczętami i chłopcami, którzy wypełnili wspomnianą ankietę, a następnie wyrazili zgodę na udział w wywiadzie na temat stosowania leków dostępnych bez recepty.

## Rozpowszechnienie stosowania leków

W badaniach ankietowych młodzi ludzie pytani byli o to, jak często w ostatnim roku i miesiącu przyjmowali leki z powodu takich dolegliwości, jak: ból brzucha, ból głowy, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie, zły nastrój oraz brak energii. Byli też proszeni o podanie nazw stosowanych farmaceutyków. Okazało się, że w ostatnim miesiącu z powodu bólu głowy po leki sięgnęło 54% badanych nastolatków, zaś z powodu bólu brzucha około 40% respondentów. Lekami stosowanymi w przypadku bólu głowy były najczęściej środki zawierające paracetamol oraz farmaceutyki, w których substancją czynną jest ibuprofen. Najpowszechniej stosowanym lekiem na ból brzucha była No-spa. Z różnego rodzaju farmaceutyków „dodających” energii korzystało 11% uczniów. Najczęściej były to witaminy oraz rozmaite zestawy witamin oraz

**Wykres 1. Stosowanie leków z powodu wybranych dolegliwości przynajmniej 1-2 razy w ostatnim miesiącu przez uczniów szkół warszawskich (N=1387)**



minerałów. Uczniowie wymieniali też środki, które nie są lekami, na przykład Red Bull, czy nazwy napojów zawierających węglowodany i elektrolity używane w celu poprawy wydolności organizmu.

Leki nasenne w ostatnim miesiącu przed badaniem stosowało 6% uczniów, podobny odsetek korzystał z leków z powodu przygnębienia i złego nastroju. Środki uspokajające zażywało w ostatnim miesiącu 10% warszawskich nastolatków. Farmaceutykami najczęściej używanymi do radzenia sobie z problemami natury psychicznej były dostępne bez recepty zioła i preparaty ziołowe. Ponieważ przyjęto założenie, że przyjmowanie leków uspokajających, nasennych i poprawiających nastrój przynajmniej 1-2 razy w ostatnim miesiącu oznacza częste ich stosowanie – to za częstych użytkowników tych farmaceutyków uznano około 13% badanych warszawskich nastolatków. Różnice pomiędzy gimnazjalistami a uczniami szkół ponadgimnazjalnych w zakresie używania omawianych leków nie były znaczące. Stwierdzono natomiast, że po leki przeciwbólowe, uspokajające, nasenne i poprawiające nastrój sięgało znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. Jedynie farmaceutyki przyjmowane z powodu braku energii stosowało tyle samo dziewcząt i chłopców (wykres 1.). Warto także wspomnieć o jeszcze jednej kwestii związanej z lekami – okazało się, że 12% uczniów szkół ponadgimnazjalnych ma za sobą doświadczenia jednoczesnego picia alkoholu i używania jakichś leków.

## Doświadczenia młodzieży związane z sięganiem po leki

Jak wspomniano powyżej, zebranie bardziej szczegółowych informacji na temat stosowania leków przez młodzież było przedmiotem wywiadów z nastolatkami. Respondenci opowiadali o swoich pierwszych wspomnieniach związanych z lekami, powodach sięgania po rozmaite farmaceutyki oraz o tym, skąd biorą potrzebne im leki. Wypowiadali się także na temat zagrożeń związanych z przyjmowaniem leków bez zalecenia lekarza oraz potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej dotyczącej tej problematyki. Wybrane fragmenty tych wywiadów zostały wykorzystane w artykule jako ilustracja doświadczeń i opinii nastolatków.

Niektórzy uczestnicy wywiadów zaczęli stosować leki przeciwbólowe w wieku 6-8 lat. I tak, jednej z dziewcząt podawano te środki od 6.-7. roku życia, z powodu „...migreny strasznie silnej i częstej” (dz. 17 lat)<sup>2</sup>. Inny chłopiec relacjonował, że podawano mu Apap od 8. roku życia, ponieważ „[lek] jest bezpieczniejszy trochę i mogłem brać” (ch. 16 lat). Najliczniejszą grupę stanowiły jednak nastolatki, które zaczęły sięgać po leki z powodu bólu głowy pomiędzy 11. a 13. rokiem życia. W tym wieku zaczęły występować mniej lub bardziej dokuczliwe dolegliwości. Na przykład: „Jakbym miała ściskanie w skroniach bądź na górze czaszki. Gdy miałam jakieś 14 lat, to zaczęło przychodzić zmęczenie po szkole, gorsze samopoczucie i problemy z ciśnieniem przez papierosy” (dz. 18 lat); „Jakbym powoli wybuchał. Tak strasznie bolało” (ch. 16 lat).

Bóle głowy, na które cierpieli respondenci, mogły być wywołane czynnikami atmosferycznymi, przeziębieniem, przemęczeniem oraz stresem. Ilustruje to następujący cytat: „Ból głowy spowodowany stresem albo konfliktami z mamą. Przed klasówkami, często nawet jak się bardzo uczę, myślę sobie, że nie będzie widać tego efektu, że się uczyłam – to wtedy” (dz. 17 lat).

Stosowanie leków z powodu bólu brzucha przez dziewczęta najczęściej było związane z menstruacją. Zdarzało się przy tym, że respondentki sięgały po bardzo silne leki: „Jeszcze na samym początku to była No-spa, Apap. Ale to nic nie pomaga, więc się przerzuciłam, na początku pierwszej klasy gimnazjum, na silniejsze leki – Ketonal albo Tramal. Mój tata jest chory i bierze silne leki przeciwbólowe. One po prostu leżą w szafce. Raz mi się zdarzyło wziąć ten lek na czczo. Potem, jak siedziałam na lekcji, to miałam takie dziwne zajawki” (dz. 15 lat). Chłopcy podawali, że bóle brzucha są spowodowane nadkwaśnością lub zdenerwowaniem, na przykład: „Miałem taki okres, że musiałem brać [leki przeciwbólowe] często, bo miałem problemy z żołądkiem. Przez nerwy (...) ze szkołą były problemy po prostu” (ch. 20 lat).

Warto jednak dodać, że niektórzy młodzi ludzie starali się unikać leków, a z dolegliwościami bólowymi radzili sobie w inny sposób: „Nie biorę leków, jak mnie głowa boli, to idę spać, jak brzuch tak samo, właściwie to nie używam leków i nie lubię. Już się tyle tych leków

najadłam w życiu... Tata mi mówił, żebym lepiej poszła spać, niż brała jakieś leki” (dz. 18 lat).

Doświadczenia z środkami nasennymi, uspokajającymi i poprawiającymi nastrój miała połowa uczestników wywiadów, a pierwsze próby sięgania po te farmaceutyki przypadały pomiędzy 14. a 16. rokiem życia. Najczęściej wymienianymi powodami trudności w zasypianiu, zdenerwowania oraz przygnębienia i złego nastroju były konflikty w domu z rodzicami, w gronie koleżanek i kolegów oraz problemy w szkole i stres związany z egzaminami. Jedna z dziewcząt tak opisała przyczyny sięgnięcia po leki nasenne: „Trudności z zasypianiem to głównie z powodu problemów. Miałam problemy w szkole i w domu, jestem osobą dosyć wrażliwą i niestety przeżywam w sobie” (dz. 18 lat). Uczestniczki wywiadów relacjonowały przyczyny zdenerwowania także w następujący sposób: „Bardzo się zdenerwowałam ostatnio na obozie, ponieważ moja koleżanka wygadała coś, no i byłam bardzo wkurzona” (dz. 16 lat); „To była jakaś ostrzejsza kłótnia z mamą albo jakiś problem w szkole, albo te dwa czynniki nałożyły się na siebie” (dz. 17 lat). Z kolei jeden z chłopców stwierdził po prostu: „Burczałem na nich [ludzi w otoczeniu]. No, denerwowali mnie po prostu” (ch. 20 lat).

Niektórzy z uczestników wywiadów samodzielnie diagnozowali u siebie nerwicę lub depresję. Na przykład jedna z dziewcząt uznała, że „na tle nerwicowym” pojawiły się u niej problemy z zasypianiem: „W czwartej klasie moi rodzice się rozwiedli. W szkole nie szło mi najlepiej. I miałam też takie klucie, tutaj w sercu – to podobno tak się dzieje na tle nerwowym (...). Aż siadałam i nie mogłam oddychać” (dz. 15 lat). Inne dziewczęta tak opisały swoje dolegliwości: „To na pewno była jesień, kiedy miałam jakąś formę depresji i przez długi okres nie mogłam się otrząsnąć. Byłam przygnębiona, wstawałam i nic nie chciało mi się robić. Szłam spać i nie udawało mi się spać. Nie podejmowałam fizycznej aktywności. I wtedy zaczęłam to [leki nasenne] brać” (dz. 17 lat); „Chyba byłam ogólnie w nie najlepszym samopoczuciu. No i wzięłam kilka [tabletek, których nazwy nie pamięta], bo tak niektórzy robili. A ja byłam na takim etapie jakby trochę depresji. Sporo wzięłam, ale wtedy nie liczyłam” (dz. 16 lat).

Warto też dodać, że środkiem stosowanym przez młodzież w przypadku takich problemów, jak zdenerwowanie

czy trudności w zasypianiu bywały też leki przeciwbólowe: „Miałem problemy w szkole trochę z kolegami i tak byłem strasznie zdenerwowany, że głowa mnie bolała, wziąłem Ibuprom i wszystko przeszło. Brałem samodzielnie. (...) ból ustąpił i się uspokoiłem i już... (ch. 16 lat); „Znaczy kiedyś tam byłam zdenerwowana i bolała mnie głowa i chyba wziąłem dwa Apapy. Potem mi nie przeszło i wziąłem jeszcze jeden czy coś i już taka byłam skołowana” (dz. 16 lat).

Po leki „dodające energii” respondenci sięgali w przypadku osłabienia, zmęczenia oraz depresji: „Brak energii – to wiąże się z pozostałością po depresji, takie kompletne zmęczenie i niechęć do wszystkiego, głównie szkoły” (dz. 17 lat). Powodem stosowania tych preparatów jest też chęć poprawy wydolności fizycznej i umysłowej: „W takich sytuacjach, kiedy musiałam zarywać całą noc, żeby się uczyć i jeszcze pójść do pracy w weekend, żeby sobie jakoś dorobić” (dz. 17 lat).

## Stosowanie leków mimo braku dolegliwości

Większość uczestników wywiadów twierdziła, że nie bierze leków bez powodu. Zdarzało się jednak, że respondenci sięgali po leki z innych powodów niż konieczność uśmierzenia bólu czy niemożność porażenia sobie z bezsennością lub zdenerwowaniem. I tak, dziewczęta brały leki, które po prostu im smakowały: „Ostatnio mama mi przyniosła witaminy takie dla małych dzieci. Raczej dla smaku biorę, jak są dobre” (dz. 17 lat). W innym przypadku stosowanie leków było związane z symulowaniem choroby, a farmaceutyk służył jako rekwizyt potwierdzający istnienie dolegliwości: „Jak byłam młodsza [brałam] leki na ból gardła. Ciągle udawałam, że mnie gardło boli. To był czas, kiedy mi się do szkoły nie chciało chodzić i robiłam wszystko, żeby nie chodzić” (dz. 15 lat). Leki przeznaczone do łagodzenia kaszlu i bólu gardła bywały też stosowane w celu odchudzania się: „Wiem, że lek był na gardło, ale ja go brałam na odchudzanie. On po prostu hamował apetyt i dodawał energii” (dz. 15 lat). „Nie mam ochoty na jedzenie, więc biorę go [lek wykrztuśny] w większych ilościach – 5 do 6 tabletek. (...) i się nie myśli o jedzeniu, ale jest właśnie uczucie euforii i pobudzenie. Koleżanki już to praktykują, to jest dosyć znana i szeroka praktyka. Z tym, że niektóre już przestały, bo pojawiły się bóle

serca, aczkolwiek propaganda szczupłych kobiet jest silniejsza” (dz. 17 lat).

Respondenci opisywali również próby sięgania po leki przeciwbólowe, aby wypróbować ich odurzające działanie: „Wzięłam tak, żeby tylko zobaczyć. Nafaszerowałam się proszkami przeciwbólowymi w szkole, pomieszany. Nigdy w życiu więcej, serce to myślałam, że mi wyskoczy po prostu. I tak mi wirowało, jak siedziałam pod tą klasą” (dz. 17 lat); „Ogólnie to jest głupie, ale taka jest moda. Chciało się spróbować, skoro inni tak robią” (dz. 16 lat). W celu odurzania respondenci sięgali też po leki i alkohol: „Dowiedziałam się, że 10-15 tabletek zmieszanych z alkoholem powoduje zmiany świadomości i stwierdziłam, że spróbuję. Tak, to są takie stany jakby upojenia alkoholowego” (dz. 17 lat); „Zmieszałam wtedy leki z alkoholem. Z powodu problemów. Czułam się bezsilna, nie miałam siły z nikim rozmawiać” (dz. 18 lat). Mieszanki takie są używane przez młodzież, ponieważ: „Leki są tańsze od narkotyków. Na przykład [lek] plus alkohol działa jak heroina, moi znajomi tak biorą” (dz. 18 lat).

## Źródła leków

Dane ankietowe pokazały, że uczniowie szkół warszawskich otrzymywali leki przede wszystkim od rodziców – ale prawie tyle samo nastolatków stosowało je samodzielnie, korzystając z zapasów domowej apteczki. Wraz z wiekiem zwiększały się też odsetki młodych ludzi, którzy sami dozują sobie leki – co jest naturalną konsekwencją coraz większej samodzielności w rozmaitych sferach życia. Na przykład leki „na ból głowy” 43% gimnazjalistów otrzymywało od rodziców, a 25% brało takie środki samodzielnie z domowej apteczki. Wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych 27% dostawało takie leki od rodziców, a 37% sięgało po nie samodzielnie. Niewielu nastolatków korzystało z leków (przynajmniej tych, których dotyczyły pytania ankiety) przepisanych przez lekarza.

Uczestnicy wywiadów relacjonowali, że leki najczęściej dostają od swoich matek – znacznie rzadziej od ojców. Jeden z uczestników wywiadów tak powiedział: „Mama zawsze przychodzi i do buzi mi wtyka tę tabletkę [witaminę]. Nie wiadomo, czy to działa, czy nie” (ch. 18 lat). Inny z chłopców ujął to następująco: „Mamuśka kupuje mi Nerwomix. I jak bardzo się zdenerwuję to mi daje” (ch. 20 lat). Mamy okazały się także być dla nastolatków



najważniejszym autorytetem w kwestii leków: „Nie wiem, jak ona to robi, ale zawsze wie, co trzeba mi dać. Jakiś taki instykt ma” (ch. 16 lat); „Wiadomo utarło się, że mama zawsze da jakieś leki i zawiezie nas do lekarza. Sądzę, że się na tym zna” (dz. 16 lat).

Farmaceutykami, po które respondenci sięgali bez pytania o poradę rodziców, były najczęściej środki przeciwbólowe przyjmowane wcześniej pod kontrolą dorosłych: „Nie muszę zasięgać opinii rodziców, wcześniej oni mi powiedzieli, żebym brała te leki w razie czego” (dz. 17 lat). Zdarzało się również, że stosowali leki z własnej inicjatywy, nie pytając nikogo o opinię: „Sama zaczęłam to brać. Próbowałam, metoda prób i błędów. Patrzyłam, co lepiej na mnie działa” (dz. 17 lat). Uczestnicy wywiadów brali także samodzielnie z domowej apteczki lub kupowali w aptece leki uspokajające i nasenne: „Zdarzyło mi się kupić uspokajające parę razy. I czasem jakieś inne nasenne. W aptece, takie bez recepty. Jak mam życiowe problemy powiedzmy” (ch. 17 lat).

Uczestnicy wywiadów dostawali też niekiedy leki od swoich znajomych. Jedna z respondentek opisała to w następujący sposób: „Od kolegi te mocniejsze [leki uspokajające]. Kolega miał jakieś problemy na płaszczyźnie psychicznej i wiedziałam, że on takie rzeczy ma – no i właśnie mi dał” (dz. 17 lat). W innym przypadku rówieśnik został obdarzony bardzo dużym zaufaniem: „Najpierw [kolega] dał mi jakieś leki, a później dał mi jakąś fiolkę przeciwbólowych. [Jak się nazywały?] Nie mam pojęcia, taka mała pomarańczowa fiołka. Nie wiem, coś przeciwbólowego” (dz. 17 lat).

## Ocena zagrożeń

Wśród zagrożeń związanych ze stosowaniem leków bez zalecenia lekarza uczestnicy wywiadów najczęściej wymieniali przedawkowanie, które może prowadzić do zakłócenia funkcjonowania bądź uszkodzenia narządów wewnętrznych, a nawet do śmierci: „Wszystko można przedawkować, nawet witaminę C. [Przedawkowanie może spowodować] bóle brzucha, wymioty i te sprawy, mdłości, zawroty głowy i te sprawy, nie wiem, co jeszcze” (dz. 17 lat); „Przedawkowanie leków może prowadzić w najgorszym przypadku do śmierci bądź jakiegoś uszczerbku na zdrowiu” (ch. 16 lat). Niektórzy z respondentów znali osoby, które zatrują się lekami: „Moja koleżanka się zatręła. Raz się

przypadkowo zatręła, a drugi raz specjalnie [leka- mi przeciwbólowymi]... Nie wzięła jednorazowo, tylko co godzinę dwie tabletki przez trzy godziny. A później do szpitala trafiła. A za drugim razem od razu 6 tabletek wzięła. Nie wiem, jaki był powód” (dz. 15 lat).

Pojedynczy uczestnicy wywiadów wymienili zagrożenia związane z ubocznym działaniem, przeciwwskazaniami zdrowotnymi (na przykład uczuleniem na dany składnik) oraz nieprawidłowym stosowaniem leków: „Jeżeli to są leki, które są bakteriobójcze, to trzeba znać się na tych lekach. Lekarz wie, który lek jest dobry i co wziąć jeszcze, żeby nie zabić wszystkich bakterii w organizmie” (ch. 16 lat).

Kilka osób zwróciło uwagę na możliwość uzależnienia: „Od Apapów też można się uzależnić. To nie jest aż taki problem, żeby iść do lekarza czy na odwyk. Ale kiedyś to się może źle skończyć dla niektórych. Może ze dwie, trzy osoby w mojej klasie tak nadużywają leków przeciwbólowych. Boli go trochę głowa i od razu Apap. A te leki nie pomagają już po pewnym czasie” (dz. 18 lat); „Jeszcze od tych nerwowych [leków] można się uzależnić. Na przykład, jak przy jednym egzaminie weźmiemy i zobaczymy, że pomogło, to przy następnym weźmiemy na wszelki wypadek. I tak będziemy musieli cały czas brać” (dz. 17 lat).

Jedna z dziewcząt stwierdziła, że stosowanie leków bez zalecenia lekarza może stanowić zagrożenie, ponieważ „konsumenci” nie korzystają z dostępnej informacji o działaniu farmaceutyków i możliwych skutkach ubocznych. Wyraziła to w następujący sposób: „Bo zazwyczaj jest ulotka, prawda? Którą należy przeczytać. [Myślisz, że ludzie czytają?] Myślę, że nie” (dz. 17 lat).

## Edukacja zdrowotna

Uczestnicy wywiadów podzielili się także swoimi opiniami w kwestii edukacji zdrowotnej dotyczącej stosowania leków. Zdaniem tych nastolatków tego rodzaju edukacja byłaby przydatna dla młodzieży, a miejscem prowadzenia zajęć powinna być szkoła. Jedna z dziewcząt w następujący sposób uzasadniała potrzebę edukacji: „Przynajmniej połowa z tych ludzi uświadomiłaby sobie, że od leków można się uzależnić. Tak samo jak od innych używek” (dz. 17 lat). Inna z dziewcząt uczestniczących w wywiadach

uznała, że edukacja dotycząca leków powinna wykraçać poza prosty przekaz wiedzy na temat zagrożeń związanych z ich używaniem. Ujęła to tak: „Nie wiem, może mentalność powinna się zmienić? Koleżanka mi zareklamowała [lek wykrztuśny stosowany w celu odchudzania] i powiedziała, że owszem arytmia i to, i tamto – ale ona żyje i chodzi, i wygląda dobrze (...) jest szczupła i to jest najważniejsze” (dz. 17 lat).

W opinii uczestników wywiadów podczas zajęć edukacyjnych powinny być poruszane kwestie dotyczące bezpiecznego stosowania leków i możliwych negatywnych następstw: „Przede wszystkim, ile można ich wziąć i jakie. Niektórzy są przecież uczuleni na jakieś leki. Trzeba powiedzieć, jakie mogą być skutki uboczne przedawkowania” (dz. 17 lat).

Personel szkoły powinien zostać uwrażliwiony na sygnały wskazujące, że uczeń odurza się lekami: „Jedni piją alkohol, drudzy palą marihuanę, a jeszcze inni ani tego, ani tego – ale sobie wezmą całą fiolkę leków na raz. Więc na to trzeba szczególnie uważać na wycieczkach i na wyjazdach szkolnych, dzieciaki próbują nie wiadomo jakich rzeczy” (ch. 18 lat).

## Podsumowanie i wnioski

Dane zebrane wśród warszawskich uczniów wskazują, że nastolatki najczęściej używają leków przeciwbólowych, które są dostępne w sklepach, kioskach i aptekach. Stosowanie leków uspokajających, nasennych oraz przeciwdziałających przygnębieniu i złemu nastrojowi (również dostępnych bez recepty) nie jest tak powszechne, ale jest to zjawisko, którego nie można lekceważyć. Młodzi ludzie sięgają po te leki, ponieważ nie radzą sobie z licznymi trudnościami i problemami wieku dorastania.

Badani uczniowie w większości stosowali leki wtedy, gdy rzeczywiście coś im dolegało. Zdarzało się jednak, że młodzi ludzie nadużywali leków przeciwbólowych i wykrztuśnych z innych powodów – do odurzania oraz w celu odchudzania się. Motywem nadużywania leków bywała także chęć naśladowania rówieśników. Stwierdzono ponadto bardzo niepokojące zjawisko odurzania się przez nastolatków lekami popijanymi alkoholem.

Młodzież otrzymywała leki, które można kupić bez zalecenia lekarza, najczęściej od rodziców, ale sięgała również po nie samodzielnie – korzystając głównie

z zasobów domowej apteczki. Niektórzy stosowali także leki, które dostali od swoich rówieśników.

Nastoletni uczestnicy wywiadów zdawali sobie sprawę z części zagrożeń związanych z nadużywaniem leków, jednak tę wiedzę trudno uznać za rzetelną. W trakcie wywiadów kilkakrotnie pojawiła się opinia, że paracetamol to lek bezpieczny i „lekki”. Wyniki badań wskazują, że ten farmaceutyk bywa przyczyną poważnych zatruc. Niektórzy badacze twierdzą nawet, że nie powinien być dostępny bez zalecenia lekarza (Sheen i wsp., 2002).

Uczestnicy wywiadów uznali, że edukacja dotycząca leków byłaby w ich szkołach przydatna. Uzyskane dane wskazują więc, że tematyka dotycząca leków powinna być przedmiotem działań edukacyjnych i profilaktycznych. Z relacji nastolatków wynika, że po leki przeciwbólowe młodzież zaczyna sięgać między 11. a 13. rokiem życia, natomiast po leki służące radzeniu sobie z problemami natury psychicznej między 14. a 16. rokiem życia. Z tego względu działania profilaktyczne dotyczące leków warto rozpocząć już w starszych klasach szkoły podstawowej. Elementem takich działań powinno być przekazanie wiedzy na temat tego, jakich leków można używać samodzielnie, w jakich dawkach i jak często oraz kto może zalecać ich przyjmowanie.

Przede wszystkim jednak należy uczyć młodych ludzi, jakimi metodami można radzić sobie z rozmaitymi dolegliwościami – zarówno somatycznymi, jak i psychicznymi – bez sięgania po leki czy inne substancje psychoaktywne oraz wspierać ich w pokonywaniu trudności życiowych i problemów okresu dorastania.

## Przypisy

<sup>1</sup> Projekt został sfinansowany ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

<sup>2</sup> Użyte w nawiasach oznaczenia to płeć (ch. – chłopiec, dz. – dziewczyna) i wiek respondenta.

## Bibliografia

- Pisarska A., Ostaszewski K., „Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich”, *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 1, 53-70, 2006.
- Sheen C.L., Dillon J.F., Bateman D.N., Simpson K.J., MacDonald T.M., „Paracetamol toxicity: epidemiology, prevention and costs to the health-care system”, *Quarterly Journal of Medicine*, 95, 609-619, 2002.

*Niniejszy artykuł dotyczy tego, jak identyfikować sytuacje kryzysowe w procesie edukacji publicznej i jak sobie z nimi radzić.*

# SYTUACJA KRYZYSOWA W PROCESIE EDUKACJI PUBLICZNEJ

Tomasz Zakrzewski  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Czym jest kryzys?

Sytuację kryzysową definiuje się jako zespół okoliczności zewnętrznych i wewnętrznych, które wpływają na dany układ w taki sposób, że inicjują w nim i podtrzymują zmiany, których rezultatem jest jakościowo nowy układ lub nowa struktura i funkcja w układzie istniejącym lub wreszcie rozpad danego układu.

Sytuacje kryzysowe mają miejsce w każdej instytucji. Ich wystąpienie jest tylko kwestią czasu oraz skuteczności działań podejmowanych w obszarze *crisis management*<sup>1</sup>. Także instytucje prowadzące działalność edukacyjną i informacyjną, wykorzystującą perswazję jako istotny element zmiany lub utrzymania przekonań, narażone są na kryzysy, których źródłem może być szereg czynników natury albo obiektywnej (jak nieprzewidywalność zjawisk, niedobory budżetowe, trudność w przełożeniu naukowych wniosków na działania prozdrowotne, upolitycznienie komunikatów, mała znajomość problematyki wśród dziennikarzy, deficyty organizacyjne), albo subiektywnej (jak tworzenie się grup interesów, które chcą zdeprecjonować zasługi danej instytucji, a także zwykłe ludzkie błędy, które mogą zniweczyć lata ciężkiej pracy w obszarze edukacji publicznej). Żeby skutecznie przeciwdziałać kryzysowi, trzeba się do niego przygotować, zanim nastąpi.

## Sytuacje kryzysowe

Z jakimi sytuacjami kryzysowymi mamy do czynienia w procesie edukacji publicznej mającej na celu przeciwdziałanie zjawisku używania narkotyków? Poniżej zestawiono kilka możliwych sytuacji mogących inicjować kryzysy:

- Wysuwane ze strony mediów oskarżenia, że w trakcie procesu edukacyjnego reklamowane były środki odurzające.
- Wprowadzanie odbiorców przekazu w błąd poprzez pomijanie niektórych ważnych informacji na temat substancji psychoaktywnych.
- Błędy w materiałach informacyjno-edukacyjnych (np. na temat statystyki zjawiska na poziomie lokalnym czy regionalnym), wynikające z pomyłki, która nastąpiła np. w trakcie tworzenia notatki prasowej.
- Nagły wzrost statystyk dotyczących liczby narkomanów lub osób używających nielegalnych substancji psychoaktywnych.
- „Spektakularne” doniesienia mediów o przedawkowaniach lub innych śmiertelnych skutkach zażywania narkotyków albo o wstrząsających opinią publiczną przestępstwach z udziałem osób uzależnionych.
- Oskarżenia o brak efektywności w polityce antynarkotykowej na poziomie lokalnym.
- Nieznajomość problemu narkomanii wśród dziennikarzy, rzucająca cień na działalność edukacyjną lub instytucjonalną w zakresie przeciwdziałania zjawisku.
- Wyolbrzymianie zakresu lub określonego aspektu zjawiska w stosunku do danych naukowych lub priorytetów edukacyjnych.
- Pojawienie się nowych narkotyków na lokalnym rynku.
- Kwestie związane z środkami psychoaktywnymi, które nie podlegają restrykcjom prawnym.
- Nieodpowiednie decyzje finansowe podejmowane w obszarze edukacji publicznej.
- Ujawnienie rzeczywistych bądź rzekomych naruszeń prawa w projektach dotyczących funduszy budżetowych.

Sytuacje kryzysowe można podzielić na:

- zewnętrzne – wynikające z działań (zarówno intencjonalnych, jak i nieintencjonalnych) osób zaangażowanych w problematykę branży (ludność, politycy/decydenci, media, przedstawiciele innych organizacji),
- wewnętrzne – związane z jakością i efektywnością zarządzania projektami w dziedzinie edukacji publicznej (pracownicy organizacji).

## Skutki kryzysów

Konsekwencje sytuacji kryzysowych, które nie są rozwiązywane w odpowiedni sposób, są często bardzo dotkliwe dla instytucji i mogą doprowadzić do eskalacji problemów.

Skutki sytuacji kryzysowych, które za sprawą mediów stają się informacją publiczną, można podzielić na:

Skutki negatywne dla instytucji:

- Obniżenie lub utrata wiarygodności instytucji w oczach dziennikarzy i ludności środowiska, dla którego instytucja ma stanowić źródło informacji i edukacji w dziedzinie przeciwdziałania zjawisku narkomanii.
- Utrata dobrego wizerunku instytucji w mediach.
- Skutki finansowe wynikające z roszczeń osób bądź organizacji ponoszących straty w wyniku działalności instytucji, w tym także koszty sądowe.
- Spadek finansowania działań z zakresu edukacji publicznej.
- Zwolnienia pracowników różnego szczebla.
- Nieefektywne wydatkowanie funduszy na edukację publiczną.
- Straty finansowe związane z redukcją skutków kryzysu.
- Spowolnienie lub zastopowanie rozwoju instytucji.

Skutki negatywne dla problemu:

- Czasowy brak lub zmniejszenie liczby działań w zakresie edukacji publicznej w środowisku lokalnym.
- Przerwanie wdrażania średnio- i długoterminowych strategii związanych z przeciwdziałaniem zjawisku.

- Wzrost wskaźników dotyczących zjawiska na poziomie lokalnym i skutki z tym związane (koszty wymierne i niewymierne zjawiska).

## Co robić w sytuacji kryzysowej?

Czy chować głowę w piasek i przeczekać, czy obrać aktywną strategię? Co jest skuteczne, jeśli mamy do czynienia ze skandalem, plotką, złą wolą czy błędem? Co zrobić, by zażegnać kryzys? Specjaliści public relation specjalizujący się w zarządzaniu sytuacjami kryzysowymi proponują parę sprawdzonych recept:

- **Powołanie zespołu antykryzysowego wewnątrz instytucji.** Zespół antykryzysowy to grupa pracowników instytucji, która ma zarówno kompetencje związane z kontaktami z mediami, jak i kompetencje merytoryczne w kwestiach związanych z sytuacją kryzysową. Do zadań zespołu powinny należeć następujące działania: analiza zasięgu i wydźwięku doniesień medialnych związanych z kryzysem, określenie, co jest jego istotą oraz opracowanie planu minimalizacji szkód. Zespół musi mieć bezpośredni dostęp do decydentów danej instytucji, w celu informowania ich i wspólnego określania kierunków działań. Po zażegnaniu kryzysu zespół powinien opracować rekomendacje na przyszłość, mające na celu minimalizację prawdopodobieństwa ponownego pojawienia się tego rodzaju sytuacji.
- **Ustanowienie łączności i sposobów informowania opinii publicznej i pracowników.** Zadaniem zespołu antykryzysowego powinno być uruchomienie działań mających na celu przejęcie inicjatywy informacyjnej. Jeśli negatywna informacja zamieni się w plotkę dziennikarską, zostanie przejęta i najprawdopodobniej przeinaczona przez kolejne media. Istnieje obawa, że rozwinie się kryzys informacyjny. Zespół, po dokładnej analizie kryzysu oraz doniesień prasowych i potencjalnych skutków ww. informacji, musi powołać rzecznika o określonych kompetencjach, który będzie udzielał informacji mediom. Warto skorzystać z zaplecza PR instytucji, jeśli zostało wcześniej utworzone. Zespół musi określić priorytety komunikacyjne oparte na faktach. Pierwszym efektem prac powinna być krótka informacja zawierająca sprostowanie oraz komunikat instytucji (np. przyznanie się do błędu, deklarację chęci rozwiązania problemu w trybie natychmiastowym itp.), mający

wydzwięk pozytywny zarówno dla mediów, jak i dla opinii społecznej. Należy także opracować notatkę prasową, która zostanie opublikowana na stronie internetowej instytucji, przedstawiającą oficjalne stanowisko, przeciwdziałającą chaosowi informacyjnemu i utracie wiarygodności. Najważniejsza jest natychmiastowa reakcja na pierwsze doniesienia, w celu przeciwdziałania wpływowi pojawiających się komentarzy i komunikatów. Należy także otworzyć się na komunikację z dziennikarzami i opinią publiczną w celu utrzymania wiarygodności instytucji. Pracownicy instytucji powinni zostać oficjalnie poinformowani o zaistniałej sytuacji i o krokach podjętych w celu zażegnania kryzysu.

- **Ograniczenie zasięgu.** Odpowiedź instytucji na zagrażający komunikat musi być proporcjonalna do jego znaczenia i zasięgu. Doniesienia medialne, jeśli nie są podsycane, stosunkowo szybko zastępowane są przez inne, ale przynoszą negatywne konsekwencje w postaci nieodpowiedniego postrzegania problemu przez opinię publiczną i wpływają na bezpośrednie otoczenie danej instytucji.
- **Likwidacja zagrożenia.** Zespół zajmujący się kryzysowym doniesieniem musi natychmiast zareagować na źródło kryzysu; musi określić kto i jakie konsekwencje ma ponieść dla dobra instytucji i rekomendować wyważone wnioski decydentom.
- **Przywrócenie normalnego funkcjonowania.** Proces ten powinien rozpocząć się tuż po zażegnaniu sytuacji kryzysowej. Ważnym aspektem jest dbałość o to, aby dana sytuacja nie przeniosła się do wewnątrz instytucji jako źródło niekontrolowanych zmian.
- **Długofalowa likwidacja skutków kryzysu.** Jeśli kryzys był znaczący, przyniesie zapewne długofalowe skutki. Należy więc przeanalizować potencjalne konsekwencje i stworzyć strategię ich minimalizacji. Istotne jest także, by kryzys miał wartość dodaną w postaci np. pozytywnego wpływu na jakość zarządzania instytucją poprzez zarządzanie ryzykiem, wzmocnienie struktur odpowiedzialnych za PR oraz podniesienie wiedzy decydentów na temat zarządzania w kryzysie.
- **Wnioski na przyszłość.** Powinny one zostać spisane w raporcie na temat identyfikacji potencjalnych obszarów kryzysu w instytucji. Należy odpowiedzieć na kluczowe pytania: Jaka była przyczyna sytuacji kryzysowej? Jakimi drogami (mediami) rozchodziła

się negatywna informacja? Kto uczestniczył w szerzeniu tej informacji? Jaki był poziom zniekształceń informacji i w jakim szły one kierunku? Jaki był poziom eskalacji kryzysu? Jakie środki zostały podjęte, by zgasić ognisko kryzysu? Co należy zrobić na przyszłość, aby sytuacja się nie powtórzyła?

## Jak przeciwdziałać kryzysom?

Odpowiedzialne podejście do zarządzania sytuacją kryzysową – zwłaszcza prowadzone już przed wystąpieniem pierwszych oznak kryzysu – pozwala zmniejszyć straty wizerunkowe, co często ma istotny wymiar materialny. Odpowiednie przygotowanie instytucji na nadejście sytuacji kryzysowej to warunek konieczny utrzymania lub przywrócenia wiarygodności całego procesu edukacji publicznej. Bez wiarygodności zaś nie można prowadzić działalności o charakterze profilaktycznym. Aby długofalowo przeciwdziałać kryzysowi w instytucji, należy:

- **Identyfikować potencjalne obszary kryzysu w organizacji.** Warto odpowiedzieć na pytania: Co może spowodować kryzys? Jakie typy kryzysów mogą zaistnieć? Jakie czynniki sprzyjają ich wystąpieniu? Gdzie w działalności instytucji są słabe punkty, które mogą stać się pożywką dla mediów? Kto może popełnić błąd?
- **Diagnostować stopień przygotowania instytucji do sytuacji kryzysowej.** Czy instytucja jest przygotowana na kryzys? Czy posiada środki, aby reagować natychmiast? Jak kryzys wpłynie na jej dalszy rozwój?
- **Identyfikować wewnętrzne potencjalne ogniska kryzysu.** Czy zachowana jest jakość w działalności instytucji? Czy w instytucji odpowiednio zarządza się ryzykiem?
- **Monitorować kwestie społeczne o potencjale kryzysowym dla instytucji.** Czy zjawisko jest monitorowane? Czy odpowiedź na zjawisko jest monitorowana? Jakie są rekomendacje dla działań na poziomie lokalnym? Czy są one realizowane?
- **Poszukać doradztwa i opracować scenariusze i plany antykryzysowe.** Czy istnieje firma zewnętrzna, która w sytuacji poważnego kryzysu mogłaby szybko świadczyć usługi doradcze bądź wspomóc zarządzanie sytuacją kryzysową? Jak instytucja odpowie na potencjalny kryzys?

Należy stwierdzić, że liczba sytuacji kryzysowych jest jednym z wyznaczników kondycji danej instytucji. Kryzysy pojawiające się przy okazji opisu działalności edukacyjnej przez media są szczególnie niebezpieczne, ze względu na ich szkodliwość dla instytucji oraz dla samego problemu. Dodatkowo media często są nastawione na „sprzedaż kryzysu”, dlatego nawet najskromniejsze działania z zakresu edukacji publicznej stają się przedmiotem oceny dziennikarskiej. Dlatego ważna jest jakość każdego z produktów komunikacji perswazyjnej, tym bardziej, że jednocześnie stają się one swoistą wizytówką instytucji.

## Czy kryzys może być korzystny?

Przy spełnieniu następujących warunków sytuacja kryzysowa może być korzystna:

- jeśli zostanie ona szybko zażegnana;
- jeśli utrzymana zostanie wiarygodność źródła przekazu;
- jeśli kryzys doprowadzi do pozytywnych, długofalowych zmian w instytucji.

Warto pamiętać, że kierowanie się w zarządzaniu wiedzą z zakresu public relation zwiększa prawdopodobieństwo wyjścia z kryzysu obronną ręką.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Crisis management (zarządzanie kryzysowe) – zespół przedsięwzięć organizacyjnych, logistycznych i finansowych, których celem jest zapobieganie powstawaniu sytuacji kryzysowych, zapewnienie sprawności struktur decyzyjnych na wszystkich szczeblach zarządzania, ciągłej gotowości sił i środków do podjęcia działań, sprawnego reagowania oraz likwidacji skutków zaistniałej sytuacji.

Tabela 1. Podstawowe zasady postępowania w sytuacji kryzysowej

Zasady	Opis
Szczerość	Jeśli w procesie edukacji publicznej instytucja popełniła błąd bądź nastąpiły inne komplikacje z winy instytucji, należy przyznać się do popełnionego błędu, a nie blokować komunikację. Przyznanie się do błędu musi być formułowane zawsze w kontekście planowanych natychmiastowych środków zaradczych i ewentualnych rekompensat dla poszkodowanych. Taka postawa zapobiega pojawianiu się plotek, które pogłębiają sytuację kryzysową i negatywnie wpływają na wizerunek instytucji.
Szybkość	Działać należy tuż po otrzymaniu negatywnych sygnałów z mediów, od pracowników, z innych instytucji. Szybkie działanie zwiększa szansę zablokowania ekspansji kryzysu i zmniejsza jego skutki. Komunikat kryzysowy powinien zostać opracowany i opublikowany nawet przy braku wystarczających danych odnośnie sytuacji.
Aktywność	Należy przejąć inicjatywę informacyjną i aktywnie wdrażać i rozpowszechniać zgodny z przyjętymi priorytetami komunikat kryzysowy. Warto uruchomić dodatkowe kanały komunikacyjne z dziennikarzami, a jeśli istnieje potrzeba, także z innymi odbiorcami zainteresowanymi zaistniałą sytuacją bądź jej skutkami.
Proporcjonalność	Działania antykryzysowe powinny być proporcjonalne do zaistniałego problemu. Nie należy ani bagatelizować, ani przeceniać znaczenia sytuacji kryzysowej, ale odpowiadać na zaistniały kryzys racjonalnie.
Komunikatywność/ Bezpośredniość	Należy zidentyfikować bezpośrednich poszkodowanych sytuacją kryzysową oraz jej biernych odbiorców. Należy utrzymywać kontakt nie tylko poprzez media, ale także bezpośrednio komunikować się ze wszystkimi grupami zainteresowanych, w tym także z pracownikami instytucji własnej i instytucjami partnerskimi.
Jednoznaczność	Komunikaty dotyczące sytuacji kryzysowej powinny wychodzić z jednego źródła w instytucji, powinny być także spójne i jednoznaczne. Wszystkie inne źródła powinny przekierowywać zainteresowanych do zespołu antykryzysowego.
Refleksyjność	Zarówno treść komunikatów dotyczących kryzysu, jak i język, forma oraz wykorzystywane narzędzia PR muszą być dogłębnie przemyślane. W sytuacji kryzysowej instytucja jest bacznie obserwowana, a ocena będąca konsekwencją obserwacji będzie rzutować na opinię na temat instytucji w przyszłości.

*„Szybka ocena sytuacji” jest etapem przygotowawczym do stworzenia systemu monitorowania. Podstawową cechą tego podejścia jest szybkie działanie, czyli otrzymanie danych oraz przedstawienie wyników ich analiz. Dlatego też w ramach tej metody zbierane są dane z istniejących źródeł, takich między innymi jak: dokumenty, raporty i statystyki instytucji zajmujących się problemem narkotyków i narkomanii, opinie ekspertów.*

## SZYBKA OCENA SYTUACJI – PIERWSZY KROK W MONITOROWANIU

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W poprzednim numerze „Serwisu” przedstawiliśmy założenia metody Information, Needs and Resources Assessment (INRA), opracowanej przez Grupę Pompidou w ramach projektu „Monitorowanie problemu narkotyków na poziomie lokalnym”. W poniższym artykule omówione zostaną podstawowe założenia „Szybkiej oceny sytuacji” (Rapid Situation Assessment – RSA), stanowiącej jeden z elementów INRA. Zanim przejdę do opisu tej metody, chciałbym przedstawić, jak wyglądają prace nad wdrażaniem monitorowania lokalnego w Polsce.

W efekcie szkoleń, które odbyły się w ramach umowy polsko-hiszpańskiej<sup>1</sup>, 40 gmin przygotowało raporty z monitorowania. Opracowanie raportu nie stanowi ostatniego elementu monitorowania. Kolejnym krokiem jest rozpowszechnienie zawartych w nim informacji. Należy zadbać o promocję raportu przez zaprezentowanie go radnym lub/i dziennikarzom na sesji sejmiku bądź konferencji. Corocznie zbierane dane pozwolą na uaktualnianie raportu i przygotowywanie jego kolejnych edycji. W ten sposób zawarta w dokumencie charakterystyka trendów i zjawiska stanowiąc będzie stały, ważny i niezbędny element uwzględniany w planowaniu działań profilaktycznych, rehabilitacyjnych oraz prewencyjnych. Ponadto pozwoli władzom lokalnym tworzyć strategię w oparciu o wnioski płynące z analizy problemu, a nie na wyobrażeniach. Raport może więc stanowić stały element dyskusji nad sytuacją w obszarze problemu narkomanii a zarazem promocji prowadzonych działań i pozyskiwania lokalnego wsparcia. Pozwoli to na bardziej racjonalną i wyważoną dyskusję na temat problemu narkomanii. Tematyka rozpowszechniania informacji z raportu i dalszej współpracy w ramach sieci monitorujących stanowić będzie jeden z elementów spotkania w przyszłym roku.

Najprawdopodobniej w czerwcu 2009 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zorganizuje w Falentach ogólnokrajowe spotkanie dla gmin, które zajmują się monitoringiem. W tym roku odbyły się kolejne seminaria dla gmin. W dniach 2-4 grudnia br. w Załęczu Wielkim Regionalne Centrum Polityki Społecznej (RCPS) z Łodzi zorganizowało szkolenie dla gmin zainteresowanych prowadzeniem monitorowania na poziomie lokalnym, które nie brały udziału we wcześniejszym cyklu szkoleniowym. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele następujących miast z województwa łódzkiego: Kutno, Łask, Poddębice, Pabianice, Zduńska Wola, Bełchatów, Pajęczno, Opoczno. W kwietniu 2009 roku zostanie zorganizowane drugie szkolenie, a jesienią trzecie dla miast tego województwa. Rozpoczną się również szkolenia dla gmin z województwa małopolskiego. Ponadto zostanie wydany nowy podręcznik dotyczący monitorowania problemu narkotyków i narkomanii.

### Cele i założenia

Decyzja o monitorowaniu problemu narkotyków i narkomanii powstała z dążenia do potwierdzenia skuteczności prowadzonej polityki oraz działań opartych na dowodach. Częściej jednak wynika ona z potrzeby obserwacji ważnych w społecznej świadomości problemów, jak również pojawiających się na scenie narkotykowej nowych trendów. Jeżeli w lokalnej świadomości problem narkotykowy nie jest postrzegany jako jeden z ważnych społecznie, trudno będzie znaleźć środki, które umożliwią prowadzenie monitorowania. „Szybka ocena sytuacji” dostarczy argumentów „dlaczego” warto monitorować specyficzne

aspekty lokalnej sceny narkotykowej oraz informacji na temat lokalnych wzorów używania narkotyków, charakterystyki trendów i zjawiska narkomanii oraz przegląd prowadzonych działań lokalnych, które zostały podjęte, aby ograniczyć problem. W efekcie zebrania tych danych dokonywana jest ocena sytuacji. RSA jest etapem przygotowawczym do stworzenia systemu monitorowania. Podstawową cechą tego podejścia jest szybkie działanie, czyli otrzymanie danych oraz przedstawienie wyników ich analiz. Dlatego też w ramach tej metody zbierane są dane z istniejących źródeł, takich jak: dokumenty, raporty i statystyki instytucji zajmujących się problemem narkotyków i narkomanii. Ważnych informacji o problemie dostarczają opinie ekspertów oraz kluczowi informatorzy. RSA może być realizowane równocześnie z INRA albo stanowić samodzielny moduł. Należy podkreślić, że RSA nie zostało opracowane, aby dostarczyć dowodów opartych na faktach (*evidence base*) dla polityki i praktyki. Jednakże w wielu przypadkach może stanowić wsparcie dla lokalnej polityki i działań praktycznych poprzez identyfikowanie problemów wymagających interwencji. Metoda RSA nie przewiduje prowadzenia lub zlecenia badań podmiotom zewnętrznym. „Szybka ocena sytuacji” oparta jest tylko na istniejących danych.

## Wybór wskaźników

Monitorowanie rozwoju sytuacji w obszarze problemów społecznych, które często są zjawiskami trudnymi do kompleksowego opisu, wymaga wyboru priorytetowych zagadnień z całego zjawiska. Najważniejsze cechy problemu są opisywane za pomocą wskaźników. Wybierając wskaźniki, podejmowana jest decyzja, jakie aspekty problemu narkomanii należy monitorować. Innymi słowy obserwacja problemu narkotyków i narkomanii opiera się na monitorowaniu wybranych wskaźników, które są najbardziej charakterystyczne dla danej sceny narkotykowej. Na poziomie krajowym i międzynarodowym<sup>2</sup> istnieje opracowana grupa wskaźników służąca do opisu zjawiska narkomanii. Nie zawsze te wskaźniki pozwalają na opis lokalnej sytuacji i uchwycenie charakterystycznych dla małej sceny narkotykowej zjawisk. Dlatego też w ramach RSA należy podjąć decyzję, jakie wskaźniki są potrzebne dla lokalnego monitoringu, opierając się na tych już stosowanych w monitorowaniu krajowym lub międzynarodowym, ale również tworząc te potrzebne dla lokalnej obserwacji. RSA dostarcza argumentów

„co” monitorować oraz jakie aspekty lokalnej sytuacji wymagają systemu obserwacji oraz odpowiednich do tego wskaźników.

## Priorytety dla rozwoju monitorowania

Rezultatem przeprowadzonego RSA jest pomoc w określeniu priorytetów w rozwoju wskaźników oraz zbieraniu danych. Zastanawiając się nad wyborem wskaźników potrzebnych do opisu zjawiska narkomanii, należy skoncentrować się przede wszystkim na dwóch kryteriach: jaka jest skala problemu oraz jakie są lokalne priorytety. Wskaźniki powinny dotyczyć najbardziej problemowych aspektów zjawiska narkomanii. Do takich negatywnych konsekwencji należą np. zgony z powodu przedawkowania narkotyków. Wskaźniki opracowywane są również dla obszarów, na których koncentruje się uwaga społeczności lokalnej, ponieważ są one szczególnie ważne dla mieszkańców, np. może to być przestępczość narkotykowa. Podsumowując: określając wskaźniki, za pomocą których staramy się monitorować problem, należy wybierać takie, które pozwalają na uchwycenie najistotniejszych aspektów zjawiska z punktu widzenia potrzeb lokalnych. Opracowanie wielu trudnych do wdrożenia wskaźników może okazać się zbyt dużym wyzwaniem dla lokalnego środowiska. Dlatego też lepszym rozwiązaniem jest rozpoczęcie prac od przygotowania podstawowych wskaźników, nawet jeśli nie obejmą one wszystkich aspektów lokalnego zjawiska narkomanii. Koncentrowanie się na każdym aspekcie sceny narkotykowej poprzez stworzenie wielu wskaźników może spowodować, że efekt podjętych prac nie zostanie szybko osiągnięty, a wręcz przeciwnie, zadanie przerosnie możliwości realizatorów. Krótki czas między rozpoczęciem RSA a uzyskaniem efektów tego działania jest jednym z podstawowych założeń tej metody. Należy jednak pamiętać, że RSA ma stworzyć podstawy oraz materiał dla przyszłego monitorowania. Jeżeli opracowany w jego ramach system nie jest w stanie scharakteryzować aktualnej sceny narkotykowej, to nawet rozszerzony w przyszłości o nowe wskaźniki i źródła danych, może również nie być w stanie tego osiągnąć.

## Główne założenia RSA

W ramach RSA należy spróbować zebrać informacje o scenie narkotykowej, które są dostępne w postaci już



istniejących raportów, sprawozdań, wyników badań, rejestrów i baz danych. Wiedza kluczowych informatorów, takich jak eksperci pracujący w obszarze narkomanii, jest także źródłem danych. „Szybka ocena sytuacji” ustrukturyzuje zebrane dane w jednym raporcie. Czasami zebranie danych będzie oznaczało wyszukanie ich z istniejących baz danych, ponieważ nie zostały one jeszcze opublikowane lub nie są dostępne w wymaganej formie. W niektórych przypadkach należy dotrzeć do dodatkowych informacji, aby lepiej zrozumieć lokalny kontekst. Głównym teoretycznym założeniem RSA jest wnioskowanie oparte na procesie rozwoju hipotez oraz szukania informacji, które potwierdzą, zaprzeczą lub zmodyfikują wyjściowy pogląd. Informacje powinny być zbierane z różnych źródeł do momentu, kiedy dane z kolejnego nowego źródła nie wniosą nic nowego do wypracowanego wniosku. Do prac w ramach RSA potrzebny jest koordynator oraz grupa osób. Z praktycznego punktu widzenia mały zespół współpracowników jest łatwiejszy do koordynowania i współpracy. W ramach

RSA budowana jest sieć współpracowników, którzy mają dostęp do informacji. Osoby zaangażowane w projekt powinny być albo osobami pracującymi z danymi i mogącymi wygenerować z istniejących baz lub rejestrów potrzebne informacje lub być ekspertami, których wiedza, doświadczenie i opinie będą pomocne w przypadku braku ilościowych danych lub trudności w ich interpretowaniu. W następnym numerze „Serwisu” zostanie przedstawiony kolejny etap RSA, czyli implementacja tej metody. Końcowy raport dotyczący RSA znajduje się na stronie internetowej Grupy Pompidou: [http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/WCD/platformResearch\\_en.asp#](http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/WCD/platformResearch_en.asp#).

### Przypisy

- <sup>1</sup> Założenia projektu szkoleniowego zostały opisane w artykule „Tworzenie monitorowania na poziomie lokalnym w ramach projektu twinningowego Polska – Hiszpania”, SIN 1/2008.
- <sup>2</sup> Prace EMCDDA koncentrują się przede wszystkim na pięciu kluczowych wskaźnikach: rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej; stopień rozpowszechnienia i wzorce problemowego używania narkotyków; zgony z powodu narkotyków; choroby zakaźne wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków; zgłaszalność do leczenia.

## OGŁOSZENIE O KONKURSIE BADAWCZYM

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) zaprasza do konkursu podmioty zajmujące się tematyką badawczą i zainteresowane realizacją projektów badawczych w obszarze przeciwdziałania narkomanii.**

**Wyrażamy przekonanie, że wspieranie badań naukowych dotyczących narkomanii, poprzez rozszerzenie ich zakresu przedmiotowego oraz metodologicznego, w istotnym stopniu przyczynia się do rzetelnego poznania zjawiska narkotyków i narkomanii.**

**W 2009 roku jesteśmy zainteresowani następującymi obszarami badawczymi:**

- Zagadnienia zdrowia publicznego w kontekście problemu narkomanii.
- Polityka wobec substancji psychoaktywnych.
- Polityka społeczna w kontekście problemu narkomanii.
- Używanie narkotyków w wybranych grupach: badania ilościowe i jakościowe.
- Używanie narkotyków z alkoholem.
- Postawy wobec problemu narkotyków i narkomanii.
- Społeczny kontekst używania substancji psychoaktywnych.
- Psychospołeczne uwarunkowania narkomanii.
- Badania ewaluacyjne w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Informujemy, że szczegółowe warunki konkursu oraz zasady aplikowania zostaną ogłoszone na stronie internetowej KBPN do 15 marca 2009 roku (<http://www.narkomania.gov.pl/>).

**Jednocześnie już zapraszamy zainteresowane podmioty do rozważenia swojego udziału w konkursie, biorąc pod uwagę poniższy schemat:**

- I. Nazwa instytucji realizującej projekt.
- II. Adres i dane kontaktowe, w tym e-mail.
- III. Doświadczenie instytucji i/lub osób realizujących badanie.
- IV. Opis projektu zawierający m.in.:
  - cel badania/hipotezy badawcze;
  - metody badawcze;
  - grupy badania;
  - efekty badania;
  - planowany czas trwania badania w miesiącach;
  - przybliżone koszty;
  - udział własny, w tym inne źródła finansowania.

W przypadku pytań prosimy o kontakt z pracownikami Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN tel. 022 641-15-01, 855-54-58, 855-54-69, 644-82-98 lub e-mail: [nfpp@kbpn.gov.pl](mailto:nfpp@kbpn.gov.pl)

## A CANNABIS READER: GLOBAL ISSUES AND LOCAL EXPERIENCES

Kolejna pozycja w serii monografii wydawanych przez EMCDDA. Tym razem tematem stały się konopie indyjskie oraz ich przetwory. Wśród mieszkańców Europy cannabis jest najczęściej używanym narkotykiem. Ocenia się, że co piąty Europejczyk używał w swoim życiu przetworów konopi. W ciągu ostatnich 12 miesięcy stosowało je ponad 13 mln obywateli Europy. Zjawisko to charakteryzuje się dużą dynamiką pod względem liczby osób używających, produkcji oraz polityki prowadzonej wobec niego przez rozmaite państwa. Właśnie ta ostatnia kwestia budzi największe kontrowersje w europejskiej debacie o cannabis. Konopie są tematem wielu badań i analiz. Wydana monografia jest próbą oceny i uporządkowania wiedzy, jaką aktualnie dysponujemy na temat tej substancji.

W opinii dr. Michaela Farrela, przewodniczącego Komitetu Naukowego EMCDDA, niniejsza publikacja „(...) to przewodnik dla wszystkich poszukujących pogłębionych informacji na temat tego złożonego zjawiska, od studentów zajmujących się eksploracją historii cannabis, po polityków poszukujących odpowiedzi na pytanie, jaki wpływ na zdrowie społeczeństwa i ekonomię miał i nadal ma ten najczęściej w Europie konsumowany narkotyk”.

Monografia składa się z dwóch tomów. Pierwszy skupia się na zagadnieniach związanych z polityką, prawem oraz kontekstem społecznym. Część ta adresowana jest do po-

### DRUGNET EUROPE

*Drugnet* to kolejna publikacja Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (EMCDDA). Jest wydawana w formie newslettera, dzięki czemu zapewnia szybki dostęp do informacji. *Drugnet* publikowany jest cztery razy do roku, zawiera informacje o działaniach i inicjatywach z zakresu problemu narkotykowego podejmowanych przez punkty kontaktowe sieci Reitox, międzynarodowe i europejskie instytucje, a także władze europejskie. Publikacja prezentuje kompleksowe informacje o działaniach kluczowych partnerów EMCDDA i jest jednocześnie dla nich forum komunikacji. *Drugnet* adresowany jest do partnerów Centrum, takich jak: punkty kontaktowe sieci Reitox, instytucje europejskie zajmujące się problematyką narkomanii, a także do praktyków, badaczy, naukowców oraz do szerokiego kręgu obywateli Unii Europejskiej.

Publikacja ta prezentuje aktualne działania i zagadnienia problemowe w sposób zwięzły oraz przystępny dla czytelnika. Jest źródłem najnowszych informacji zarówno na

lityków, socjologów, historyków. Druga dotyczy kwestii związanych z leczeniem, prewencją oraz zdrowiem. Ta z kolei adresowana jest do profesjonalistów pracujących w tych obszarach.

Publikacja ta wydaje się być ciekawa i godna polecenia przynajmniej z kilku powodów.

Wolfgang Götz, dyrektor EMCDDA, wymienia we wstępie trzy podstawowe i unikalne jej cechy. Po pierwsze, buduje ona wielowymiarowy i interdyscyplinarny obraz zjawiska, oparty na spojrzeniu z wielu perspektyw: od historycznej i kulturowej, przez farmaceutyczną, po polityczną oraz praktyczną. Po drugie, obejmuje ona europejski punkt widzenia. Píše on: „W ciągu ostatniej dekady powstało wiele publikacji o charakterze narodowym czy wielonarodowym. Ta odnosi się do całej Unii Europejskiej”. Trzecią cechą wymienioną przez Göta jest fakt, że prezentuje ona nadchodzące trendy zarówno w podejściu prawnym, jak i leczniczym do konopi oraz ich miejsca na nielegalnym rynku.

Wartością dodaną w mojej ocenie, poza wielowymiarowym i przeglądowym charakterem publikacji, jest fakt, że prezentuje ona konkretną, rzetelną wiedzę dotyczącą konopi indyjskich, nie opartą na żadnej ideologii, co jest rzadkie w debacie publicznej na temat tej substancji, w szczególności w Polsce.

Link: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index53347EN.html>

(MK)

temat badań, jak i polityki realizowanej w Unii Europejskiej wobec problemu narkotyków i narkomanii. Prezentowane tam kwestie nie są dogłębną analizą zagadnień, a jedynie ich krótkim omówieniem, co w zalewie informacji, z jakim mamy do czynienia w nowoczesnych społeczeństwach, należy uznać za zdecydowany plus. Dla osób, które chcą pogłębić swoją wiedzę na określone tematy, wskazane są dokumenty źródłowe opisujące prezentowane kwestie w sposób bardziej dokładny i wyczerpujący.

Ostatnie wydanie *Drugnet*, poza przedstawieniem najważniejszych kwestii wynikających z ogłoszonego niedawno rocznego raportu o stanie zjawiska narkotyków i narkomanii w Europie za 2008 rok, prezentuje między innymi wyniki pierwszej globalnej konferencji na temat metaamfetaminy, która odbyła się we wrześniu 2008 roku w Pradze.

Wszystkie numery *Drugnet* dostępne są na stronie internetowej EMCDDA [http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index31211EN.html?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES\\_PUB=w6](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index31211EN.html?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w6)

(MK)

## EDUKACJA PUBLICZNA W SIECI



### IKONA POPKULTURY WALCZYŁA Z NARKOTYKAMI...

Szereg spotów TV użytych w programie prewencyjnym pod nazwą *Drug Demand Reduction* jest dostępnych na portalu YouTube. Program był finansowany i prowadzony przez FBI w szkołach na terenie USA przez całe lata osiemdziesiąte. Uczestniczyli w nim specjalnie przeszkoleni agenci federalni w liczbie 9,5 tys. oraz edukatorzy – 13 tys. osób. Strona <http://www.youtube.com/watch?v=DWpOas4qr7E> prezentuje spoty filmowe z występującą w głównej roli ikoną kina młodzieżowego lat osiemdziesiątych – elektronicznym glińiarzem RoboCopem. Program niósł przesłanie „zero tolerancji dla narkotyków” i wykorzystywał wszystkie możliwości ówczesnego kina akcji, by wpłynąć na młodzież i odstraszyć dilerów. Filmy miały wspomóc ideę *Drug free America* i podkreślić z całą stanowczością, jakie wyzwanie USA rzuciło ukrytemu rynkowi kokainy i heroiny.



### EDUKACJA, MOTYWACJA, DZIAŁANIE – CZYLI JAK POZBYĆ SIĘ NAŁOGU PALENIA MARIHUANY

Organizacja pozarządowa HIT, mająca swoją siedzibę w Liverpoolu, prowadzi stronę pomocowo-edukacyjną dla użytkowników marihuany. Internet daje możliwość edukacji o charakterze anonimowym, a portal dla osób ryzykownie używających marihuany jest rodzajem strony motywującej poprzez edukację do podjęcia próby odstawienia narkotyku i wybrania drogi abstynencji. Pod adresem <http://www.knowcannabis.org.uk> znajdziemy wskazówki dotyczące tego, jak poradzić sobie z uzależnieniem od marihuany. Strona jest tak skonstruowana, że podaje wiedzę w możliwie jak najbardziej atrakcyjny sposób, wykorzystując do tego: interaktywny quiz paradiagnostyczny, gdzie określa się ryzyko uzależnienia od marihuany, poradniki edukacyjne opisujące krok po kroku techniki odstawienia marihuany, porady edukacyjne mające za zadanie zmotywować ludzi do zerwania z używaniem THC i – co niezwykle nowatorskie – internetowy kurs rzucania palenia marihuany... Codziennie możemy zasiąść przed komputerem i stosować

wskazówki autoterapii przez internet (z dodatkiem komponentu edukacyjnego). Zdaniem autorów strony to ostatnie narzędzie to przyszłość działań perswazyjnych prowadzonych anonimowo i dla wszystkich.



### PRASA W SŁUŻBIE SPOŁECZNEJ? – THE GUARDIAN

Liberalny dziennik, wydawany w Wielkiej Brytanii w niespełna półmilionowym nakładzie, ma swój portal w sieci, a w nim rozbudowaną strukturę informacyjną na temat problemów uzależnień, w tym od narkotyków. W kraju gdzie 320 tys. młodych ludzi przyznaje się do spróbowania kokainy, edukacja publiczna za pośrednictwem mediów jest kluczowym obszarem prewencyjnym w polityce antynarkotkowej. Widoczny problem społeczny nie pozostawił mediom wyboru – to, co interesuje ludzi, musi znaleźć miejsce także w The Guardian. Na stronie <http://www.guardian.co.uk/society/drugsandalcohol> znajdziemy „editors’ picks” (działy headline’owe) dotyczące najważniejszych aspektów rynku, w tym tzw. legal drugs, które także w Polsce mogą stać się niedługo problemem. Artykuły, filmy, reportaże, poradniki dla rodziców, linie pomocowe, system odwykowy, blogi uzależnionych pacjentów w trakcie i po leczeniu, fora internetowe, newsy ze świata na temat rynku przemytniczego, doniesienia policyjne, informacje na temat prawa, to wszystko może być przydatne w edukowaniu społeczeństwa na

temat zagrożeń związanych z używaniem narkotyków. Zainwestowanie przez Guardian Media Group w tak rozbudowany system informacyjny na temat narkotyków i alkoholu poprzedzone było badaniami związanymi z tzw. wskaźnikiem CPT (koszt jednorazowego dotarcia z reklamą internetową do tysiąca osób z grupy docelowej). Na stronie „atakuje” nas sieć bannerów i reklam kontekstowych, w tym także z branży terapeutycznej. To już nie jest wyłącznie społeczna misja prasy, ale także biznes informacyjny i przychody z reklam.

## EDUKACJA PUBLICZNA W SIECI



### EDUKACJA PUBLICZNA W HONGKONGU

Narcotics Division, Security Bureau to w Specjalnym Regionie Administracyjnym Chińskiej Republiki Ludowej Hongkongu rządowa agencja koordynująca politykę antynarkotykową. Jedno z najważniejszych centrów przemysłowo-finansowych świata, w którym obecnie żyje ok. 7 mln ludzi, znajduje się na szlaku przemytu narkotyków z obszaru „złotego trójkąta” na bogate rynki Chin, Japonii i Stanów Zjednoczonych. Zasobność samego Hongkongu dodatkowo predestynuje go do wystąpienia nasilonego problemu narkotykowego w całej populacji miasta-regionu.

Dlatego ważną częścią działalności Biura jest edukacja publiczna skierowana do wszystkich strategicznych grup docelowych. Na stronie [www.nd.gov.hk/preventiveeducation.htm](http://www.nd.gov.hk/preventiveeducation.htm) znajdziemy wiele przykładów działań podjętych przez rząd w 2008 roku, wykorzystujących środki masowego przekazu. Do najciekawszych można zaliczyć konkurs na film o problematyce używania narkotyków, słuchowisko radiowe, kampanię

SMS-ową czy telewizyjną wykorzystującą spoty pod hasłem: No drugs – No self-destruction, Not Now – Not Ever. Działania Biura w Hongkongu są w szczególności ukierunkowane na współpracę z mediami elektronicznymi i prasą w procesie edukacji publicznej, a także wpływania na politykę antynarkotykową innych instytucji – świadczy o tym choćby fakt, iż twórcy portalu [www.nd.gov.hk](http://www.nd.gov.hk) umieścili dział prasowy przed opisem kierunków polityki narkotykowej realizowanej przez rząd, a doniesienia prasowe aż z ostatnich 8 lat są dostępne on-line.



### RODZICE PRZECIW NARKOTYKOM

Parents. The Anti Drug to jeden z portali prowadzonych w ramach amerykańskiego programu walki z problemem narkotykowym wśród młodzieży. Podwaliny polityczne i finansowe pod długoletni program pod nazwą *The Anti-Drug Media Campaign* zostały stworzone na szczelbu Kongresu Stanów Zjednoczonych w roku 1998. Ten 10-letni program z zakresu edukacji publicznej jest najlepiej finansowanym tego typu programem na świecie i wykorzystuje siłę środków masowego przekazu (w tym sieci internetowej) do zmiany przekonań i zachowań, także wśród rodziców.

Na stronie <http://www.theantidrug.com/> znajdziemy szereg danych informujących o tym, jak ustrzec dziecko przed zagrożeniem powodowanym przez substancje psychoaktywne. Ciekawą propozycją jest interaktywny system porad dla rodziców, oparty na uczeniu się, w jaki sposób stosować prewencję w codziennych kontaktach z dzieckiem.

Szczególną uwagę twórcy strony zwracają na sygnały ostrzegawcze, które świadczą o inicjacji narkotykowej (przede wszystkim dotyczącej marihuany). Strona jest tak skonstruowana, iż w momencie, gdy „test symptomów” wypadła pozytywnie, łatwo odnaleźć interaktywny przewodnik „rodzica w działaniu”, który podejrzewa swoje dziecko o sięganie po narkotyki czy alkohol. Strona jest czytelna i łatwa w obsłudze, a pomysł tzw. panic button (przycisk alarmu, gdy trzeba natychmiast działać!) jest godny polecenia innym instytucjom wykorzystującym internet do działań profilaktycznych. Zachęcam do odwiedzenia tej strony, warto samemu sprawdzić, jak Amerykanie edukują swoją wielojęzyczną społeczność rodziców.

(TZ)



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:  
Fundacja PRAESTERNO  
ul. Widok 22/30  
00-023 Warszawa  
tel.: (022) 621 27 98  
e-mail: [biuro@praesterno.pl](mailto:biuro@praesterno.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński  
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz  
Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,  
Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne