



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (52) 2010

NR 4

2010

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

nie mało mamy w tym roku okrągłych rocznic i okazji do podsumowań. W listopadzie zakończył się czteroletni okres polskiej prezydencji w Grupie Pompidou – okres uwieńczony sukcesami naszych przedsięwzięć na arenie międzynarodowej, a także inicjatywami Grupy, które zostały docenione przez partnerów. Obecnie stery przejmuje Francja, z którą przy tej okazji zacieśniliśmy współpracę. Warto również dodać, że w następnym roku minie 20 lat odkąd wstąpiliśmy do Grupy Pompidou.

W tym roku przypada także jubileusz 10-lecia istnienia ogólnopolskiego Telefonu Zaufania „Narkotyki Narkomania”, powołanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Infolinia, która rozpoczęła działalność w 2000 roku, już dziesięć lat służy fachową informacją, poradą i wsparciem psychologicznym wszystkim, którzy zetknęli się z problemem narkotykowym i szukają rady lub pomocy w tym zakresie. Nieformalną historię problemu narkotyków w Polsce z perspektywy dyżurnego telefonu zaufania przedstawia Małgorzata Maresz. Zebrane podczas rozmów informacje są źródłem cennych danych na temat aktualnej sceny narkotykowej, użytkowników, a także funkcjonowania poradnictwa i leczenia w Polsce.

Z końcem dekady mija jeszcze jedna rocznica. W 1985 roku w Polsce odnotowano pierwsze przypadki zakażenia HIV. O tym, co się zmieniło na przestrzeni tych 25 lat, jak przedstawia się sytuacja w zakresie epidemiologii, profilaktyki HIV oraz leczenia ARV, możemy przeczytać w artykule „HIV i AIDS w Polsce”. Jak pisze Joanna Głazewska z Krajowego Centrum ds. AIDS, nie ma grup szczególnego ryzyka – dzisiaj wiemy, że HIV może dotyczyć każdego, kto podejmuje ryzykowne zachowania.

Choroby zakaźne to także temat drugiego artykułu, autorstwa Magdaleny Rosińskiej i Marty Struzik. Autorki omawiają problem chorób zakaźnych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Polsce i Europie. Prezentowane dane wskazują na względnie optymistyczną sytuację w porównaniu z poprzednimi latami, co wydaje się poświadczać skuteczność podejmowanych działań z zakresu redukcji szkód i profilaktyki.

Stosunkowo często na łamach naszego Serwisu podejmowany jest temat leczenia substytucyjnego. Tym razem jednak przedstawiamy Państwu „substytucję oczami pacjentów”. Marek Wójcik, kierownik poradni leczenia substytucyjnego i autor badania ankietowego przeprowadzonego wśród odbiorców programu, prezentuje interesujące dane, które być może pozwolą zobiektywizować radykalne stanowiska zarówno nadmiernych przeciwników, jak i bezkrytycznych entuzjastów leczenia substytucyjnego.

Polecam Państwu na koniec artykuł Magdaleny Wójcik, przedstawiający wyniki badań skoncentrowanych na identyfikacji czynników związanych z ograniczeniem zachowań problemowych. Prezentowane dane są zaskakujące i rzucają nowe światło na dotychczasową wiedzę dotyczącą niektórych czynników chroniących.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

POTRZEBUJEMY BADAŃ

Z Paulem Griffithsem rozmawia Filip Nawara..... 2

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE – NAJNOWSZE DANE

Artur Malczewski 5

Profilaktyka

JUBILEUSZ OGÓLNOPOLSKIEGO TELEFONU ZAUFANIA „NARKOTYKI NARKOMANIA”

Małgorzata Maresz..... 8

PUBLIKACJA EMCDDA MANUALS: PREVENTION AND EVALUATION RESOURCES KIT

Artur Malczewski 12

Leczenie, redukcja szkód

HIV I AIDS W POLSCE

Joanna Głazewska 13

CHOROBY ZAKAŹNE ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI – NAJNOWSZE DANE ORAZ TRENDY DOTYCZĄCE ZJAWISKA W EUROPIE I W POLSCE

Magdalena Rosińska, Marta Struzik 19

Współpraca międzynarodowa

ZAKOŃCZENIE POLSKIEJ PREZYDENCJI W GRUPIE POMPIDOU

Łukasz Jędruszek..... 23

KALENDARIUM WYDARZEŃ..... 25

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO – CZ. I

Artur Malczewski 26

Badania, raporty

BADANIA ODBIORCÓW PROGRAMU SUBSTYTUCYJNEGO

Marek Wójcik..... 31

CZYNNIKI RYZYKA CZY CZYNNIKI CHRONIĄCE MŁODZIEŻ?

Magdalena Wójcik..... 36

Regiony

MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – WPROWADZENIE

Artur Malczewski 42

MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – RAPORT GMINNY – PABIANICE

Ewelina Ornaf, Joanna Marcinkowska 44

OGŁOSZENIE – KONKURS BADAWCZY..... 48

Internet

WOJNA Z DOPALACZAMI W SIECI III i IV okładka

POTRZEBUJEMY BADAŃ

Z Paulem Griffithsem – dyrektorem Sekcji Naukowej Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) – rozmawia Filip Nawara.



– Jest pan dyrektorem Sekcji Naukowej Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Jaka jest rola Sekcji, a jaka Komitetu Naukowego?

Paul Griffiths: Sekcja Naukowa jest częścią wewnętrznej struktury EMCDDA. Natomiast Komitet Naukowy to odrębna, zewnętrzna jednostka Centrum. W skład Komitetu wchodzi szesnastu zasłużonych, niezależnych naukowców, doboranych pod kątem dokonań w dziedzinach najbliższych powiązanych z problematyką narkotyków i uzależnień. Komitet działa jako rzecznik i koordynator naukowej spójności Centrum oraz dostarcza opinii w zakresie wszelkich działań badawczych EMCDDA.

Sekcja Naukowa jest nowym oddziałem, powołanym w celu usprawnienia prac badawczych Centrum. W jej skład wchodzi cztery jednostki naukowe, odpowiedzialne za wszystkie badania. Większość projektów angażuje po kilka jednostek i połączenie ich służy poprawie wydajności. Nowym organem jest również Dyrektor Naukowy, odpowiedzialny za koordynację i spójność wszystkich prac.

– Komitet Naukowy w „Opinii formalnej” dotyczącej programu EMCDDA z 2010 roku wskazał na potrzebę „naukowo ścisłych i niezależnych analiz” danych dotyczących podaży. Czy takie sformułowanie sugeruje niebezpieczeństwo nadużywania danych?

Nie, wynika ono z faktu, że źródła danych dotyczących podaży nie zostały rozwinięte tak jak w dziedzinie popytu. Kwestie te odnoszą się raczej do zaniedbań niż nadużyć.

– Czy podjęto jakieś dodatkowe działania?

W październiku 2010 roku odbyła się pierwsza europejska konferencja dotycząca rozpoznania wskaźników podaży, na której powołano m.in. trzy techniczne grupy robocze.

Oprócz tego podjęto wspólne działania Komisji Europejskiej i Europolu w obszarze rozpoznania i ograniczenia podaży. Redukcja podaży jest też jednym z punktów Planu Działań EMCDDA na lata 2009–2012.

– Czyli w zakresie podaży ciężar przeniesiono raczej na Komisję i Europol?

Europol jest agencją operacyjną, wspierającą przede wszystkim działania ograniczające podaż. Centrum to agencja informacyjna, jednak badania rynków i użytkowników są istotne również dla działań Europolu.

– Czy przewiduje pan wprowadzenie nowych priorytetów w działalności Centrum na najbliższe lata?

Za strategię odpowiedzialny jest Zarząd EMCDDA. Oprócz wyrównania poziomu ilościowego badań z obszaru popytu i podaży, główny nacisk kładzie się na wyszukiwanie i promowanie dobrych praktyk oraz rozpowszechnianie wiedzy. Istotnym zagadnieniem będzie również śledzenie nowych trendów pojawiających się na rynku narkotykowym i wypracowanie skutecznych metod reagowania na nie.

– Państwa UE stale badają sytuację narkotykową, a zasada „oparcia na dowodach naukowych” jest podstawowym wyznacznikiem działań w polityce. Czy napotkał pan przypadki nadużycia lub słabe strony ściśle naukowego podejścia do problemu narkotyków?

Zadaniem EMCDDA jest wspierać dyskusję opartą na dowodach naukowych poprzez zapewnienie neutralnej oceny tych dowodów. Zdecydowanie popieramy takie podejście, ponieważ tworzy to racjonalną debatę polityczną, która bazuje na rzetelnych informacjach. Jest oczywiste, że nie należy do naszych zadań tworzenie polityki. Ale decydenci kierują się wieloma czynnikami.

Równie skomplikowaną kwestią jest ocena dostępnych danych. Standardem w nauce jest uzyskanie spójnych informacji z dobrze skonstruowanych badań kontrolowanych. Takie badania są kosztowne i często niewykonalne dla niektórych złożonych zagadnień napotykanym w sferze polityki narkotykowej. Dlatego część dostępnych

danych ma tylko ogólny charakter, a proces podejmowania decyzji jest bardziej pragmatyczny.

– Czy może się zdarzyć, że nie da się naukowo udowodnić jakiegoś faktu?

Wydaje mi się, że to odnosi się do wspomnianych trudności w badaniach dotyczących złożonych zagadnień społecznych. W rzeczywistości musimy często oceniać koszty i korzyści różnych posunięć, wykorzystując niedoskonałe dane. To jednak podkreśla potrzebę prowadzenia wysokiej jakości badań oraz dobrego monitoringu.

– Komitet Naukowy rekomenduje „poszukiwanie innowacyjnych metod badań, wykorzystujących nowe technologie”. Czy w najbliższym czasie pojawią się nowe rozwiązania, np. dotyczące problemu narkotyków projektowanych?

EMCDDA rozwija metodologię internetowych badań dostępności narkotyków. Wspieramy również prace w zakresie badania ścieków komunalnych, które również jest innowacyjnym podejściem w monitorowaniu sytuacji narkotykowej.

– Jeszcze w kwestii dowodów – czy mógłby pan wskazać najbardziej szkodliwy mit lub trend w polityce narkotykowej?

Muszę stwierdzić, że nie mam wystarczających danych, aby odpowiedzieć na to pytanie. Patrząc z drugiej strony, w Unii Europejskiej odnotowano duży postęp w walce z wirusem HIV wśród użytkowników iniekcyjnych, poprzez działania, których ważnym elementem jest leczenie substytucyjne.

Jeśli wziąć pod uwagę niektóre państwa graniczące z Unią, to widać w nich poważny problem dotyczący rozprzestrzeniania HIV wśród użytkowników narkotyków oraz działania rządów, które nie zawsze idą w parze z dowodami naukowymi.

– W ostatnim raporcie rocznym EMCDDA, dość mocno akcentuje się problem używania konopi. Poziom zapotrzebowania na leczenie osób sięgających po nie jest znaczący, osoby te plasują się na drugim miejscu, zaraz za użytkownikami opiatów. Jednak zagrożenia związane z tymi dwiema substancjami nie wydają się być porównywalne. Co można wyczytać z tych danych?

Używanie heroiny pozostaje najpoważniejszym problemem Europy. Poziom problemowego używania cannabis i uzależnienia od tego środka cały czas nie jest w pełni zrozumiały. Pracujemy nad poprawą tej sytuacji.

Ujmując problem bardziej ogólnie, szkody, które mogą powodować narkotyki, rozpatrywane są na dwóch poziomach: jednostkowo i w populacji. Stąd popularność występowania danej substancji jest ważna z punktu widzenia szerszej oceny szkód. Zażywanie heroiny oraz przyjmowanie narkotyków dożylnie postrzegane są jako najbardziej szkodliwe formy zachowań, jednak występują one bardzo rzadko.

– W niektórych państwach wskaźnik zapotrzebowania na leczenie (DTI) z powodu cannabis wzrósł nawet o 500% w ciągu dekady. W monografii na temat konopi z 2008 roku niemieccy badacze stwierdzają, że liczby te są odbiciem wzrostu rozpowszechnienia narkotyku i uzależnień. Inny artykuł, którego jest pan współautorem, prezentuje ostrożniejszą ocenę, nie łącząc bezpośrednio liczby zgłoszeń z pojawieniem się problemów. Czy sytuacja rzeczywiście się zmieniła?

Na DTI wpływa wiele czynników, w tym dostępność i atrakcyjność usług oraz możliwości np. przymusowego lub motywującego skierowania na leczenie. Wskaźnik obejmuje przede wszystkim pomoc fachową, podczas gdy w niektórych krajach użytkownicy mogą szukać porad w innych punktach, np. podstawowej opieki zdrowotnej. Na skomplikowany obraz zapotrzebowania na leczenie składają się dostępność i atrakcyjność ofert, ale też system prawny i metody badawcze. Z drugiej strony, nawet uwzględniając te czynniki, stwierdzono wzrost liczby osób dobrowolnie szukających pomocy – choć sytuacja wydaje się stabilizować.

– A jak odnieść się do umieszczenia konopi, w związku z rosnącą potencją THC, pomiędzy twardszymi narkotykami?

EMCDDA wydało niedawno broszurę poświęconą potencji cannabis. Choć mógł nastąpić wzrost przeciętnej ich mocy w średnim okresie, to fakt ten często jest przeceniany. Zawartość THC w konopiach pozostaje względnie stała od kilku lat. Konopie o wysokiej potencji są i w pewnym stopniu zawsze były dostępne. Obecnie mogą mieć większy udział w rynku. Nadal jednak, zważywszy na ilość czynników kształtujących model

używania (częstotliwość i wielkość dawek, czas używania itp.), nie jest jasne, w jakim stopniu, jeżeli w jakimkolwiek, ma to wpływ na problemowe używanie.

– Dostępne wyniki badań cannabis dotyczące zarówno szkód, jak i leczenia wydają się być nieostre. Co jest największym problemem w badaniu tej substancji?

Dobrze opisane są wzory używania cannabis, zwłaszcza intensywnego. Jednak poziom problemów jest w tym wypadku znacznie niższy niż np. dla opiatów. Konopie są raczej narkotykiem eksperymentalnym, niewielka liczba osób wchodzi w dorosłe życie intensywnie ich używając. Wiadomo, że wpływają na funkcjonowanie społeczne oraz naukę. Stwierdzono też ich negatywne działanie w kwestiach zdrowia psychicznego, np. u osób z ukrytymi problemami.

– Konopie są również popularne w mieszanym modelu używania, który coraz częściej traktuje się jako najważniejszy współczesny problem.

Bardzo rzadko zdarza się, aby ktoś używał tylko jednej substancji, zazwyczaj jest ich więcej, zwłaszcza w przypadku stymulantów. Występują też różne rodzaje kombinacji, np. dla neutralizacji działania narkotyku, jak w przypadku benzodiazepin zażywanych po stymulantach, kombinacje wzmacniające działanie, czy też na zasadzie substytutów.

Wzorce używania zależą też często od uwarunkowań kulturowych, jest to bardzo złożony i trudny do zbadania problem.

– A czy jest jakaś cecha wspólna dla użytkowników substancji mieszanych?

Modele są zupełnie różne. Najważniejszy jest fakt, że większość osób używa kilku substancji, najpopularniejsze to alkohol i tytoń, alkohol i cannabis czy kokaina i heroina. Większość uzależnionych od opiatów ma kontakt również z alkoholem, ale nie zawsze uzależniają się od niego. Na pewno przy modelu mieszanym trudniej jest nie zażywać żadnej substancji, a to zwiększa ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych oraz problemów narkotykowych.

– Na konferencji z okazji opublikowania raportu rocznego EMCDDA zalecał pan dużą ostrożność w ocenie skuteczności leczenia osób sięgających po konopie.

Dlaczego tak jest i jakie wskaźniki powinno się stosować oprócz częstotliwości i wielkości dawek?

Programy te są skuteczne, tyle że nie są jeszcze dobrze zbadane. Istnieje sprawdzona metodologia oceny programów leczenia, problem z badaniami polega na trudności doboru jednorodnych grup i nie ma wypracowanych precyzyjnych wzorców, jak np. w przypadku leczenia osób sięgających po opiaty. Pojawiają się jednak obiecujące i ciekawe inicjatywy.

– Mógłby pan podać przykłady takich inicjatyw?

Między innymi interwencje internetowe. Działają one w oparciu o samoocenę i są szczególnie skuteczne na poziomie rozwoju problemu, przy pierwszych sygnałach zagrożenia. Programy takie pomagają zrozumieć zachowania i zmienić je, uświadamiają również istnienie niebezpieczeństw używania substancji. Interesujące są też intensywne badania dotyczące osób z wieloma problemami, gdzie narkotyki to tylko jeden z nich.

– W państwach Europy Centralnej i Wschodniej cały czas problemem jest niedobór programów substytucyjnych. Jakie sygnały docierają z tych państw do Centrum?

Z Polski docierają pozytywne informacje dotyczące HIV. Trudności w obszarze dostępności leczenia mogą się wiązać z faktem, że na Zachodzie wcześniej pojawił się problem z HIV i wcześniej rozpoczęto działania. Jak rozumiem, programy leczenia substytucyjnego napotykają też na pewien opór społeczny.

– W Wielkiej Brytanii zajmował się pan m.in. problemem leczenia z uzależnienia od opiatów. Czy tam również występowały takie trudności?

Na początku, w latach 80. ubiegłego wieku, tak. Głównym problemem było kojarzenie narkomanów z przestępcami, co powodowało obawy związane ze stosowaniem wobec nich programów substytucyjnych.

– Jak długo trwało wprowadzanie zmian?

Zmiany następowały stopniowo. Dwie rzeczy szczególnie przemawiały na korzyść programów: ograniczenie HIV, powszechnie znanego zagrożenia, oraz stale powiększająca się liczba badań, które przebiegały się do świadomości polityków. Teraz toczy się debata dotycząca resocjalizacji klientów programów, przede wszystkim liczby osób

leczących się długoterminowo, które wracają do regularnego funkcjonowania w społeczeństwie.

– *Dziękuję za rozmowę.*

Publikacje:

Analiza ścieków komunalnych – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/wastewater> oraz streszczenie w jęz. polskim – http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_65650_PL_Summary_Wastewater_PL_Final.pdf

Monografia nt. cannabis – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>

Potencja cannabis – <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33984EN.html>

Model mieszany spożycia – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>

Redukcja szkód – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Leczenie starszych użytkowników narkotyków – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/older-drug-users>

Dane epidemiologiczne wskazują na zahamowanie tendencji wzrostowych, a nawet pierwsze oznaki tendencji spadkowych używania narkotyków. Na polskim rynku narkotykowym dominują przetwory konopi oraz amfetamina.

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE – NAJNOWSZE DANE

Artur Malczewski

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

Heroina – stabilizacja problemu

Opiaty należą do jednych z najbardziej niebezpiecznych narkotyków. Liczba problemowych użytkowników heroiny szacowana jest na poziomie około 25-27 tys. osób (dane za 2005 rok). Według ostatnich informacji skalę zjawiska używania heroiny w Polsce możemy określić jako stabilną, a nawet wskazującą na tendencję spadkową. Ta hipoteza wymaga jednak dalszej weryfikacji. Prawdopodobnie coraz mniej jest też iniekcyjnych użytkowników heroiny. Programy wymiany igieł i strzykawek odnotowują spadek liczby odbiorców swoich działań w ciągu ostatnich lat. Badanie przeprowadzone przez CINN KBPN w 2008 roku wykazało, że 75% odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek to użytkownicy heroiny. W ramach monitorowania problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków zbierane są dane o zakażeniach HIV oraz zgonach z powodu narkotyków. Trend nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków jest stabilny. W 2008 roku odnotowano lekki wzrost zgonów z powodu narkotyków z 214 w 2008 roku do 244 w 2009 roku. Jednakże w większości przypadków nie znamy substancji, która była przyczyną zgonu. Trend długookresowy śmiertelnych przedawkowań (tj. od roku

1997 roku) jest stabilny i kształtuje się w przedziale od 320 do 214 zgonów. Dane otrzymane z pilotażowego projektu zgłaszalności do leczenia pokazują, że prawie co trzecia osoba, która zgłosiła się do leczenia, używała problemowo heroiny. Osoby uzależnione, w tym od heroiny, mogły się leczyć w 87 ośrodkach stacjonarnych w Polsce. W 2008 roku 12 582 osób podjęło leczenie w placówce stacjonarnej. Oprócz ośrodków całodobowych dla osób uzależnionych od opiatów dostępne jest leczenie substytucyjne. Tego typu leczenie stosuje się w Polsce od 1992 roku. Według ostatnich danych w Polsce działają 23 programy leczenia za pomocą metadonu dla prawie 2000 pacjentów. Aktualni użytkownicy narkotyków w iniekcjach mogą otrzymać sprzęt w jednym z 13 programów wymiany igieł i strzykawek. W 2009 roku 3100 odbiorców skorzystało z programów wymiany igieł i strzykawek. W ciągu ostatnich kilku lat nastąpił spadek liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków, z których jak to już zostało wspomniane, większość są to osoby zażywające opiaty. Informacji o problemach związanych z heroiną dostarczają służby zajmujące się zwalczaniem przestępczości narkotykowej. Ostatnie dane dotyczące konfiskat wskazują na wzrost ilości skonfiskowanej heroiny w Polsce. W 2009 roku ujawniono 86 kg tego narkotyku, a w 2008 roku 79 kg. W 2009 roku policja

ujawniła także ponad 4 litry polskiej heroiny (kompot). Jednocześnie należy odnotować spadek liczby przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z powodu heroiny z 2416 w 2008 roku do 2070 (w tym 271 przestępstw z powodu kompotu) w 2009 roku. Połowa przestępstw heroinowych stwierdzona została z artykułu 62 ustawy (posiadanie narkotyków). Na nielegalnym rynku brązowa heroina była sprzedawana najczęściej w cenie 200 zł za gram (2009 dane policji). Kompot, czyli polska heroina, oferowana była najczęściej w cenie 10 zł za cm³ (2008 dane CINN KBPN).

Kokaina – niewielka popularność

Rozpowszechnienie używania kokainy w Polsce jest niewielkie. W 2009 roku 1% osób w wieku 15-75 lat deklaruował używanie kokainy kiedykolwiek w życiu. Najbardziej popularnym stymulantem w Polsce jest amfetamina. W 2009 roku liczba skonfiskowanej kokainy wzrosła do 117 kg (29 kg w 2008 roku), także liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy zwiększyła się z 377 do 477. Jednakże należy podkreślić, że przestępstwa kokainowe stanowią niewielki odsetek wszystkich czynów karalnych z ustawy (około 0,7%). Połowa przestępstw kokainowych to przestępstwa z artykułu 62 (posiadanie). Kokaina jest najdroższym narkotykiem na czarnym rynku. Wysoka cena ma z pewnością wpływ na niedużą popularność tego narkotyku. Na nielegalnym rynku kokaina była najczęściej sprzedawana w cenie 240 zł za gram (2009 dane policji).

Narkotyki syntetyczne – ecstazy oraz amfetamina

Ostatnie badania dotyczące używania narkotyków syntetycznych przeprowadzono w 2008 roku wśród młodzieży (18-19 lat) oraz w 2009 roku w całym społeczeństwie (15-75 lat). Obydwa zostały powtórzone przez KBPN pod koniec 2010 roku. Jednak wyniki pomiarów z 2010 roku będą dostępne dopiero w 2011 roku. Według ostatnich dostępnych danych w 2008 roku 5,5% młodzieży szkolnej w wieku 18-19 lat przyznało się do zażycia ecstazy kiedykolwiek w życiu oraz 1,3% dorosłych (2009). W przypadku amfetaminy odsetki były wyższe. Prawie co dziesiąta osoba w wieku 18-19 lat przyznała się do zażycia amfetaminy kiedykolwiek w życiu (9%), a wśród dorosłych odsetek ten wynosił 2,8%. Wśród osób korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek, 61% to użytkownicy amfeta-

miny. Uzupełnieniem informacji o rozmiarach używania narkotyków syntetycznych są dane od służb zajmujących się redukcją podaży na narkotyki. Ilość skonfiskowanej amfetaminy wzrosła do 422 kg w 2009 roku (z 356 kg w 2008 roku), ale spadła liczba skonfiskowanych tabletek ecstazy z 652 tys. W 2008 roku do 219 tys. W 2009 roku. Oprócz ilości skonfiskowanych narkotyków dostępne są dane o liczbie przestępstw. W 2009 roku wzrosła liczba przestępstw popełnionych z powodu amfetaminy (z 1327 w 2008 roku do 1454 w 2009 roku). W przypadku ecstazy mamy odwrotną tendencję, czyli spadek z 2279 (2008 rok) do 1863 (2009 rok). W 2009 roku połowa przestępstw amfetaminowych stwierdzona była z artykułu 62, a w przypadku ecstazy co czwarte przestępstwo to przestępstwo z artykułu 62. Najwięcej przestępstw z powodu ecstazy stwierdzono z artykułu 59 (nakłanianie do zażywania narkotyków) – 46%. W latach 2006–2008 policja w każdym roku wykrywała około 15 laboratoriów produkujących amfetaminę. W 2009 roku ujawniono o połowę mniej laboratoriów (8). Na nielegalnym rynku amfetamina była najczęściej sprzedawana w cenie 36 zł za gram (2009 dane policji). Tabletki ecstazy najczęściej oferowane były w cenie 12 zł (2009 dane policji). Według danych Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego (CLK) średnia czystość amfetaminy zmniejszyła się w ciągu ostatnich lat do 24% (2009 rok). Najbardziej typowa (modalna) wartość procentowa była mniejsza i wynosiła 17%. Tabletki sprzedawane na rynku jako ecstazy zawierają różne substancje z grupy amfetamin. Co czwarta tabletkę w składzie miała MDMA, MDEA, MDA. Co trzecia mieszanekę amfetaminy z MDMA. 12% tabletek zawierało tylko amfetaminę.

Konopie i haszysz – najbardziej popularne narkotyki

Pochodne konopi są najbardziej popularną substancją nielegalną. 30,5% młodzieży szkolnej w wieku 18-19 lat przyznało się do zażycia konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu (2008 rok), wśród dorosłych – 5,3% (2009). Porównując wyniki badań dotyczących używania konopi, odnotowujemy trend spadkowy w ich używaniu. W 2009 roku wzrosła ilość skonfiskowanej marihuany z 493 kg (2008 rok) do 883 kg (2009 rok), ale spadła ilość skonfiskowanego haszyszu z 114 kg do 17 kg. Z drugiej strony w Polsce rozwijają się uprawy konopi. W 2009 roku policja wykryła 422 uprawy, co jest ponad trzykrotnym wzrostem w porównaniu do roku 2008. Ujawnianie upraw stanowi niewielką część przestępstw

z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii popełnionych w związku z produktami konopi. W 2009 roku stwierdzono 45 756 przestępstw z powodu marihuany lub haszyszu, co oznacza wzrost o 25% w stosunku do roku 2008 (35 925 przestępstw). Na nielegalnym rynku w 2009 roku marihuana była sprzedawana najczęściej w cenie 28 zł za gram. Średnia zawartość THC w marihuanie wynosiła 8%.

Podjęte działania

W ostatnich latach w ramach przeciwdziałania narkomanii zwiększono dostępność programów leczniczych i profilaktycznych oraz pracowano nad poprawą jakości wdrażanych programów. W 2009 i 2010 roku kontynuowane były prace nad podnoszeniem jakości działań profilaktycznych poprzez stworzenie systemu rekomendowanych programów profilaktycznych oraz opracowanie europejskich standardów jakości programu profilaktycznego. Dynamicznie zmieniająca się scena narkotykowa wymagała objęcia monitorowaniem nowych substancji. W 2008 roku rozpoczęto monitorowanie problemu dopalaczy poprzez realizację ogólnopolskich badań (wśród młodzieży), w 2009 roku także w populacji dorosłej oraz w roku 2010 wśród obu grup. Wyniki badań realizowanych wspólnie z Fundacją CBOS oraz SMG/KRC zostały przedstawione w niniejszym artykule w analizie sytuacji dotyczącej poszczególnych substancji. Odpowiedzią na nowe zjawisko było wdrożenie nowych kampanii profilaktycznych. Od 2008 roku KBPN zrealizowało dwie kampanie profilaktyczne: „Dopalacze mogą Cię wypalić” (2008 rok) oraz „Brałeś, nie jedź” (2009 rok). Ważnym partnerem w działaniach mających na celu ograniczenie skali zjawiska używania narkotyków były gminy i urzędy marszałkowskie. Należy podkreślić wzrost zaangażowania samorządu lokalnego w profilaktykę. W 2009 roku gminy wydały na przeciwdziałanie narkomanii 64 mln złotych. Zwiększyły się nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na leczenie osób uzależnionych w ramach realizacji KPPN. W 2009 roku NFZ wydał na leczenie osób uzależnionych ponad 110 mln złotych. Zwiększa się dostępność leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków. W ciągu ostatnich lat powstały nowe ośrodki leczenia dla osób uzależnionych oraz programy metadonowe. Wzrasta także aktywność policji oraz inspekcji sanitarnej. Liczba przestępstw stwierdzonych wzrosła z 57 382 w 2008 roku do 68 288 w 2009 roku, a liczba osób podejrzanych z 25 971 (2008 rok) do 26 204 (2009 rok).

Podsumowanie

Dane epidemiologiczne wskazują na zahamowanie tendencji wzrostowych, a nawet pierwsze oznaki tendencji spadkowych używania narkotyków. Na polskim rynku narkotykowym dominują przetwory konopi oraz amfetamina. Należy odnotować zwiększenie kontroli rynku narkotykowego poprzez intensyfikację działań policji i innych służb. Nastąpił także wzrost nakładów na działania z zakresu redukcji popytu (NFZ – leczenie, samorząd terytorialny – profilaktyka). Uwagi wymaga wzrost dostępności programów redukcji szkód – większa dostępność leczenia substytucyjnego.

Bibliografia

- Ahlström S., Hibell B., Guttormorsson U., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., „The 2007 ESPAD Report”, The Swedish Council for Information on Alcohol and others Drugs, Stockholm 2009.
- Badora B., Kolbowska A., Lutostański M., Kalka J., Wenzel M., Wciórka B., Feliksiak M., Roguska B., Pankowski K., Gwiazda M., „Raport z badania konsumpcji substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008”, CBOS, Warszawa 2008, http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=169974.
- Malczewski A., Bukowska B., Jabłoński P., Kidawa M., Struzik M., Sokołowska E., Radomska A., Chojecki D., Bajerowska B., Jędruszek Ł., Muszyńska D., Krawczyk W. (red.), „Raport krajowy 2010: Sytuacja narkotykowa w Polsce”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010.
- Malczewski A., Struzik M., Jaśkiewicz A., „Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogramowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (maszynopis), http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=216384.
- Malczewski A., „Raport z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez gminy w 2009 – zakres działania oraz trendy”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (maszynopis).
- Malczewski A., „Nielegalny rynek oraz redukcja podaży na narkotyki”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (maszynopis), http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=258540.
- Malczewski A., „Zgony z powodu narkotyków analiza trendów i zróżnicowania terytorialnego”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (maszynopis), http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=243868.
- Malczewski A., Kidawa M., „Używanie substancji psychoaktywnych w populacji generalnej – wyniki badania z 2009 roku”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 3/2010, http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=258735.
- Sierosławski J., „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=180387.

Telefon Zaufania „Narkotyki Narkomania” działa już 10 lat. Przez ten czas odnotowano w nim blisko 15 tys. rozmów. Stabilność pracy telefonu gwarantują środki finansowe, które pochodzą z budżetu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dlatego często, szczególnie w weekendy, osoby dyżurujące słyszą od rozmówców, że był to jedyny numer, po wybraniu którego ktoś podniósł słuchawkę.

JUBILEUSZ OGÓLNOPOLSKIEGO TELEFONU ZAUFANIA „NARKOTYKI NARKOMANIA”

Małgorzata Maresz

Kierowniczka Telefonu Zaufania „Narkotyki Narkomania”

Pierwsze koty za płoty

Dziesięć lat temu, 20 listopada 2000 roku, o godz. 16.00, rozpoczął się inauguracyjny dyżur Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania „Narkotyki Narkomania”. Jak można przeczytać w założonym pierwszego dnia i prowadzonym cały czas „Dzienniku pokładowym” Telefonu, do godz. 21.00 zadzwoniło sześć osób, w tym ostatnia o 20.50, i rozmowa przeciągnęła się do 21.20, czemu dyżurna sprostała w świeżym poczuciu misji. Od razu pojawiły się różnorakie wątpliwości: a to co do prawidłowości zastosowanych rozwiązań prawnych w przypadkach opisywanych przez klientów, a to co do istoty opisywanej przez matkę substancji znalezionej w pokoju syna itd. Kolejne dyżury mnożyły te wątpliwości, a jednocześnie prężny ośmioosobowy zespół szybko tworzył swój warsztat pracy: uzupełniał bazę danych, zdobywał i dzielił się informacjami, a jednocześnie... skarżył się na nudę. No bo bywało, że telefonów było jeden, dwa, albo wcale. „Co ja będę pisała, jest 19.00 i cisza – jak w polskim filmie, i ani śladu drogi na Ostrołękę”. Ale już następnego dnia inna dyżurna ma jeden telefon za drugim i nie nadąza wypełniać tabelki, czyli krótkich zapisów rozmów, na podstawie których można było wykonać statystykę, a nawet pokusić się o analizę zgłaszanych przez klientów problemów. Jednak przestoje były bardzo irytujące, świadczyły o niewykorzystanym potencjale i mobilizowały do intensywnych starań o rozpropagowanie naszego telefonu w możliwie największej ilości mediów. Starania te dały rezultaty, frekwencja stopniowo rosła: liczba 2,6 rozmów dziennie w pierwszym miesiącu po niespełna roku podwoiła się, lecz do

dzisiaj nie ma żadnej regularności, może oprócz jednej – telefon dzwoni częściej po weekendach i po świętach. Z czasem dyżurni się do tego przyzwyczaili, a rozwój internetu nie pozwala na nudę.

Zespół się szkoli

Z naszym telefonem nie byliśmy pierwsi. Już w 1986 roku powstało, z potrzeby rodziców, których dzieci sięgały w latach 80. po narkotyki – Pogotowie Makowe – telefon zaufania dla rodzin, początkowo z terenu Warszawy, a w końcu o zasięgu ogólnopolskim, który prowadzony był przez wiele lat na zasadzie wolontariackiej. Jest to wielce zasłużona instytucja, działająca do dzisiaj w ramach Stołecznego Oddziału Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, z której doświadczeń, szczególnie w zakresie zbierania i rejestrowania danych, chętnie korzystał również nasz telefon.

Nie jesteśmy dla siebie konkurencją, zapotrzebowanie na wsparcie telefoniczne jest i będzie spore. Ale wracając do początków: nagle okazało się, że mimo iż wszyscy dyżurni zajmują się „z urzędu” przeciwdziałaniem narkomanii, to, niestety, mają „podstawowe braki w wykształceniu”, gdyż nie wiedzą, ile kosztuje działka amfetaminy i jak się ją odmierza, a o to pytają często zdezorientowani rodzice, którzy podali też kiedyś listę odczynników chemicznych z zapytaniem, czy przy ich pomocy można wyprodukować narkotyk, bo kolega syna takie posiada. Nie zajmowaliśmy się jednak tego rodzaju instruktażem. Staraliśmy się natomiast wytłumaczyć, że opieka matczyna nie polega na tym, że gdy dorosły syn

gotuje w domu „kompot”, to matka daje mu pieniądze na składniki i dziwi się, że nie chce się leczyć. Były to czasy, gdy trafiały się jeszcze tak proste sytuacje.

Zespół się szkolił. Na początku korzystając z superwizji najbardziej doświadczonych ekspertów z Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej – Marka Ignaczaka i Adama Kłodeckiego, a następnie pogłębiając swoją wiedzę o mechanizmach uzależnienia i współuzależnienia, funkcjonowaniu rodziny, w której ktoś (zwykle dziecko) sięga po narkotyki, prowadzeniu trudnych rozmów – pod kierunkiem Ewy Czarneckiej z Centrum Pomocy Rodzinie Towarzystwa „Powrót z U”. Na temat działania samych substancji psychoaktywnych szkoliła nas Karina Chmielewska – ordynator oddziału detoksykacyjnego z Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Niezapomniane było szkolenie na temat skutków nadużywania przez młodzież anaboliów, przeprowadzone przez trenera związanego z AWF – Pawła Wronę.

Zapuszczamy żurawia w polską scenę narkotykową

Statystyczne podsumowania za rok 2001 – pierwszy pełny rok działania naszego telefonu – wyraźnie ujawniły charakterystykę naszych rozmówców, która z niewielkimi odchyleniami utrzymuje się nadal: 2/3 z nich stanowiły kobiety, przeważnie (w 75%) matki biorących dzieci. Wśród mężczyzn również przeważali ojcowie (w 60%). Z własnym problemem narkotykowym dzwoniło zaledwie 13% rozmówców. Wyodrębniliśmy też kategorię „obserwatorów” – czyli osoby spoza rodziny, które z różnych względów zawodowych, prywatnych weszły w orbitę problemów narkotykowych (sąsiad, nauczycielka, koleżanka z pracy matki narkomana). Takie osoby stanowiły ponad 16% dzwoniących w pierwszym roku pracy Telefonu.

Informacja o miejscu skąd dzwonił rozmówca, którą w większości przypadków udawało nam się uzyskać (tylko wtedy można było wskazać miejsca profesjonalnej pomocy), pozwalała na wyodrębnienie trzech skupisk problemów narkotykowych: Warszawa i jej aglomeracja, województwa zachodnie, ze szczególnym wskazaniem na lubuskie, oraz województwo śląskie. Ta geografia pokrywała się z wynikami badań epidemiologicznych, przy czym w pierwszym roku działania Telefonu przeważająca większość połączeń pochodziła z dużych miast.

Dane powyższe, choć ciekawe, nie odzwierciedlały jednak w sposób zadowalający bogactwa informacji na temat sceny narkotykowej, jakie docierały do nas za pośrednictwem telefonu z całej Polski. Dlatego, po konsultacjach z Pogotowiem Makowym, postanowiliśmy rozszerzyć zakres zbieranych informacji. Zaczęliśmy zapisywać dane nie tylko o rozmówcach, ale również o użytkownikach narkotyków, których rozmowa (przeważnie z rodziną) dotyczyła. Nie jest to trudne, skoro dzwoniący zwykle z własnej potrzeby dokładnie opisują to rodzinne utrapienie. Oprócz płci zostały wprowadzone trzy kategorie wiekowe: do lat 16, między 16. a 18. rokiem życia i powyżej lat 18. Zaczęliśmy też odnotowywać substancje, których używają bohaterzy naszych rozmów. Innowacja wprowadzona została w maju 2002 roku, zatem pierwszym rokiem, jaki można było podsumować w całości pod kątem nowych informacji, był rok 2003. Okazało się, że spośród tych osób, które same mówiły o swoim problemie, bądź o ich problemie się mówiło, blisko 60% było ludźmi dorosłymi, którzy ukończyli co najmniej 18 lat, 27% mieściło się pomiędzy 16. a 18. rokiem życia, a mała grupa poniżej 16. roku życia stanowiły niecałe 14%.

Wśród substancji, których nazwy padały najczęściej, dominowały marihuana i syntetyki, heroina wymieniana była cztery razy rzadziej niż te specyfiki razem wzięte. 12% rozmów dotyczyło innych środków, takich jak: kleje, leki, sterydy, alkohol oraz zaburzeń psychicznych, przemocy w rodzinie, samotności, HIV/AIDS. W tym czasie Telefon na tyle zwiększył swoją popularność, że pojawiły się stałe klientki, zjawisko to trwa do dziś i znane jest każdemu telefonowi zaufania. Osoby te potrafią okresowo dzwonić kilka razy na tydzień w kwestiach niezupełnie związanych z zażywaniem jakichś substancji. Jest to sprawa delikatna, bo telefon zaufania nie jest kozetką terapeuty, lecz starania zmierzające do zachęcenia rozmówcy do skorzystania z pomocy specjalistycznych placówek, zwykle nie dają rezultatu. Większość po zażegnaniu kryzysu życiowego związanego np. z rozwodem, rozpoczęciem studiów, trudnościami z dorastającymi dziećmi – znika, nie liczne zostają, choć z czasem dzwonią zdecydowanie rzadziej.

Dane, które udaje się uzyskać od ok. 80% rozmówców, nie stanowią dowodu o znaczeniu badawczym, jednakże są ciekawym potwierdzeniem wyników analiz spełniających kryteria naukowe, wzbogaconym o czasem bardzo

soczyste opisy życiowych przypadków przechowywane w „Dzienniku pokładowym”.

Siła społecznej kampanii

Z roku na rok frekwencja w Telefonie rosła, by osiągnąć jak na razie swoje apogeum w roku 2005. Był to rok zainicjowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii społecznej kampanii „Bliżej siebie, dalej od narkotyków”, skierowanej do rodziców i opiekunów młodzieży sięgającej po środki psychoaktywne. Telefon był jednym z narzędzi kampanii. Jego numer widniał na wszystkich materiałach promujących akcję. Dla zwiększenia dostępności, na trzy kampanijne letnie miesiące uruchomiono dodatkowe stanowisko telefoniczne. Dzięki temu w tym okresie frekwencja wprawdzie się nie podwoiła, ale wzrosła o połowę, odbierano po kilkanaście telefonów w ciągu dyżuru. W skali roku wzrost wynosił 1,5 rozmowy dziennie w stosunku do „niekampanijnego” roku poprzedniego. Co ciekawe, kampania sprawiła, że liczniej dzwoniły do nas osoby bezpośrednio niezwiązane z problemem, a jedynie sprowokowane nagłośnieniem medialnym tematu, można powiedzieć – przedstawiciele opinii publicznej. Częściej niż zwykle dzwonił też mężczyźni, znacznie częściej poruszano problemy związane z marihuaną. Trend ten i zainteresowanie Telefonem utrzymywały się do końca roku. Przez następny rok – 2006, kampania była kontynuowana, ale już bez uruchamiania dodatkowych mocy, mimo to frekwencja w miesiącach letnich przekraczała sześć telefonów dziennie.

Od 2007 roku dał się jednak odczuć wyraźny spadek liczby telefonów. Szukając przyczyn takiego stanu rzeczy w niedostatecznej – na skutek braku medialnej kampanii – promocji Telefonu, pytaliśmy rozmówców, skąd znali nasz numer. Okazało się, że źródła informacji były bardzo liczne: od ulotek pobieranych w miejscach publicznych (szkoły, przychodnie, pomoc społeczna, parafie), poprzez najróżnorodniejsze czasopisma (tabloidy, fachowe pisma medyczne, poradniki farmaceutyczne, codzienna prasa), po książkę telefoniczną i internet. Te dwa ostatnie źródła wymieniane były najczęściej. Świadczyło to o sporej dostępności informacji o numerze naszego telefonu i można było spokojnie stwierdzić, że ten kto szuka, ten znajdzie.

Przekonaliśmy się więc po raz kolejny, że siła kampanii medialnych polega na tym, że trafiają również do osób,

które specjalnie nie szukają, a jednak potrzebują rozmów o problemach narkotykowych. Bez nich frekwencja w Telefonie spadała, ale mogły być też tego i inne przyczyny. Po pierwsze, w międzyczasie powstało sporo lokalnych telefonów zaufania, które stały się dla nas zdrową konkurencją, a po drugie, dane epidemiologiczne właśnie zaczęły wskazywać, że rozwój problemu jakby stracił na dynamizmie.

Z dzieckiem w tle

Przez wszystkie lata działania Telefonu proporcje pomiędzy dwoma podstawowymi narkotykami zażywanymi przez osoby dzwoniące z własnym problemem, bądź będące przedmiotem rozmowy, utrzymywały się na podobnym poziomie: marihuanę zażywało ok. 38-40% osób, a syntetyki ok. 32-35%. Heroinę początkowo wymieniało ok. 15% rozmówców, reszta substancji oraz inne problemy zgłaszane w Telefonie stanowiły 10-12%. W roku 2006 pierwszy raz kategoria „inne” (środki odurzające, sprawy) przewyższyła o 1% problemy związane z zażywaniem heroiny.

Trend ten utrzymywał się w latach następnych. Liczba rozmów o heroinie malała, wzrastała za to kategoria tzw. inne. Żaden problem nie wybijał się jednak na pierwszy plan, choć częściej niż w latach poprzednich rozmowy dotyczyły kokainy.

Z biegiem lat sięganie po narkotyki stało się również problemem małych miejscowości. Czasem w Telefonie słyszało się: u nas na wiosce w każdym domu jest narkoman.

Wśród użytkowników substancji psychoaktywnych, o których uzyskano informację o wieku, systematycznie zaznaczał się wzrost liczby osób dwudziestokilkuletnich i starszych.

Upływ czasu powodował, że z młodzieży eksperymentującej z narkotykami na początku dekady wyłaniała się coraz większa grupa młodych dorosłych mających poważne problemy życiowe (2003 rok – 59%, 2008 rok – 70% populacji bohaterów rozmów). Rozmowy toczą się więc nie tylko z rodzicami czy rodzeństwem, ale również dzwonią żony czy partnerki, coraz częściej w tle płacze lub gaworzy dziecko.

Z drugiej strony kłopoty wywołane przyjmowaniem środków odurzających zgłaszano w stosunku do coraz mniejszej grupy nieletnich (2003 rok – 14%, a w 2008 roku ok. 9% populacji bohaterów rozmów). Wskaźnik

ten jednak w 2009 roku nieznacznie wzrósł. Stało się to prawdopodobnie za sprawą coraz częściej pojawiających się w Telefonie nowych środków odurzających, będących w dodatku w legalnym obrocie – dopalaczy. Łącznie przez 10 lat pracy Telefonu odnotowaliśmy blisko 15 tys. rozmów, co stanowiło średnio 4 rozmowy w ciągu dyżuru.

Kolega zażył „tajfuna” i odlatuje

Prawdziwą inwazję telefonów związanych z dopalaczami przeżyliśmy jednak dopiero w roku 2010, i przysporzyło nam to wielu trudności. Po pierwsze, ciężko było nadążyć ze zdobywaniem informacji o nowych, pojawiających się na rynku środkach odurzających i w ten sposób dyżurny znajdował się w bardzo niekomfortowym położeniu, gdy nie mógł nawet w przybliżeniu określić, co mogło zażyć dziecko dzwoniącego, zrozpaczonego rodzica, i jak działa ta substancja. Coraz wymyślniejsze nazwy specyfików są w dodatku (najpewniej w samym zamyśle) bardzo mylące. Pojawiła się na przykład na rynku kierowana specjalnie do najmłodszych „biała tabaka” – biały proszek z mentolem do wciągania przez nos – niby nic, a ile radości dla 12-latka, który pragnie jak stary „zażyć tabaki”.

Następną przeszkodą w udzieleniu fachowej porady stał się fakt, że dostępne w aptekach testy nie obejmują nowych substancji, więc trudno je polecać. Legalność dopalaczy stwarzała ponadto bardzo skomplikowane sytuacje moralno-prawne, co ilustruje przypadek pewnego 18-latka, który zakupił trzy działki dopalacza w legalnym sklepie przy głównej ulicy miasta, a następnie poszedł do parku z dwojgiem nieco młodszych od siebie przyjaciół. Zapalili nowy towar, ale nieoczekiwanie dla nich dymek o podejrzanym zapachu dotarł do przechadzających się nieopodal stróżów prawa. Rezultat? Zrozpaczona, dzwoniąca do nas w niedzielę matka, bo chłopak drugi dzień siedzi w areszcie, oskarżony o posiadanie i udzielanie nieletnim nielegalnych substancji odurzających. Co z tego, że myślał, że są legalne, paragonu nie wziął. Nawet jednak gdyby wziął, niewiele by mu to pomogło.

Jak już nieraz pisano, użytkownicy nowych wynalazków (bo handel w różnych formach się nie skończył) są przez ich producentów traktowani jak króliki doświadczalne, stąd też takie dramatyczne rozmowy:

- Kolega zażył „tajfuna” i odlatuje.
- Czy nie o to mu chodziło?

- No tak, ale on mdleje!...
- To proszę natychmiast zadzwonić po pogotowie!
Połączenie przerwane...

Meandry polityki narkotykowej i ich ofiary

Zdarza się, że sprawy, z którymi dzwonią nasi klienci, ukazują różne dramatyczne przypadki, gdy nieuzasadnione podejrzenie o narkotyki jest źródłem upokorzeń lub manipulacji. Można tu przytoczyć dwie sytuacje: mąż policjant częstuje żonę ciastem z marihuaną, a następnie aranżuje przebadanie jej na obecność narkotyków (była na przepustce ze szpitala), wszystko po to, by skompromitować ją przed sądem podczas sprawy rozwodowej i pozbawić ją opieki nad dzieckiem.

W innym przypadku młoda dziewczyna w drugi dzień świąt Bożego Narodzenia mdleje będąc na nartach. Na pogotowiu bez uprzedzenia robią jej test na obecność narkotyków, i wychodzą opiaty, gdyż przed wyjściem na stok jadła kutię, która została z wigilii. Policja spektakularnie przeszukuje (bez rezultatu) jej pokój w pensjonacie, który dzieli z koleżanką oraz powiadamia rodziców, pomimo że dziewczyna jest pełnoletnia.

Tym i podobnym zdarzeniom sprzyjał represyjny zapis ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii o karaniu za posiadanie każdej ilości nielegalnych substancji odurzających.

Wśród stałych klientów dzwoniących do nas w ostatnich latach pojawiły się osoby uzależnione od heroiny. Rysuje się wśród nich dramatyczny podział na tych, którzy korzystają z programu substytucyjnego i mimo różnych dolegliwości w miarę normalnie funkcjonują, i tych, którzy z racji swego miejsca zamieszkania do takiej terapii dostępu nie mają. Ich życie to pasmo szarpaniny pomiędzy kolejnymi próbami abstynencji i dotkliwymi porażkami na tym polu. Telefon to wprawdzie dla nich jakieś koło ratunkowe, ale nie zastąpi należynej oferty terapeutycznej, której władze samorządowe im odmawiają w imię sztywnych dogmatów lub z powodu zwykłej ignorancji.

Telefoniczne więzi

Wprawdzie od początku istnienia Telefonu mieliśmy kontakt z przedstawicielami Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej (PTPT), jednak z kolegami

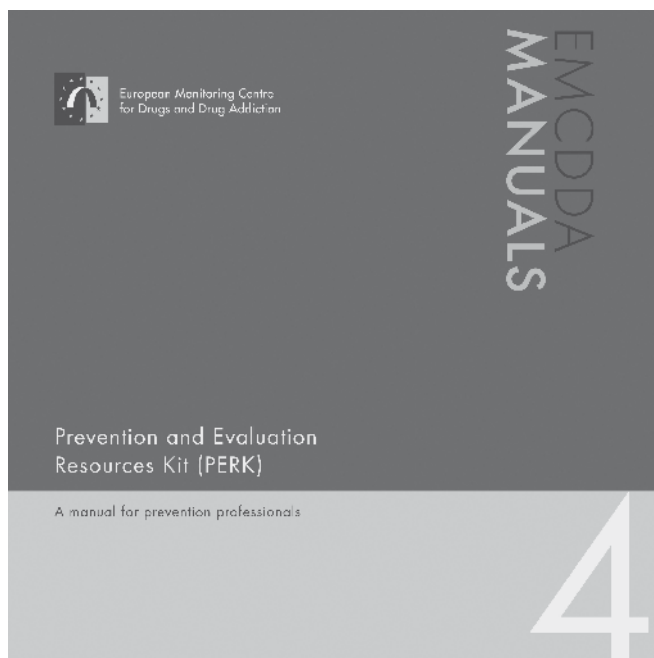
dyżurnymi z innych telefonów zaufania z całej Polski zetknęliśmy się dopiero w roku 2007, na szkoleniu organizowanym przez Fundację ETOH, które co roku jest kontynuowane dzięki m.in. dofinansowaniu ze środków Krajowego Biura. Fakt ten pozwala umieszczać w programach spotkań tematy związane z narkotykami. Od 2009 roku jeździmy też na jesienią konferencję organizowaną corocznie przez PTPT w Sopocie. Spotkania te pozwalają na poznanie pracy, sposobu zorganizowania, zasad panujących w innych telefonach, możemy się też przekonać, jak wiele osób różnych profesji poświęca często bezinteresownie swój czas na pomoc telefoniczną, czerpiąc z tego osobistą satysfakcję.

Pomoc świadczona w telefonach zaufania to wciąż niedoceniany, permanentnie niedofinansowany segment opieki zdrowotnej, dzięki której wiele osób odzyskuje

równowagę psychiczną. Można przypuszczać, że wiedza o problemach społecznych i zdrowotnych, gromadzona w sposób anonimowy w telefonach zaufania, która może nigdy nie trafić do placówek profesjonalnych, mogłaby być inspiracją do doskonalenia oferty pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie zdrowia psychicznego. Atutem naszego Telefonu jest jego stabilność, zapewniona dzięki środkom Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Dlatego często, szczególnie w weekendy, słyszymy, że był to jedyny numer, po wybraniu którego ktoś podniósł słuchawkę. Staramy się wtedy pomóc w sprawach rodzinnej przemocy i lękach samotności oraz doradzić w sercowych kłopotach. Czujemy się jak marynarz na wachcie w ciemną noc, nawiązujący kontakt z innymi statkami, których światła pojawiają się niewyraźnie na horyzoncie.

NOWA PUBLIKACJA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI



Nowe wydawnictwo Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z serii *Manuals: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)* skierowane jest do osób zainteresowanych prowadzeniem działań profilaktycznych oraz ich ewaluacją. Książka przedstawia najważniejsze zasady dotyczące tworzenia i ewaluacji działań profilaktycznych zgodnych z najnowszą wiedzą naukową. Ponadto publikacja zawiera adresy stron internetowych, na których można znaleźć

dotychczasowe informacje na temat prezentowanych zagadnień. Stanowią one ważne uzupełnienie treści zawartych w książce. Jest to szczególnie cenne dla profesjonalistów, którzy nie zawsze mają dostęp do naukowej literatury. Osoby zainteresowane tworzeniem programów profilaktycznych znajdą w publikacji praktyczne wskazówki, jak krok po kroku opracować tego typu programy. Każdy rozdział kończy się przykładowym programem. W ten sposób teoretyczna dyskusja jest uzupełniona praktycznym wykorzystaniem.

Zagadnienia dotyczące skutecznych interwencji oraz profilaktyki są omawiane równocześnie, ponieważ podstawą ewaluacji jest dobrze opracowany program profilaktyczny. Publikacja została skonstruowana w formie siedmiu kroków prowadzących przez cały cykl projektowy, zaczynając od oceny potrzeb, poprzez m.in. opracowanie celów, a kończąc na ewaluacji wyników. Autorom udało się zebrać i przedstawić podstawowe, ale oparte na dowodach naukowych, założenia dotyczące programów profilaktycznych, zasad ich tworzenia oraz ewaluacji.

Nowa pozycja zainteresuje nie tylko osoby pracujące w obszarze uzależnień, ale może być pomocna również dla praktyków pracujących w szeroko rozumianej profilaktyce, osób zajmujących się profilaktyką w znaczeniu interwencji, jak i tych tworzących strategię na różnych poziomach: lokalnym, wojewódzkim czy krajowym.

AM

W 2010 roku mija 25 lat od pojawienia się HIV/AIDS w Polsce. Światowy Dzień AIDS, który obchodziliśmy 1 grudnia, był okazją do wielu podsumowań i refleksji. Po tylu latach HIV/AIDS wciąż jest problemem, nie tylko medycznym.

HIV I AIDS W POLSCE

Joanna Głazewska
Krajowe Centrum ds. AIDS

HIV w Europie i na świecie

Według szacunków UNAIDS (Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS), na świecie HIV zakażyło się ok. 68 mln ludzi. Obecnie z wirusem tym żyje ok. 33 mln zakażonych. Co 6 sekund na świecie ktoś zakaża się HIV, co 9 sekund inna osoba umiera z przyczyn związanych z AIDS; co 14 sekund zostaje osierocone dziecko. A szczepionki nadal nie ma. Nie wszystkie zakażone osoby znają swój status. Szacuje się, że w skali światowej zaledwie 40% seropozytywnych osób wie o swoim zakażeniu.

Pamiętając o transgranicznym charakterze epidemii, powinniśmy patrzeć na problem HIV/AIDS nie tylko

z perspektywy kraju, ale i regionu. W Europie HIV/AIDS wciąż jest wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Liczba zakażeń stale rośnie.

Problem HIV dotyka głównie młodych osób (podobnie jak w skali światowej: prawie 40% osób żyjących z HIV na świecie jest między 15. a 24. rokiem życia). Epidemia w populacji osób w wieku produkcyjnym ma konsekwencje dla gospodarek, podobnie jak wysokie koszty leczenia

antyretrowirusowego (ARV). Zakażenie HIV dotyczy także coraz większej liczby kobiet, co pozostaje nie bez znaczenia dla ich zdrowia reprodukcyjnego. Dodajmy do tego współistnienie zakażenia HIV z HCV, HBV i gruźlicą oraz niedostateczne nakłady finansowe w nie-

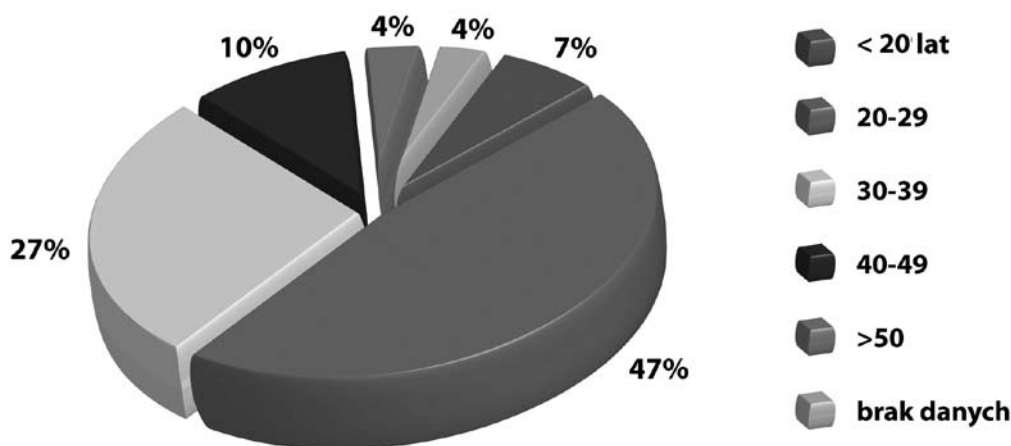
których państwach na działania profilaktyczne. W wielu krajach problemem jest stygmatyzacja i dyskryminacja populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, co niekiedy wręcz paraliżuje działania mające na celu powstrzymanie epidemii.

Nie cała Europa ma jednak te same problemy. W Europie Środkowej i Skandynawii sytuację epidemiologiczną uznaje się za stabilną. Do nowych zakażeń dochodzi tam najczęściej poprzez kontakty seksualne. Jednak w Europie Wschod-

niej, zwłaszcza w Federacji Rosyjskiej, na Ukrainie i w Państwach Bałtyckich, liczba zakażeń HIV wzrasta

W pierwszych latach epidemii w Polsce główną drogą rozprzestrzeniania się zakażeń HIV było stosowanie dożylnych środków psychoaktywnych oraz kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami. Od roku 2001 obserwuje się jednak zmianę. Zakażeniu ulega coraz więcej osób mających ryzykowne kontakty heteroseksualne (już co czwarta osoba zakażona HIV to kobieta), bez narkomanii dożylnych w wywiadach.

Rycina 1. Zakażenia HIV w latach 1985–2009 według wieku



lawinowo, a najbardziej dotknięte przez epidemię są tam osoby stosujące środki psychoaktywne w iniekcjach. Sytuację dodatkowo pogarsza fakt, że w Europie Wschodniej i Azji Środkowej zaledwie 19% osób ma dostęp do leków ARV (średnia dla krajów o średnich i niskich dochodach – 42%, dla Afryki Subsaharyjskiej – 33%; w Polsce każdy, kto wymaga leczenia otrzymuje je bezpłatnie). Polska znajduje się tuż obok tej tykającej bomby epidemiologicznej.

Polska wczoraj i dziś

W Polsce pierwsze zarejestrowane zakażenia wykryto u sześciu osób chorych na hemofilię, czterech mężczyzn homo- lub biseksualnych oraz u jednej kobiety sprzedającej usługi seksualne. Razem 11 osób. Dziś każdego dnia 2-3 osoby dowiadują się, że są zakażone HIV. Wiemy o ponad 13 tys. osób, u których od 1985 roku wykryto zakażenie HIV i kolejnych ok. 20 tys., które są zakażone, ale o tym nie wiedzą. Przez te 25 lat zdiagnozowano blisko 2400 zachorowań na AIDS, a z powodu AIDS zmarło ponad 1000 chorych.

W pierwszych latach epidemii w Polsce główną drogą rozprzestrzeniania się zakażeń HIV było stosowanie dożylnych środków psychoaktywnych oraz kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami. Od roku 2001 obserwuje się jednak zmianę. Zakażeniu ulega coraz więcej osób mających ryzykowne kontakty heteroseksualne (już co czwarta osoba zakażona HIV to kobieta), bez narkomanii dożylniej w wywiadach. Często jednak te ryzykowne zachowania są podejmowane

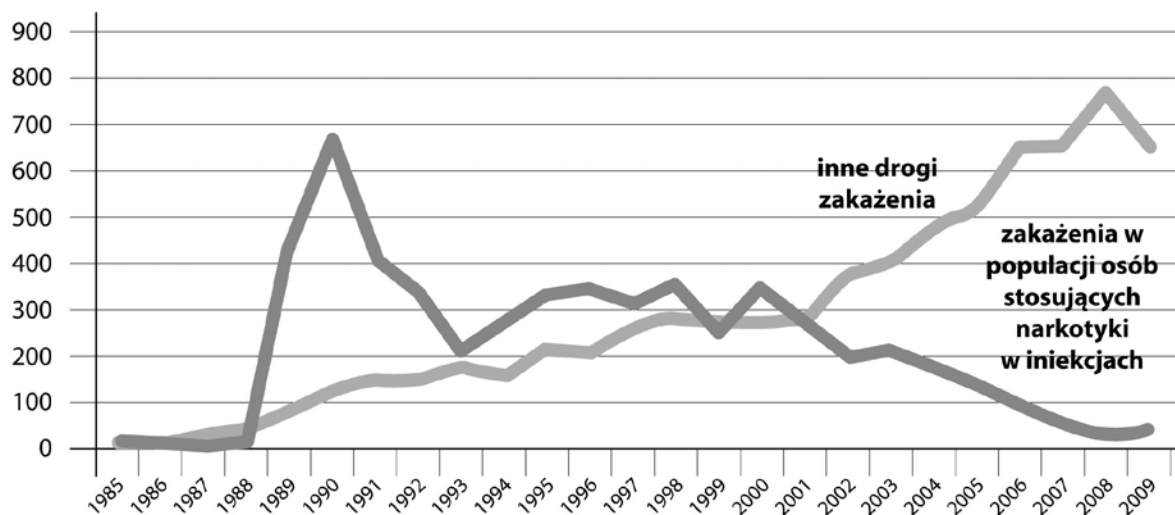
po zastosowaniu środków psychoaktywnych innych niż narkotyki dożylnie. W Polsce, tak jak na całym świecie, HIV dotyka przede wszystkim młodych. 47% wszystkich zakażeń HIV dotyczy osób między 20. a 29. rokiem życia (7% wykryto u osób poniżej 20. roku życia). 74% osób zakażonych HIV i chorych na AIDS jest w wieku produkcyjnym (20-49 lat). Z informacji zbieranych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których anonimowo i bezpłatnie można wykonać test w kierunku HIV, wynika, że w ostatnim czasie ponownie niepokojąco rośnie liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM).

Czy ta statystyka to tysiące historii, które mogły potoczyć się inaczej? Czy są to zakażenia, których można było uniknąć dzięki właściwej profilaktyce? Czy te liczby i doświadczenie 25 lat życia w świecie z HIV mają wpływ na nasze zachowania? Epidemia HIV/AIDS zmusza nas do nieustannego poszukiwania odpowiedzi na wiele pytań.

Codziennie przeciw HIV

Politykę państwa w zakresie zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS oraz poprawy jakości życia zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także przeciwdziałania izolacji społecznej tych osób określa Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV. Istniejące od 1993 roku Krajowe Centrum ds. AIDS, agenda Ministerstwa Zdrowia będąca instytucją o zasięgu ogólnopolskim, współpracując z przedstawicielami

Rycina 2. Prawdopodobne drogi zakażeń HIV 1985–2009





„Czerwona kokardka” to symbol solidarności z osobami żyjącymi z HIV i AIDS, ich rodzinami i przyjaciółmi. Symbolizuje poświęcenie i zaangażowanie w walkę z AIDS. W Światowy Dzień AIDS w roku 2009 i 2010 czerwona kokardka pojawiła się na fasadzie Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie.

różnych środowisk i sektorów, opracowuje harmonogram realizacji Krajowego Programu i monitoruje jego wykonanie.

Do zadań Krajowego Centrum ds. AIDS należy m.in. koordynacja różnych działań mających na celu zwalczanie epidemii HIV/AIDS w Polsce, tj. profilaktyka zakażeń HIV, ale też, a może przede wszystkim (ze względu na nakłady finansowe), leczenie antyretrowirusowe na terenie całego kraju. Centrum prowadzi również działalność informacyjną na temat HIV/AIDS i szkolenia dla określonych grup zawodowych. W imieniu ministra zdrowia udziela dotacji celowych na programy profilaktyczne realizowane przez organizacje pozarządowe. Centrum prowadzi także działalność interwencyjną w zakresie rozwiązywania problemów społecznych dotyczących HIV/AIDS.

Profilaktyką HIV/AIDS zajmują się w Polsce specjaliści z różnych dziedzin, a podejmowane działania są poddawane nieustannej ocenie. Pomysłodawcami i organizatorami działań są różne podmioty, zarówno jednostki administracji państwowej, samorządu terytorialnego i struktury sanitarne, jak i organizacje pozarządowe czy firmy prywatne. Tematyka HIV/AIDS jest tak wielowymiarowa, że wszelkie działania

powinny być podejmowane przez wiele podmiotów jednocześnie i zmierzać do podniesienia wiedzy odbiorców, wpływać na zmianę ich zachowań oraz zwalczać zjawisko stygmatyzacji osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

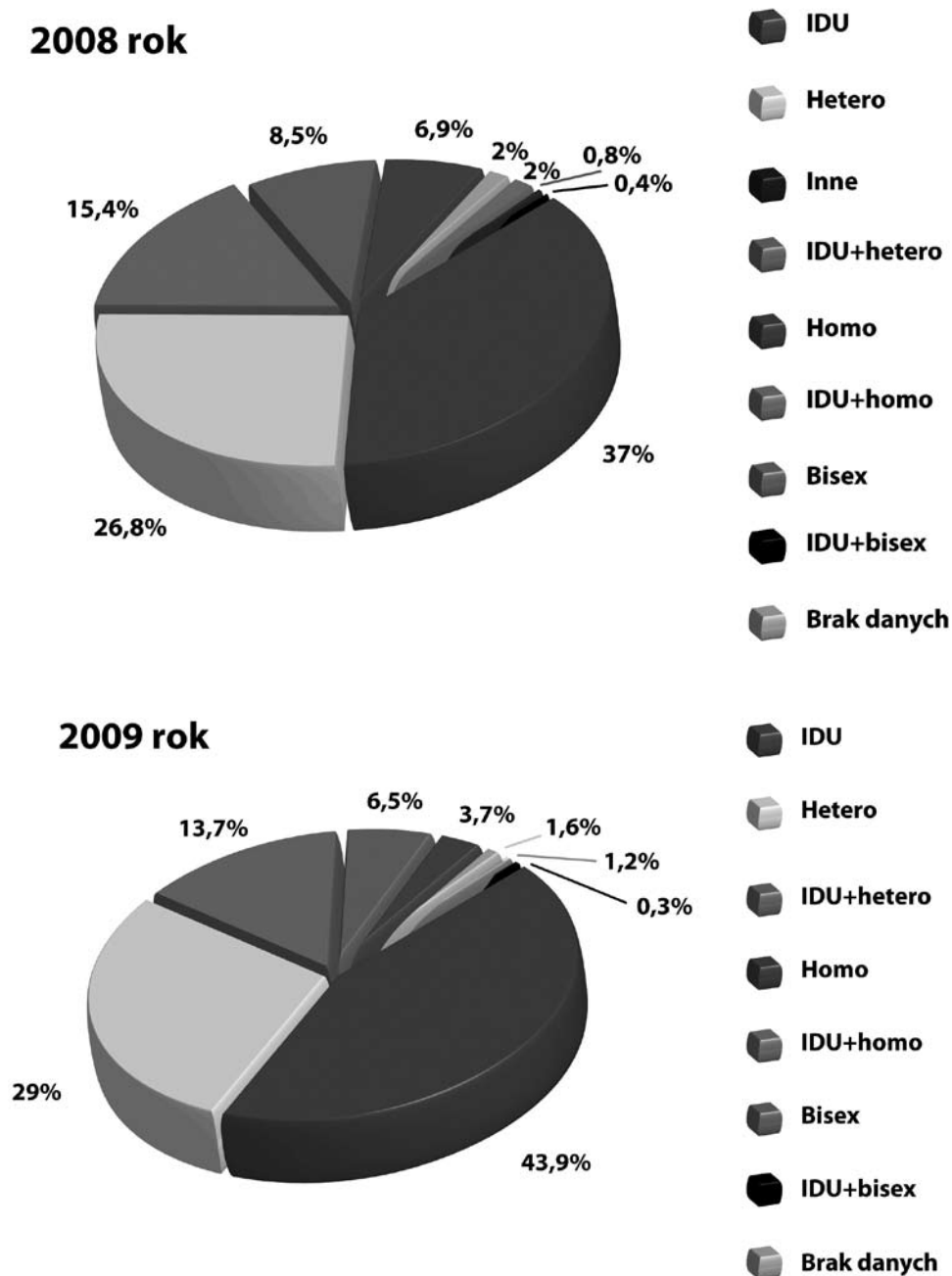
Kampania za kampanią

Także to ma na uwadze Krajowe Centrum ds. AIDS, organizując każdego roku multimedialne kampanie społeczne poświęcone profilaktyce HIV/AIDS, skierowane do różnych grup społecznych. Realizacja efektywnych ogólnopolskich kampanii społecznych wymaga zaangażowania w nie partnerów instytucjonalnych i medialnych. To dzięki nim udaje się, przy dysponowaniu ograniczonymi środkami ministerialnymi, dotrzeć z przekazami do tak dużej liczby odbiorców.

Niezwykle ważny jest właściwy dobór argumentów i kanałów komunikacji: innych wymaga przekaz do kobiet w ciąży, innych przekaz do młodzieży, a jeszcze innych do mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. A właśnie do tak różnych grup trzeba docierać z informacją o HIV/AIDS. Bo tak różnych grup HIV/AIDS może dotyczyć. Dziś już nie mówi się o grupach ryzyka. Dziś już wiemy, że HIV może dotyczyć każdego, kto podejmuje ryzykowne zachowania.

Grupą docelową, której wyraźnie mówi się „zrób test na HIV”, są osoby aktywne seksualnie, zarówno poszukujące partnera, jak i będące w związkach. Kampanie skierowane do tej grupy promują świadome i przemyślane decyzje dotyczące zachowań seksualnych. Celem kampanii jest uświadomienie ryzyka zakażenia HIV osobom dorosłym, które choć raz w życiu zmieniły partnera seksualnego, nie stosując zasad bezpieczniejszego seksu (np. nie zawsze używają prezerwatyw) i nie zastanawiały się nad wcześniejszymi relacjami seksualnymi (swoimi i partnera), mogącymi nieść ze sobą ryzyko zakażenia HIV. Szczególnie podkreśla się wagę testowania w kierunku HIV w kampaniach skierowanych do kobiet. W roku 2007 rozpoczęto kampanię skierowaną do kobiet w ciąży lub planujących macierzyństwo „Daj szansę swojemu dziecku. Nie daj szansy AIDS”. Krajowe Centrum uświadamiało kobietom, że nawet jeśli lekarz nie zaproponuje wykonania takiego testu, one same mogą, a nawet powinny o to poprosić. Takie badanie może uchronić poczęte dziecko przed

Rycina 3. Odsetek zakażeń HIV wykrytych w poszczególnych populacjach w PKD w latach 2008–2009



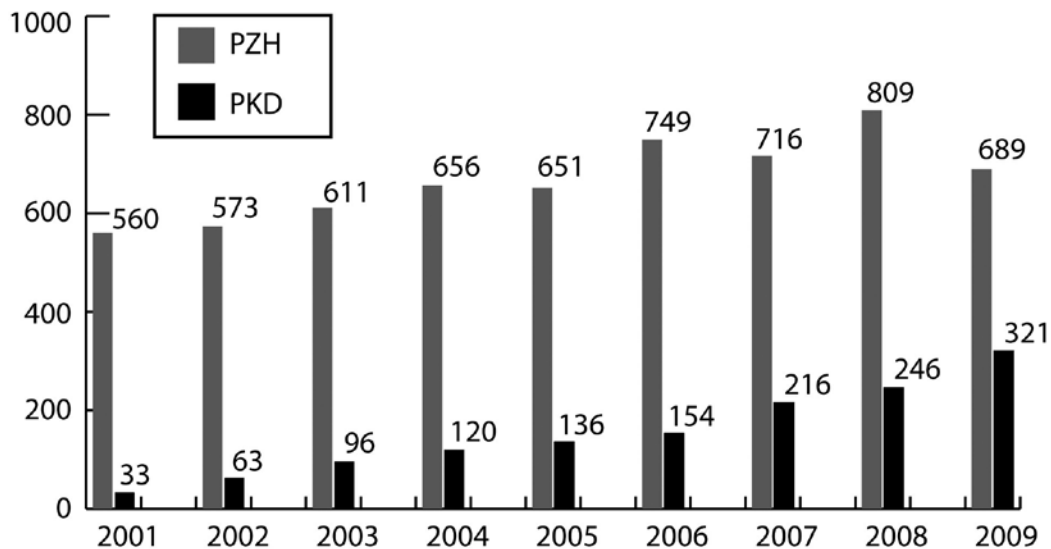
zakażeniem. W roku 2009 ambasadorką kampanii została, będąca wtedy w ciąży, Małgorzata Glinka, zdobywczyni tytułu Siatkarka Roku 2008. Zaangażowanie osób znanych i lubianych odgrywa ważną rolę w działaniach dotyczących tak ciągle trudnego tematu, jakim jest HIV/AIDS.

Szukanie nowych dróg

W profilaktykę zakażeń HIV coraz intensywniej angażowane są nowe środki komunikacji. W ramach

kampanii „Wróć bez HIV” powstała w 2008 roku edukacyjna gra platformowa, cały czas jest ona udostępniana na stronie internetowej. Po pierwszym miesiącu od jej premiery w bazie zapisanych było już 340 graczy. W czerwcu 2009 roku użytkownikom telefonów komórkowych z dostępem do internetu Krajowe Centrum ds. AIDS zaoferowało „Mobilny informator o HIV/AIDS”. Ten pobierany na komórkę program zawiera podstawowe informacje na temat dróg zakażenia HIV, zachowań ryzykownych, zmniejszania ryzyka zakażenia i testowania w kierunku HIV. Aplikacja pozwala

Wykres 1. Liczba zarejestrowanych zakażeń HIV wg danych PZH a wykrywalność w punktach konsultacyjno-diagnostycznych



szybko i dyskretnie uzyskać rzetelną informację. Rok 2010 to kolejne akcje w internecie, np. na portalach społecznościowych.

Jedną z dróg, za pośrednictwem której można wywierać wpływ na zachowania i postawy wobec HIV/AIDS, jest sztuka. W 2002 roku elementem wzmacniającym działania w ramach kampanii „HIV nie wybiera. Ty możesz” był konkurs na najlepszy komiks o tematyce HIV/AIDS. W 2004 roku ogłoszono konkurs na sztukę o tematyce HIV/AIDS, na który zgłoszono m.in. jeden z najgłośniejszych dziś dramatów na temat HIV/AIDS „Miss HIV”. Z roku na rok w walkę z epidemią coraz częściej angażują się artyści.

Wiedza ratuje życie

Wieloletnie, konsekwentne działania informacyjne przyniosły oczekiwane skutki: wiemy więcej o HIV. Niestety, ta wiedza sprawia też, że czasem oswajamy problem tak bardzo, że zaczynamy bagatelizować ryzyko zakażenia. Dodatkowo coraz efektywniejsza terapia ARV sprawia, iż w populacjach podejmujących ryzykowne zachowania, znika lęk przed zakażeniem, i HIV/AIDS zaczyna być traktowane jak każda inna choroba przewlekła. Pamiętajmy też, że ci, którzy są w grupie wiekowej statystycznie najbardziej narażonej na zakażenie (20-29 lat), nigdy nie żyli „w świecie bez HIV”. Oni przyzwyczaili się do zagrożenia jeszcze bardziej. Są też jednak i tacy, którzy ciągle się boją. Boją się tak bardzo, że wolą nie wiedzieć, czy są zakażeni

HIV, czy nie. Tymczasem ta wiedza ratuje życie. Takie jest też hasło kampanii, która towarzyszy tegorocznym rocznicowym obchodom Światowego Dnia AIDS: „Wiedza ratuje życie. Zrób test na HIV”.

Test w kierunku HIV można zrobić na terenie całego kraju anonimowo i bezpłatnie w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). Punkty to miejsca, w których pełnoletni klient może porozmawiać z doradcą, który informuje o przebiegu testu, szacuje ryzyko zakażenia oraz co najważniejsze – ustala razem z klientem, czy jest to dobry moment na wykonanie testu. Doradca wydaje wynik, wyjaśnia jego znaczenie i proponuje zachowania bezpieczniejsze, które zmniejszą ryzyko zakażenia HIV w przyszłości. Rozmowa z doradcą także jest w PKD całkowicie anonimowa i bezpłatna (aktualna lista PKD, ich adresy oraz informacje o godzinach otwarcia są dostępne na www.aids.gov.pl).

W polskich aptekach nie są dostępne testy wykrywające zakażenie HIV, a kupowanie ich przez internet nie jest polecane. Można zrobić taki test niepoprawnie i otrzymać błędny wynik. Chyba warto zadbać o swoje zdrowie – i fizyczne, i psychiczne – i zrobić test w kierunku HIV w profesjonalnej placówce, jaką jest PKD.

Standardy obowiązujące w PKD wyznacza w ramach swej działalności Krajowe Centrum ds. AIDS. Punkty tworzone są dzięki dotacjom z Ministerstwa Zdrowia udzielanym przez Centrum organizacjom pozarządowym współpracującym z zakładami opieki zdrowotnej. Ich działalność jest też wspierana przez władze lokalne.

Kreacja kampanii „Wiedza ratuje życie”



Wiedza ratuje życie

Zrób test na HIV. Niezależnie od wyniku
masz szansę na normalne życie.

www.aids.gov.pl



Obecnie w Polsce funkcjonuje 26 punktów rekomendowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Wynik dodatni. I co dalej?

Kampania „Wiedza ratuje życie” zachęca do zrobienia testu na HIV, przekonując, że niezależnie od wyniku testu, ma się szansę na normalne życie. Jak wygląda życie w Polsce osoby zakażonej HIV?

Krajowe Centrum ds. AIDS realizuje program ministra zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce na lata 2010–2011”. Leczenie antyretrowirusowe (ARV) jest w Polsce bezpłatne. Otrzymuje je każdy, kto ze wskazań medycznych powinien je otrzymywać. Nie ma kolejek oczekujących na terapię. Leczenie ARV jest prowadzone w 19 ośrodkach na terenie całego kraju. Krajowe Centrum ds. AIDS prowadzi bazę monitorującą program leczenia w Polsce – kliniki są zobowiązane do wprowadzania danych, które pozwalają na prowadzenie efektywnego zakupu i dystrybucji leków (pacjenci pozostają w tej bazie anonimowi). W 2010 roku z budżetu ministra zdrowia przeznaczono na leczenie ok. 190 mln złotych. Obecnie leczeniem jest objętych ok. 4800 osób, i co roku pacjentów przybywa. Dobrodrojeństwo terapii ARV pozwala przedłużyć życie pacjenta o kilkadziesiąt lat, nawet do śmierci naturalnej.

Osoby żyjące z HIV mogą też liczyć na wsparcie organizacji społeczeństwa obywatelskiego, które podejmują działania dostosowane do różnych potrzeb odbiorców. Funkcjonują grupy wsparcia, organizuje się turnusy rehabilitacyjne, prowadzi programy readaptacyjne. W ciągu 25 lat epidemii wiele się zmieniło. Ciągłe nie

zmienia się niestety jedno: staramy się nie myśleć o tym, że HIV/AIDS może i nas dotyczyć.

Polska w świecie

Zadaniem Krajowego Centrum ds. AIDS jest również współpraca międzynarodowa w zakresie walki z epidemią HIV/AIDS ze strategicznie ważnymi partnerami, w tym ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), z Komisją Europejską i krajami członkowskimi UE, z Organizacją Narodów Zjednoczonych (ONZ).

7 grudnia 2010 roku, w Genewie, podczas posiedzenia Rady Programowej UNAIDS, Polska została wybrana na wiceprzewodniczącą Rady Programowej UNAIDS w roku 2011 i przewodniczącą tej Rady w 2012 roku. Rada Programowa (PCB UNAIDS) jest organem zarządzającym tym ONZ-owskim Sojuszem, którego celem jest walka z epidemią HIV/AIDS na świecie. Na wybór Polski miało wpływ uznanie dla naszego dorobku w walce z epidemią HIV/AIDS. Polska postrzegana jest w naszym regionie geograficznym jako lider rozwiązań systemowych w walce z epidemią HIV/AIDS. Kandydaturę naszego kraju poparło wiele państw.

Polska planuje zwrócić uwagę UNAIDS i państw członkowskich na konieczność wzmocnienia działań w Europie Wschodniej i Azji Centralnej. Wszelkie działania mające na celu ograniczenie szybkiego rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w tym regionie będą miały pozytywny wpływ także na sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS w Polsce. Nie możemy zapominać, że problem z HIV jednego państwa jest problemem wszystkich.

Monitorowanie chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków stanowi element systematycznej obserwacji zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie krajowym oraz europejskim. Gromadzone i analizowane dane dotyczą w szczególności przypadków zakażeń HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu C i B wśród osób używających narkotyków drogą dożylną.

CHOROBY ZAKAŻNE ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI – NAJNOWSZE DANE ORAZ TRENDY DOTYCZĄCE ZJAWISKA W EUROPIE I W POLSCE

dr Magdalena Rosińska

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Marta Struzik

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

Monitoring opiera się na wytycznych oraz rekomendacjach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu>). Kraje Unii Europejskiej zbierają i sprawozdają dane do Europejskiego Centrum, które na ich podstawie prowadzi analizy na poziomie europejskim. Krajowe informacje pochodzą głównie z rutynowych systemów nadzoru epidemiologicznego funkcjonujących w poszczególnych państwach UE, a także z przeprowadzanych, pogłębionych badań przekrojowych w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Sytuacja w Europie

Najnowsze dane dotyczące zjawiska chorób zakaźnych związanych z narkotykami na poziomie europejskim zostały opublikowane w „Sprawozdaniu rocznym 2010 Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii” (<http://www.cinn.gov.pl/portal?id=256054>; <http://www.kbnp.gov.pl/portal?id=982990>; <http://www.emcdda.europa.eu/annual-report>). W raporcie dotyczącym 2008 roku stwierdza się, że wskaźnik nowo wykrytych przypadków zakażeń HIV związanych z dożylnym używaniem narkotyków wykazuje w Unii Europejskiej tendencję spadkową. Najwyższe wartości zostały osiągnięte w latach 2001–2002, co wiązało się z wysoką liczbą zdiagnozowanych przypadków w Estonii, na Łotwie oraz Litwie. EMCDDA podaje, że w 2008 roku ogólny wskaźnik nowych przypadków zakażeń HIV przypisywanych iniekcyjnemu używaniu

narkotyków w 23 państwach członkowskich UE wyniósł 2,6 przypadku na 1 milion mieszkańców, co stanowi spadek w stosunku do roku 2007 (wskaźnik wyniósł 3,7). Analizując dane pochodzące zarówno z systemu monitorowania nowo rozpoznanych przypadków zakażeń HIV oraz informacji na temat rozpowszechnienia zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w kontekście globalnym, wskazuje się na ogólną poprawę sytuacji. Nadal jednak w niektórych krajach Europy, m.in. na Łotwie, w Estonii, Portugalii i na Litwie, wskaźnik nowo wykrytych przypadków zakażeń HIV związanych z dożylnym używaniem narkotyków pozostaje stosunkowo wysoki.

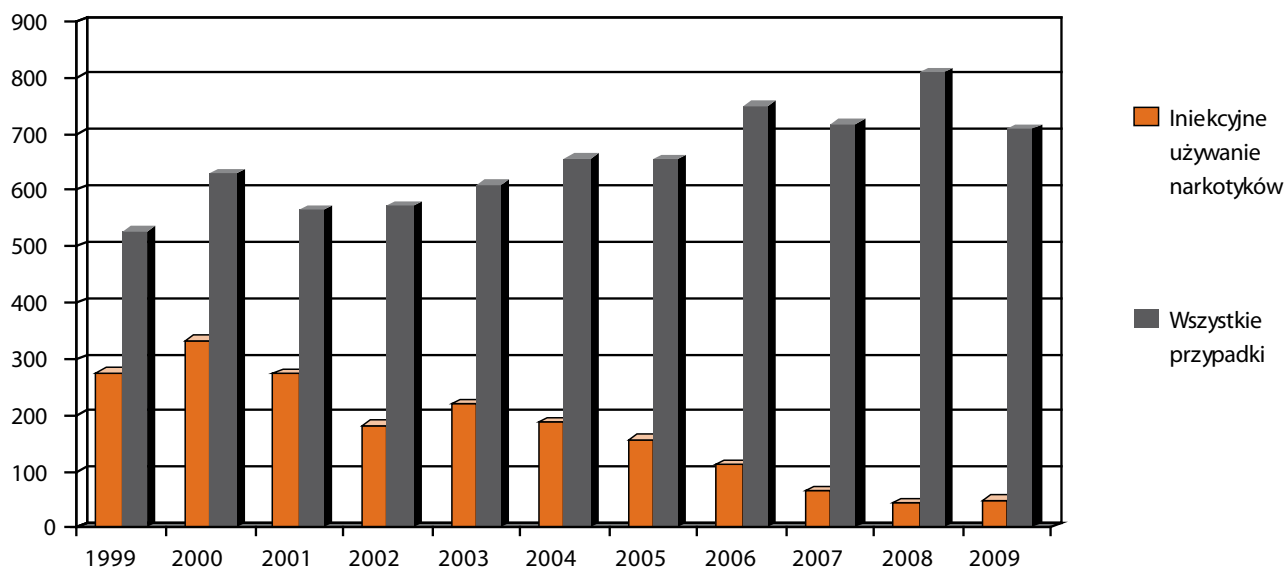
Sytuacja epidemiologiczna dotycząca rozpowszechnienia HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków kształtuje się odmiennie. Rozpowszechnienie zjawiska w całej Europie jest znaczące: w latach 2007–2008 w badaniach ogólnokrajowych od 12% do 85% iniekcyjnych użytkowników narkotyków było zakażonych HCV, a 8 spośród 12 krajów odnotowało wartości powyżej 40%.

Przeglądając doniesienia na temat rozpowszechnienia HBV należy zaznaczyć, że charakteryzuje się ono dość znaczącym zróżnicowaniem w poszczególnych krajach Europy, co może być związane m.in. z różną dostępnością szczepień.

Dane dotyczące zjawiska w Polsce

W Polsce dane dotyczące nowych przypadków zakażeń HIV związanych z iniekcyjnym używaniem narkoty-

Wykres 1. Liczba nowych zakażeń HIV, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999–2009 (wg daty rozpoznania)



Źródło: Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (Zakład Epidemiologii). Dane za rok 2009 – liczba przypadków zarejestrowanych do końca 2009 roku.

ków gromadzone są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Od roku 1985, czyli od momentu wprowadzenia rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS w Polsce, do końca 2009 roku zarejestrowano 12 784 przypadki zakażeń HIV. Wśród nich 5750 (45%) stanowiły osoby używające narkotyków w iniekcjach, w tym 4309 (76%) mężczyzn oraz 1392 (24%) kobiety. Analiza trendu zakażeń HIV w latach 2003–2008 wśród osób używających narkotyków dożylnie wskazuje na tendencję spadkową. Dane z roku 2009 świadczą o stabilizacji trendu. W tymże roku zarejestrowano 709 nowych zakażeń HIV, z czego 49 (7%) dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Należy jednak wskazać możliwość niedoszacowania danych, ponieważ

w przypadku 523 (74%) zgłoszonych nowych zakażeń HIV nie podano prawdopodobnej drogi infekcji.

W roku 2009 wśród osób dożylnie używających narkotyków odnotowano 41 (84%) mężczyzn oraz 8 (16%) kobiet zakażonych HIV. Najliczniejszą grupę (22 osoby, 48%) stanowiły osoby w wieku 30-39 lat, następnie osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (13 osób, 28%), 40-49 lat (10 osób, 22%), 50-59 lat (1 osoba, 2%). W przypadku trzech mężczyzn nie podano informacji na temat wieku.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny realizuje każdego roku badanie wśród laboratoriów przeprowadzających testy diagnostyczne w kierunku HIV w Polsce. Wyniki tego badania dostarczają orientacyjnych danych na temat częstości

Tabela 1. Częstość występowania zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004–2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Liczba iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy uzyskali pozytywny wynik testu w kierunku HIV	261	154	107	121	101	65
Liczba wszystkich badanych iniekcyjnych użytkowników narkotyków (ważne testy w kierunku HIV)	2047	1350	1012	1064	1084	1176
Częstość zakażeń HIV	0,128	0,114	0,106	0,114	0,093	0,055

Źródło: Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (Zakład Epidemiologii).

występowania zakażeń HIV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Dane zebrane w latach 2004–2009 wskazują na ogólną tendencję spadkową w zakresie tego wskaźnika (tabela 1.).

Z uwagi na skryty początek przewlekłych chorób zakaźnych, jakimi są choroby wywoływane przez wirusy HIV, HCV czy HBV, dane z rutynowego nadzoru epidemiologicznego opartego na zgłoszeniach wykrytych przypadków nie wystarczają do precyzyjnej oceny skali rozpowszechnienia zjawiska ani ewentualnych zmian sytuacji epidemiologicznej, takich jak wystąpienie ognisk zachorowań. Zarówno te dane, jak i dane dotyczące częstości występowania zakażeń wśród badających się zależą w dużej mierze od tego, kto zgłasza się do badania, ewentualnie komu i w jakich sytuacjach takie badania są proponowane. W związku z tym w systemach monitorowania występowania tych chorób uwzględnia się cyklicznie przeprowadzane badania przeglądowe, których celem jest objęcie badaniami w kierunku wybranych chorób reprezentatywnej grupy użytkowników narkotyków, zwykle użytkowników dożylnych. Dodatkową zaletą badań wykonywanych z założenia w celach lepszej diagnozy sytuacji jest możliwość uwzględnienia szczegółowego wywiadu dotyczącego m.in. podejmowanych zachowań ryzykownych. W konsekwencji łatwiejsze jest odniesienie się do oceny ryzyka i potrzeb w zakresie prewencji chorób zakaźnych.

W badaniach przeglądowych główną trudność stanowi dotarcie do reprezentatywnej grupy użytkowników, również tych niepozostających w kontakcie ani z leczeniem, ani z innymi placówkami pomocowymi. Jedną ze stosowanych metod jest metoda „kuli śniegowej”, w której respondenci rekrutują kolejnych respondentów. Stosunkowo niedawno opracowano ulepszone

metody statystyczne, które przy szczegółowej kontroli i dokumentacji przebiegu rekrutacji umożliwiają oszacowanie częstości występowania chorób dla całej populacji użytkowników w danym miejscu. W metodzie tej, analizując kolejne „fale” respondentów ustala się, w którym momencie szacowane wskaźniki osiągają wartości nieróżniące się od wartości w populacji. Jeśli udaje się zrekrutować odpowiednią liczbę „fal”, to uzyskujemy oszacowanie odpowiednie dla całej populacji (szczegóły metody można znaleźć na stronie <http://www.respondentdrivensampling.org>).

W roku 2009 według takiej procedury przeprowadzono badania w Gdańsku i w Krakowie, we współpracy z Poradnią MONAR w Krakowie oraz Poradnią Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Gdańsku. U osób biorących udział w badaniu, które choć raz w życiu przyjęły narkotyk we wstrzyknięciu, oznaczono przeciwciała przeciwko HIV, HCV, HBc (świadczące o kontakcie z wirusem HBV) oraz antygen HBs (świadczący o zakażeniu wirusem HBV). Odsetki oszacowane dla populacji przedstawione są w tabeli 2.

Zwraca uwagę dość wysokie rozpowszechnienie chorób zakaźnych wśród osób młodych, poniżej 25. roku życia: anty-HIV – 2,2%, anty-HCV – 22,5%, anty-HBc – 17,8%, a także wśród osób, które po raz pierwszy wstrzyknęły narkotyk w ciągu dwóch lat poprzedzających badania: anty-HCV – 10,7%, anty-HBc – 26,5% (anty-HIV niemożliwe do oszacowania). Znaczące odsetki osób zakażonych nie były świadome tego faktu. W przypadku zakażenia HIV dotyczyło to 15% zakażonych, a w przypadku zakażenia HCV – 30,6%.

Spośród zachowań ryzykownych szczególnie nacisk położono na dzielenie się sprzętem do iniekcji. W ciągu 12 miesięcy przed badaniem igłami/strzykawkami dzieliło się 13,2% (95% przedział ufności: 8,2%-19,9%) osób, które

Tabela 2. Rozpowszechnienie chorób zakaźnych wśród dożylnych użytkowników narkotyków w Gdańsku i w Krakowie

	Gdańsk % (95% przedział ufności)	Kraków % (95% przedział ufności)
Zakażenie HIV	8,1% (3,1% - 13,9%)	11,9% (6,6% - 20,6%)
Kontakt z wirusem HCV	34,2% (25,1% - 42,7%)	57,8% (37,7% - 75,4%)
Kontakt z wirusem HBV	26,4% (16,1% - 36,8%)	33,3% (19,9% - 47,9%)
Aktualne zakażenie wirusem HBV	2,0% (1,0% - 4,7%)	2,3% (0,4% - 5,0%)

Źródło: „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie, 2009”, Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (<http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>).

kiedykolwiek przyjmowały narkotyk we wstrzyknięciach. Wśród użytkowników, którzy przyjmowali narkotyki dożylnie w ciągu miesiąca poprzedzającego badania, 14% dzieliło się igłami i strzykawkami, 29% nie dzieliło się igłami i strzykawkami, ale dzieliło się innym sprzętem (garnki, filtry, woda), a 57% używało jedynie własnego sprzętu. Osoby, które dzieliły się sprzętem do wstrzyknięć podczas ostatnich 30 dni najczęściej robiły to z jedną osobą – bliskim przyjacielem lub stałym partnerem/partnerką. Jako źródła czystego sprzętu najczęściej wymieniano apteki (90% respondentów) oraz punkty wymiany igieł i strzykawek (70% respondentów).

Jeśli chodzi o ryzykowne zachowania seksualne to 8,8% (95% przedział ufności: 5,1%-13,3%) użytkowników miało pięciu lub więcej partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku, 3,4% (95% przedział ufności: 0,7%-6,5%) świadczyło usługi seksualne, a 26,4% (95% przedział ufności: 14,2%-37,8%) miało partnera lub partnerkę, który/a przyjmował/a narkotyki dożylnie w tym okresie. Zwraca uwagę, że w ciągu

ostatnich 12 miesięcy jedynie 42,5% osób, które miały przygodne kontakty seksualne zawsze w takich sytuacjach stosowało prezerwatywy. Oszacowane rozpowszechnienie chorób zakaźnych było nieco niższe w Gdańsku niż w Krakowie, jednakże należy stwierdzić, że skala zjawiska jest porównywalna.

Rozpowszechnienie HIV w grupie użytkowników narkotyków nadal jest stosunkowo wysokie na tle krajów Europy Środkowej i Zachodniej. Wyższe odsetki notuje się na południowym zachodzie Europy (zwłaszcza w Hiszpanii, ponad 30%, Portugalii) oraz w Estonii, gdzie w wielu badaniach potwierdzono wskaźnik o wartości powyżej 50%. Rozpowszechnienie podobne do obserwowanego w Polsce – rzędu kilkunastu procent, notuje się również we Włoszech, Irlandii i we Francji. Kilkunastoprocentowe lub wyższe rozpowszechnienie HIV występuje też w niektórych krajach Europy Wschodniej, jak Białoruś, Łotwa, Ukraina, Rosja. Wartości te wykazują jednak dużą zmienność na poziomie lokalnym.

Z drugiej strony w Europie Środkowej i Północnej wskaźniki te są z reguły niższe – poniżej 5%, niekiedy poniżej 1% badanych. W przypadku HCV mediana z różnych badań w latach 1996–2002 przeprowadzonych w krajach europejskich wyniosła 65,8%. Obecnie w większości krajów rozpowszechnienie waha się w granicach 20%-70%, ale z reguły na poziomie lokalnym znajdują się miejsca, gdzie przekracza ono 80%, a niekiedy nawet 90% badanych. Rozpowszechnienie HCV było szczególnie wysokie na Litwie, Łotwie i w Estonii, rzędu 80%. Stosunkowo mniej

badanych w Europie dotyczy rozpowszechnienia zakażeń spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV). Z reguły notowane wartości wahały się w granicach kilkakilkanaście procent do 40%, choć w niektórych lokalizacjach przekraczały 70%.

Pomimo dostępności czystego sprzętu nadal duży odsetek osób aktywnie przyjmujących narkotyki dożylnie podejmuje ryzyko wynikające z dzielenia się sprzętem. Takie sytuacje częściej występują w grupie najbardziej wykluczonej, co

może wskazywać na konieczność podjęcia działań strukturalnych, mających na celu ogólną poprawę warunków bytowych.

Ze względu na dość znaczny odsetek nierozpoznanych zakażeń, należy zwrócić uwagę na konieczność wykonywania okresowych badań przesiewowych w kierunku wirusów przenoszonych drogą naruszenia ciągłości tkanek u osób aktywnie przyjmujących narkotyki dożylnie. Według zaleceń EMCDDA tego rodzaju badania powinno się w tej grupie wykonywać raz w roku.

Należy również podkreślić dostępność szczepień przeciwko HBV. Objęcie szczepieniami jak najszerszej grupy użytkowników pozwoli ograniczyć zasięg przynajmniej tej choroby.

Nie można również zapominać o ryzyku transmisji seksualnej. Zwraca zwłaszcza uwagę niski odsetek osób, które konsekwentnie zachowują zasady bezpiecznego seksu podczas przypadkowych kontaktów seksualnych.

W Polsce dane dotyczące nowych przypadków zakażeń HIV związanych z iniekcijnym używaniem narkotyków gromadzone są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Od roku 1985, czyli od momentu wprowadzenia rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS w Polsce, do końca 2009 roku zarejestrowano 12 784 przypadki zakażeń HIV. Wśród nich 5750 (45%) stanowiły osoby używające narkotyków w iniekcjach.

W dniach 3-4 listopada 2010 roku w Strasburgu odbyła się 15. Konferencja Ministerialna Grupy Pompidou Rady Europy. Uczestniczyli w niej ministrowie i przedstawiciele państw członkowskich Grupy Pompidou i Rady Europy, m.in. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Adam Fronczak, ministrowie państw leżących w basenie Morza Śródziemnego, blisko współpracujący z Grupą Pompidou, a także przedstawiciele organizacji międzynarodowych zajmujących się zwalczaniem narkotyków i narkomanii w Europie.

ZAKOŃCZENIE POLSKIEJ PREZYDENCJI W GRUPIE POMPIDOU

Łukasz Jędruszk

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Tematem przewodnim konferencji były działania podejmowane w kierunku spójnej polityki w zakresie substancji psychoaktywnych oraz aktualne wyzwania w polityce antynarkotykowej w Europie, a także regionach z nią graniczących

Konferencja ta miała szczególne znaczenie dla Polski z dwóch powodów. Pierwszym z nich był fakt, iż zakończyła ona czteroletnie polskie przewodnictwo w Grupie Pompidou (XI 2007-XI 2010). Przez kolejne cztery lata obowiązki te pełnić będzie Francja. Drugim powodem było przyznanie przez sekretarza generalnego Rady Europy medalu „Pro Merito” dla Piotra Jabłońskiego, dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, instytucji odpowiedzialnej za realizację obowiązków polskiej prezydencji Grupy Pompidou. Medal ten przyznawany jest osobom szczególnie zasłużonym dla Rady Europy. Sekretarz generalny Rady Europy Thorbjørn Jagland, wręczając medal Piotrowi Jabłońskiemu, podkreślił jego działania na rzecz umacniania pozycji Grupy Pompidou w Europie oraz poza jej granicami. Jagland zaznaczył, że dyrektor Jabłoński w swych działaniach stawiał zawsze na pierwszym miejscu poszanowanie praw człowieka, wartość która od momentu powstania Rady Europy, tj. od 1949 roku, jest dla niej najważniejsza.

W trakcie konferencji ministrowie państw członkowskich Grupy Pompidou przyjęli deklarację polityczną przypominającą o kluczowej roli Rady Europy w procesie ochrony praw człowieka, demokracji i reguł prawa w Europie, a także innowacyjnej roli Grupy Pompidou jako odpowiedniego forum dla wymiany poglądów między decydentami, badaczami i specjalistami z zakresu ograniczania zjawiska narkotyków i narkomanii.

Podczas konferencji wręczono „European Drug Prevention Prize 2010”. Była to już czwarta edycja konkursu organizowanego przez Grupę Pompidou. Głównym celem konkursu jest zwrócenie uwagi na znaczenie aktywnego udziału młodych ludzi w tworzeniu zdrowego środowiska dla europejskich społeczności poprzez działania z zakresu profilaktyki narkomanii. W konkursie udział biorą projekty przygotowane przez instytucje publiczne, prywatne, organizacje pozarządowe oraz społeczności lokalne. W tegorocznej edycji zwycięskie projekty pochodziły z Belgii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii.

Osiągnięcia polskiej prezydencji

Współpraca Polski z Grupą Pompidou sięga roku 1991, gdy nastąpiło przyjęcie naszego kraju do tej organizacji. Było to możliwe, gdyż organizacja ta była i nadal jest otwarta na współpracę z państwami spoza Unii Europejskiej. Od momentu przystąpienia do Grupy Pompidou, do głównych obszarów zainteresowania Polski należały programy dotyczące monitorowania zjawisk związanych z narkomanią. Jednym z nich był ESPAD – program dotyczący rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej. Został on wdrożony w Polsce w 1995 roku. Obecnie wyniki tych badań stanowią główne źródło wiedzy o skali problemu narkotykowego i alkoholowego w populacji młodzieży w wieku 14-15 oraz 16-17 lat. Ponadto polscy eksperci aktywnie uczestniczyli w innych projektach Grupy, co skutkowało m.in. opracowaniem wielu interesujących podręczników czy materiałów edukacyjnych w dziedzinie problemów narkotykowych. W uznaniu polskiej aktywności w Grupie Pompidou, podczas Konferencji

Ministerialnej w Dublinie (16-17 października 2003 rok) na stanowisko wiceprzewodniczącego Grupy Pompidou wybrano polskiego ministra zdrowia. Dalszym etapem polskiej aktywności było objęcie w 2007 roku prezydencji w Grupie Pompidou.

Jednym z podstawowych priorytetów, jakie postawiła przed sobą polska prezydencja było osiągnięcie poprawy sytuacji w obszarze wymiany informacji i współpracy pomiędzy europejskimi instytucjami zaangażowanymi w przeciwdziałanie narkomanii. Polska przykładała szczególną wagę do stworzenia forum współpracy organizacji międzynarodowych zajmujących się ograniczaniem zjawiska narkomanii w Europie, a także poza jej granicami. W latach 2007–2010 w Polsce odbyły się cztery spotkania tzw. Inter-Agency Cooperation Group. Gromadziły one przedstawicieli Komisji Europejskiej, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Światowej Organizacji Zdrowia, a także przedstawicieli państwa aktualnie sprawującego przewodnictwo w Unii Europejskiej. Głównym celem działalności nowo powstałego mechanizmu było usprawnienie współpracy i koordynacji działań pomiędzy europejskimi organizacjami zwalczającymi narkomanie. Inter-Agency Cooperation Group zapoczątkowała na forum Grupy Pompidou

debatę na temat m.in. tzw. dopalaczy, pomogła ulepszyć tzw. European Research Register oraz przyczyniła się do rozpoczęcia dialogu dotyczącego praw człowieka w kontekście polityk antynarkotykowych.

Prezydencja polska aktywnie uczestniczyła w przygotowaniu nowego Programu Pracy Grupy Pompidou na lata 2011–2014, który został przyjęty podczas 15. Konferencji Ministerialnej. Program ten przewiduje m.in. wzmocnienie roli Stałych Korespondentów i umożliwia im wpływanie na kierunki rozwoju Grupy Pompidou w szerszym niż dotychczas zakresie. Nowy Program Pracy przewiduje, iż Stali Korespondenci będą mogli powoływać tzw. *ad hoc expert groups*, których zadaniem będzie zajęcie się najbardziej aktualnymi problemami pojawiającymi się w państwach członkowskich. Inicjatywa ta zapewni niezbędną elastyczność działaniom Grupy.

Grupa Pompidou w ostatnich latach, m.in. za sprawą polskiej prezydencji, dokonała zdecydowanych przekształceń i modyfikacji zarówno w obszarze swojej misji, jak i struktury organizacyjnej. Obecnie Grupa kładzie szczególny nacisk na rozwój współpracy z europejskimi krajami nie należącymi do UE oraz z państwami spoza Europy, takimi jak: Algieria, Maroko, Tunezja czy Liban oraz Kolumbia.

FRANCJA/ MEDAL RE DLA PIOTRA JABŁOŃSKIEGO ZA WALKĘ Z NARKOMANIĄ

Polska Agencja Prasowa - 03-11-2010 17:30

03.11. Paryż (PAP) - Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński otrzymał w środę w Strasburgu medal Rady Europy „Pro Merito”. Nagrodzono w ten sposób jego działania na arenie europejskiej w dziedzinie walki z uzależnieniem od narkotyków.

Medal „Pro Merito” przyznaje sekretarz generalny Rady Europy osobom szczególnie zasłużonym dla tej organizacji.

Jabłoński od 2006 roku przewodniczył pracom Komitetu Stałego Korespondentów Grupy Pompidou – instytucji RE zajmującej się walką z nielegalnym handlem narkotykami i ich nadużywaniem. Polska w ostatnich czterech latach sprawowała przewodnictwo tej grupy. W środę zostało ono przekazane Francji.

Jak powiedział PAP Patrick Penninckx, sekretarz wykonawczy Grupy Pompidou, jeden z sukcesów, za który nagrodzono Polaka, to nawiązanie kontaktów przez to gremium z krajami basenu Morza Śródziemnego, takimi jak Algieria, Maroko czy Egipt, oraz krajami Europy Wschodniej, np. z Ukrainą.

Jabłoński zasłużył się także projektami w dziedzinie zapobiegania narkomanii wśród kierowców. Penninckx zaznaczył, że z inicjatywy polskiego eksperta powstał spot telewizyjny „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”. Spot został wyemitowany w wielu krajach, w tym w Polsce, Niemczech, Szwajcarii, Słowenii i Chorwacji.

Wyróżnienie wręczono Jabłońskiemu w środę podczas zorganizowanej w strasburskiej siedzibie Rady Europy konferencji na temat polityki zwalczania uzależnień od narkotyków. Udział w spotkaniu wzięli ministrowie z wielu krajów europejskich. Polskę reprezentował wiceminister zdrowia Adam Fronczak.

Międzyrządowa Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczania Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami (tzw. Grupa Pompidou) powstała w 1971 roku, a od 1980 roku działa w ramach Rady Europy. W jej skład wchodzi 35 państw europejskich, a współpracują z nią m.in. USA, Australia i Meksyk. Polska przystąpiła do Grupy Pompidou w 1991 roku.

Z Strasburga Szymon Łucyk (PAP)

Jednym z ostatnich przedsięwzięć zrealizowanych przez prezydencję polską była organizacja szkolenia pilotażowego skierowanego do urzędników średniego i wyższego szczebla z państw członkowskich Rady Europy, którzy zajmują się problematyką narkotykową, w tym m.in. kreowaniem polityk krajowych w tym zakresie. Szkolenie to odbyło się w Polsce wiosną 2010 roku, wzięli w nim udział przedstawiciele 29 państw członkowskich Rady Europy. W programie oprócz warsztatów tematycznych prowadzonych przez prof. Ambrosia Uchtenhagena z Instytutu Badań Zdrowia Publicznego i Uzależnień Uniwersytetu w Zurychu i René Stamma, dyrektora ds. szkoleń w Szwajcarskim Federalnym Biurze Zdrowia Publicznego, znalazły się także wykłady przygotowane przez prelegentów m.in. z Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie, Instytutu Maxa Plancka z Monachium, Instytutu Antona Prokscha z Wiednia i Uniwersytetu Johna Moore'a w Liverpoolu. Na podstawie ewaluacji wyników szkolenia pilotażowego

przygotowane zostały konkluzje i zalecenia pomocne przy organizacji kolejnych edycji szkolenia Grupy Pompidou.

Współpraca Polski z Grupą Pompidou trwa już niemal dwadzieścia lat. W tym czasie w Polsce zaszły ogromne zmiany, także w dziedzinie przeciwdziałania narkotykom i narkomanii. Te pozytywne zmiany zawdzięczamy m.in. współpracy z Grupą Pompidou, która od początku swego istnienia ustanawia wysokie standardy kompleksowej polityki antynarkotykowej, które mogą służyć za wzorzec dla państw i organizacji międzynarodowych. Mając to na uwadze, Polska w ciągu czterech lat przewodniczenia pracom Grupy starała się jak najlepiej wywiązywać z nałożonych na nią obowiązków.

Pomimo iż nasza prezydencja dobiegła końca, przedstawiciel Polski będzie nadal zasiadał w Biurze Stałych Korespondentów Grupy Pompidou, a Polska będzie kontynuować bliską współpracę z Grupą Pompidou, dzieląc się swym doświadczeniem z Francją, która obecnie kieruje pracami Grupy.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	12 października	Bruksela, Belgia
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	16 października	Bruksela, Belgia
Konferencja ministerialna Grupy Pompidou	3-4 listopada	Strasburg, Francja
Spotkanie koordynatorów projektu „Europejskie standardy jakości narkotykowego programu profilaktycznego”	5-6 listopada	Budapeszt, Węgry
Spotkanie ekspertów dotyczące wskaźnika zgonów z powodu narkotyków	11-12 listopada	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	15 listopada	Lizbona, Portugalia
Spotkanie ekspertów dotyczące problemowego używania narkotyków	13-14 grudnia	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	21 grudnia	Bruksela, Belgia

SPOTKANIA KRAJOWE

Szkolenie dla gmin z województwa łódzkiego organizowane przez eksperta wojewódzkiego dotyczące monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym – druga edycja, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi	11-13 października	Załęcze Wielkie, woj. łódzkie
VI spotkanie sieci programów redukcji szkód, CINN KBPN	8-9 listopada	Falenty
Ogłoszenie raportu rocznego EMCDDA – konferencja prasowa	10 listopada	Warszawa
II ogólnopolskie spotkanie placówek leczniczych uczestniczących w projekcie Treatment Demand Indicator, CINN KBPN	6-7 grudnia	Warszawa
XIX spotkanie ekspertów wojewódzkich, CINN KBPN	16-17 grudnia	Kraków

„Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień” to pierwszy projekt o zasięgu ogólnoeuropejskim, który wskazuje, w jaki sposób planować i realizować skuteczną, opartą na dowodach profilaktykę uzależnień. Standardy mają na celu poprawę jakości prowadzonych działań profilaktycznych w zakresie uzależnień w Europie poprzez dostarczenie empirycznie sprawdzonego modelu, który zapełni luki pomiędzy nauką, polityką i praktyką.

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO – CZĘŚĆ I

Artur Malczewski

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



Wstęp

Działania profilaktyczne w Polsce podejmowane są przez szereg podmiotów, od instytucji centralnych (jak np. Ministerstwo Edukacji Narodowej czy Ministerstwo Zdrowia) poprzez jednostki samorządu terytorialnego na poziomie wojewódzkim, aż po gminy. Głównymi źródłami finansowania profilaktyki narkotykowej są budżety jednostek centralnych oraz środki pochodzące z podatku ze sprzedaży napojów alkoholowych. W ciągu ostatnich lat wzrastają nakłady na działania profilaktyczne przede wszystkim na poziomie lokalnym. W 2009 roku na realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) wydano w sumie prawie 165 mln złotych. We wdrażaniu KPPN ważną rolę pełnią jednostki samorządu terytorialnego. W jego ramach gminy przeznaczyły 64 mln na przeciwdziałanie narkomanii. Z 64 mln złotych wydanych na KPPN w 2009 roku, 55 mln przeznaczono na profilaktykę. W związku z obowiązkiem wspierania profilaktyki przez samorządy gminne wiele różnych podmiotów podejmuje się przygotowania i realizowania programów profilaktycznych. W 2009 roku władze lokalne wsparły finansowo ponad 7 tys. programów profilaktyki uniwersalnej dla ponad 2 mln odbiorców w ramach przeciwdziałania narkomanii. W 2009 roku 70% gmin finansowało programy profilaktyki uniwersalnej oraz 17% profilaktyki wskazującej i selektywnej. W Polsce istnieje duży rynek świadczący usługi z zakresu profilaktyki, z tego najwięcej przypada na profilaktykę uniwersalną. Kolejnym krokiem w rozwoju działań profilaktycznych powinny być zatem prace nad podniesieniem efektywności wdrażanych interwencji. W ostatnich latach rozpoczęto prace nad stworzeniem

systemu rekomendowanych programów profilaktycznych. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania jest liderem projektu, który będzie wdrażany w 2011 roku. O uzyskanie rekomendacji mogą się starać nie tylko programy dotyczące profilaktyki narkotykowej, ale również innych obszarów, np. promocji zdrowia psychicznego. Europejskie standardy jakości będą stanowić wsparcie dla osób chcących przygotować lub zmodyfikować program profilaktyczny, starający się o otrzymanie rekomendacji. Podmioty zlecające realizację działań profilaktycznych w coraz większym stopniu oczekują od realizatorów prowadzenia ewaluacji, która potwierdzi skuteczność podejmowanych działań. Ewaluacja wyniku i efektu jest jednak wciąż wyzwaniem dla części podmiotów realizujących programy profilaktyczne. Krajowy system rekomendacji, jak również europejskie standardy mają przyczynić się do podniesienia jakości działań profilaktycznych w Polsce.

Europejskie standardy

„Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień” (ESJPU) to pierwszy wspólny projekt o zasięgu ogólnoeuropejskim, który wskazuje, w jaki sposób planować i realizować skuteczną, opartą na dowodach profilaktykę uzależnień. Standardy mają na celu poprawę jakości prowadzonych działań profilaktycznych w zakresie uzależnień w Europie poprzez dostarczenie empirycznie sprawdzonego modelu, który zapełni luki pomiędzy nauką, polityką i praktyką. Standardy zawierają niezbędne kroki w zakresie badań, planowania, wdrażania oraz ewaluacji programów profilaktyki uzależnień. Celami projektu standardów było:

1. Opracowanie i przedstawienie zbioru kryteriów oceny standardów w profilaktyce i zaleceń oraz wdrożenie ich w ramach projektów modelowych.
2. Zebranie i dokonanie przeglądu istniejących krajowych standardów i zaleceń opartych na dowodach w UE i na świecie.
3. Identyfikacja i omówienie krajowych standardów i zaleceń co do wdrażania programów profilaktycznych.
4. Opublikowanie standardów UE oraz zaleceń w zakresie profilaktyki uzależnień opartej na dowodach.

Projekt realizowany jest ze środków Komisji Europejskiej w ramach Programme of Community Action in the Field of Public Health (2003–2008) (angielska nazwa projektu „European standards in evidence for drug prevention”, numer: 2007304).

Opracowany dokument ma za zadanie dostarczyć decydentom i specjalistom wspólnie uzgodnionych standardów programów profilaktycznych opartych na solidnych podstawach metodologicznych, które będą pomocne w wyborze, rozpowszechnianiu lub opracowaniu najlepszych praktyk we wszystkich obszarach profilaktyki uzależnień od narkotyków. Dzięki temu osoby zaangażowane w profilaktykę będą miały jednoczesny dostęp do dorobku naukowego, strategii oraz działań praktycznych. Ponadto będą mogły skutecznie realizować cele zawarte w krajowych strategiach antynarkotykowych oraz unijnym Planie Działania w zakresie Narkotyków.

Standardy zostały opracowane z myślą o zastosowaniu ich wobec różnego typu interwencji profilaktycznych, miejsc ich realizacji oraz grup docelowych, w tym profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej. Większość dokumentów źródłowych, na których oparto ESJPU zawierało działania z zakresu profilaktyki uzależnień, mające charakter ogólny, a nie szczegółowy. Pomimo że standardy zostały przygotowane na potrzeby profilaktyki narkotykowej, mogą zostać wykorzystane przy tworzeniu programów mających na celu promocję zdrowia, zdrowego trybu życia i świadomych wyborów, redukcję zagrożeń i zachowań ryzykownych i/lub wyrównywanie szans i zapewnianie równego dostępu do pomocy socjalno-zdrowotnej. Działania z zakresu profilaktyki uzależnień mogą skupiać się na substancjach legalnych (np. alkohol, tytoń) i/lub nielegalnych; mogą również wykorzystywać redukcję szkód. Standardy mogą być również przydatne

w odniesieniu do interwencji, których przedmiotem są inne zachowania związane ze zdrowiem.

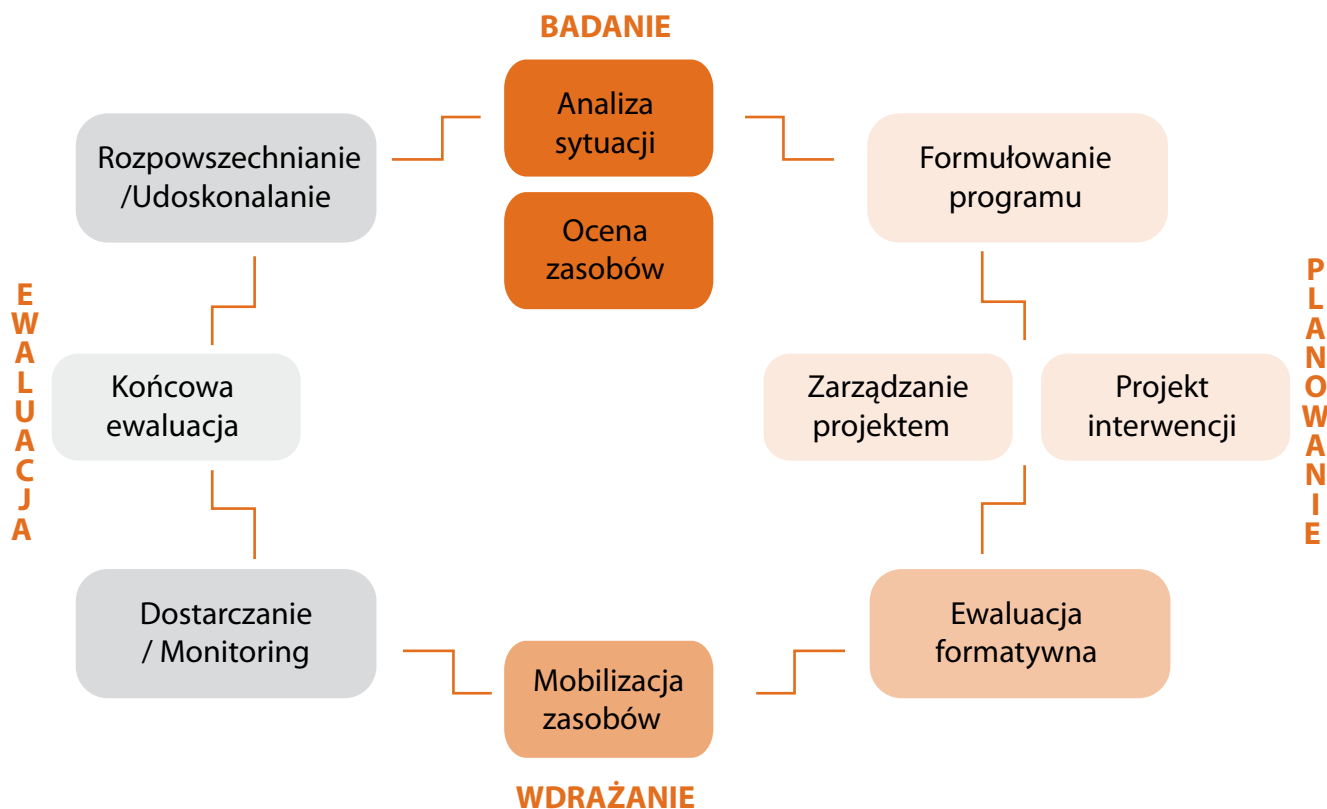
W pracach nad europejskimi standardami uczestniczy sześć krajów: Wielka Brytania (lider projektu), Hiszpania, Włochy, Węgry, Rumunia oraz Polska. Warto podkreślić, że przy opracowywaniu europejskich standardów wykorzystywane są różne techniki badawcze: *Delphi metod*, *focus group* oraz *filed testing*. W ramach pierwszego etapu prac w 2009 roku zebrano i przeanalizowano dokumenty zawierające wskazówki, rekomendacje lub wytyczne dotyczące programów profilaktycznych. Wsparciem w wyszukiwaniu istniejących standardów była sieć Reitox National Focal Point. W efekcie zidentyfikowano istnienie dokumentów zawierających wskazówki (ang. *guidance*) w 12 krajach UE. Ponadto kontaktowano się mailowo z międzynarodowymi instytucjami zajmującymi się profilaktyką. Dodatkowo standardów poszukiwano w zasobach internetu. Do końcowej analizy wybrano 20 dokumentów. Podzielone zostały one na trzy typy: wytyczne (ang. *guidelines*); standardy (*standards*) oraz rekomendacje (*recomendations*) ze względu na ich cel, zawartość, sposób opracowania oraz status.

Na podstawie przeglądu dokumentów opracowano cykl projektu, który stanowił punkt wyjściowy dla dalszych prac. Pierwsza wersja cyklu projektowego składała się z dziesięciu etapów prowadzących przez cały proces przygotowania, wdrażania oraz oceny programu profilaktycznego. Zebrane dokumenty pozwoliły na stworzenie długiej listy standardów, która jest zbiorem do porównań. Na rycinie 1. zaprezentowany został cykl projektowy przygotowany na podstawie przeglądu już istniejących standardów.

Delphi metod – wyniki

Opracowane standardy zostały poddane konsultacji za pomocą metody Delphi. Internetowa ankieta Delphi miała na celu poznanie opinii na temat obecności poszczególnych komponentów w ostatecznej wersji standardów. Ankiety Delphi prowadzone są w kilku etapach, tak by uczestnicy mieli okazję zaznajomić się z wynikami poprzednich edycji. W ramach tego etapu prac nad standardami specjaliści zajmujący się profilaktyką poproszeni zostali o dwukrotne wypełnienie tej samej ankiety zamieszczonej w internecie. W Polsce respondentami byli m.in. realizatorzy programów, badacze, pracownicy instytucji centralnych, terapeuci

Rycina 1. Cykl projektowy europejskich standardów – projekt



uzależnień. Polską specyfiką był udział w ankiecie przedstawicieli samorządu terytorialnego z poziomu gminy oraz województwa.

W tym samym czasie około 500 osób spośród krajów przygotowujących standardy dokonało dwukrotnie oceny przedstawionych komponentów. W sumie konsultacjom zostało poddanych 46 komponentów, tworzących 10 kroków cyklu projektowego. Pierwsza sesja badania trwała dwa tygodnie (styczeń), druga trzy tygodnie (luty). W pierwszej sesji ankietę wypełniła połowa zaproszonych osób, z tego co piąta osoba była z Polski. W drugim etapie wzięło udział 423 respondentów, tj. 87% osób z drugiego etapu w UE, a w Polsce 88%. Respondenci z Polski byli drugą pod względem liczebności grupą po Włochach. Osoby badające oceniały ważność każdego komponentu. Ponadto mogły wypowiedzieć się, czy dany komponent powinien być obowiązkowy, jak również dodać komentarz z tekstem. W drugiej sesji osoby wypełniające ankietę znały średnie wyniki z Polski oraz UE. Dodatkowo przedstawione zostały wybrane komentarze z pierwszej sesji. W końcowej analizie zostały uwzględnione tylko odpowiedzi osób, które wypełniły ankietę w obydwu edycjach. W Polsce ankietę dwukrotnie wypełniły 84 osoby. W tabeli 1. przedstawiono wybrane, najbardziej istotne wyniki Delphi metod w Polsce. W pierwszej kolumnie

zawarte są wszystkie komponenty standardów. Druga kolumna przedstawia średnią arytmetyczną każdego komponentu w Polsce, a następna w Europie. W czwartej przedstawiono poziom osiągnięcia konsensusu w ocenie poszczególnych standardów, co oznacza, że minimum 60% badanych określiło priorytet w ten sam sposób. Komponenty, które osiągnęły konsensus, zostały oznaczone symbolem „ok”. W piątej kolumnie znajdują się odsetki badanych oceniających poszczególne komponenty jako mające wysoki priorytet. W następnej zawarto wyniki pokazujące, czy dany komponent powinien być obowiązkowy, czy też nie. W ostatniej kolumnie zaprezentowano ranking wszystkich komponentów.

W analizie wyników badania Delphi przyjęto przede wszystkim dwa wskaźniki: ważność komponentów (kolumna 2. w tabeli 1.) oraz konsensus uczestników (kolumna 3.). Ponadto pytano respondentów czy dany komponent powinien być obowiązkowy, czy nie (kolumna 5.).

Dodatkowo w tabeli przedstawiony został odsetek osób, który uznał, że dany komponent ma wysoki priorytet. W trakcie badania oceniano ważność przedstawionych komponentów. W tym celu respondenci byli proszeni o wyrażenie swojej opinii o każdym z komponentów na czterostopniowej skali (wysoki priorytet – 3; średni

Tabela 1. Projekt „Europejskie standardy jakości w profilaktyce narkotykowej” oraz wyniki analizy Delphi – wyniki polskie (n=84)

Cykle projektowe i komponenty	Priorytet PL	Priorytet UE	Konsensus PL	Obowiązkowo Tak PL	Ocena priorytetu PL
1	2	3	4	5	6
1. Analiza sytuacji	2,85				
1. Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności	2,81	2,73	ok	96,8 %	9
2. Zdefiniowanie problemu – uzasadnienie interwencji	2,81	2,63	ok	96,8 %	10
3. Rozpoznanie grupy docelowej – analiza czynników ryzyka i czynników ochronnych	2,93	2,88	ok	98,4 %	3
2. Ocena zasobów	2,50				
1. Poznanie strategii i uregulowań prawnych	2,44	2,36		87,5 %	30
2. Określenie potencjalnych źródeł finansowania	2,46	2,35		91,9 %	27
3. Identyfikacja zaangażowanych stron i usług	2,19	2,48	ok	78,0 %	39
4. Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności	2,77	2,74	ok	95,3 %	12
5. Ocena własnego potencjału	2,68	2,54	ok	90,3 %	19
3. Opracowanie programu	2,46				
1. Zdefiniowanie grupy docelowej	2,93	2,88	ok	100,0 %	2
2. Określenie celów	2,87	2,83	ok	98,5 %	6
3. Określenie miejsca realizacji programu	2,15	2,32	ok	81,0 %	41
4. Podsumowanie dotychczasowego dorobku	1,85	2,10	ok	59,0 %	46
5. Przedstawienie ram teoretycznych	2,00	1,97		70,8 %	44
6. Opracowanie lub wybór skutecznej interwencji	2,82	2,75	ok	98,5 %	8
7. Określenie ram czasowych	2,29	2,28	< 50 %	86,4 %	36
8. Zapewnienie etycznego charakteru interwencji	2,77	2,61	ok	87,9 %	15
4. Projekt interwencji	2,36				
1. Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności	2,93	2,72	ok	95,4 %	16
2. Dopasowanie interwencji do grupy docelowej	2,87	2,86	ok	98,5 %	1
3. Opis interwencji	2,15	2,42	< 50 %	89,6 %	33
4. Zaplanowanie końcowych badań ewaluacyjnych – zdefiniowanie wskaźników	1,85	2,60		95,6 %	24
5. Zaplanowanie zbierania danych	2,00	2,41	< 50 %	84,1 %	37
5. Zarządzanie projektem	2,46				
1. Strategiczne zaplanowanie programu	2,93	2,62	ok	87,9 %	22
2. Zaangażowanie w proces planowania wszystkich stron projektu	2,87	2,53		81,5 %	29
3. Zaplanowanie budżetu i określenie kosztów	2,15	2,68	ok	100,0 %	11
4. Zbudowanie kompetentnego zespołu	1,85	2,82	ok	97,0 %	7
5. Określenie zasobów materialnych	2,00	2,29		84,4 %	31
6. Promocja wzajemnej komunikacji	2,93	2,39		71,0 %	42
7. Zapobieganie ryzyku – ochrona zdrowia	2,87	2,48		81,0 %	26
8. Opracowanie pisemnego planu projektu	2,15	2,30		89,6 %	32
6. Ewaluacja formatywna	2,27				
1. Ocena spójności i wykonalności	2,63	2,69	ok	87,1 %	21
2. Umożliwienie zrównoważonego rozwoju programu	2,24	2,52	< 50 %	70,6 %	38
3. Przeprowadzenie interwencji pilotażowej	1,94	2,05	< 50 %	52,2 %	45
7. Mobilizacja zasobów	2,6				
1. Wyszukanie personelu przed realizacją programu	2,88	2,81	ok	95,7 %	4
2. Współpraca ze wszystkimi stronami projektu	2,55	2,53		83,1 %	23
3. Zbiórka funduszy	2,19	2,27	< 50 %	67,2 %	40
4. Nabór uczestników	2,88	2,63	ok	95,5 %	5
5. Przygotowanie materiałów programowych	2,51	2,43		86,2 %	25
8. Realizacja i monitoring	2,64				
1. Strategiczna i elastyczna realizacja programu	2,67	2,73	ok	92,5 %	20
2. Monitoring i modyfikacja w fazie realizacji	2,69	2,63	ok	88,2 %	18
3. Utrzymanie uczestników	2,46	2,28		76,8 %	28
4. Wsparcie dla personelu podczas realizacji programu	2,77	2,59	ok	91,3 %	14
9. Końcowa ewaluacja	2,74				
1. Przeprowadzenie ewaluacji wyniku	2,77	2,80	ok	92,9 %	13
2. Przeprowadzenie ewaluacji procesu	2,71	2,74	ok	91,3 %	17
10. Rozpowszechnianie i doskonalenie	2,27				
1. Zapewnienie zrównoważonego rozwoju	2,36	2,54	< 50 %	81,8 %	34
2. Sprawozdawczość z realizacji programu	2,32	2,49		89,6 %	35
3. Umożliwienie innym podmiotom realizacji interwencji w przyszłości	2,14	2,38		66,2 %	43

Źródło: Angelina Kurtev „Delphi results Round 2” (draft analysis 17 marca 2010) LJM.U.

priorytet – 2; niski priorytet – 1; to nie jest priorytet – 0). Definicję priorytetu określono jako średnią wartość (średnia arytmetyczna) wszystkich odpowiedzi uczestników. Ważnym elementem w ocenie poszczególnych komponentów było osiągnięcie konsensus przez respondentów. Jeżeli w przypadku jednej odpowiedzi otrzymano co najmniej 60% odpowiedzi, to oznacza, że uzyskano porozumienie wśród uczestników konsultacji. W tabeli 2. przedstawiono dla przykładu rozkłady odpowiedzi dotyczących komponentu 8.4 – wsparcie dla personelu podczas realizacji programu. Ponad 60% uczestników głosowało za tą samą kategorią, w tym przypadku wyrażając opinię, że komponent ma wysoki priorytet (78,65%). To oznacza, że osiągnięto porozumienie, czyli konsensus przy ocenie ważności tego priorytetu.

Tabela 2. Odsetki badanych oceniających ważność priorytetu „wsparcie dla personelu podczas realizacji programu”

Wysoki priorytet	Średni priorytet	Niski priorytet	To nie jest priorytet
78,6	20,2	1,2	0

Za najbardziej priorytetowe komponenty zostały uznane te, odnoszące się do działań wobec grupy docelowej (w nawiasach zawarte są wyniki z Polski jak również średnia europejska). Według opinii wszystkich respondentów, poniższe trzy komponenty uzyskały najwyższe oceny:

- 4.2. dopasowanie interwencji do grupy docelowej (PL: 2,95; UE: 2,86);
- 3.1. zdefiniowanie grupy docelowej (PL: 2,93; UE: 2,88);
- 1.3. rozpoznanie grupy docelowej (PL: 2,93; UE: 2,88).

Według respondentów z badania Delphi komponent 3.1 jest ważny, ponieważ dokonanie właściwego doboru grupy i jej poszczególnych uczestników jest bardzo istotne w późniejszej pracy i dostosowaniu do tej grupy programu. Najniższe oceny, według respondentów w Polsce, otrzymały dwa komponenty z trzeciego etapu projektowego, tj. opracowanie projektu oraz podsumowanie dotychczasowego dorobku, jak również jeden z obszaru dotyczącego ewaluacji formatywnej:

- 3.5 przedstawienie ram teoretycznych (PL 2,00; EU 1,97);

- 3.4 podsumowanie dotychczasowego dorobku (PL 1,85; UE 2,10);
- 6.3 przeprowadzenie interwencji pilotażowej (PL 1,94, UE 2,05).

W ocenie polskich respondentów dwa komponenty (3.4 i 6.3) nie powinny znaleźć się w końcowej wersji standardów, ponieważ otrzymały oceny poniżej 2. Należy wyjaśnić również, że w przypadku komponentu 3.4 podsumowanie dotychczasowego dorobku (ocena na poziomie 1,85, co było najniższą oceną w całym badaniu), niska ocena mogła być wynikiem nie do końca trafnego przetłumaczenia wyrażenia „evidence-base”. W związku z tym respondenci nie do końca zrozumieli, że komponent dotyczy działań opartych na dowodach. W końcowej wersji standardów tłumaczenie zostanie poprawione. Nie zmienia to faktu, że komponent 3.4 nie był również wysoko oceniany w innych krajach. Analizując wyniki całego badania Delphi, należy odnotować, że 45 z 46 komponentów osiągnęło wysoką ocenę, na poziomie 2 lub wyżej. Spośród nich 23 komponenty osiągnęły konsensus. W polskich wynikach 44 komponenty osiągnęły wysoką ocenę, a wśród nich 24 miało konsensus. Analiza wyników pomiędzy krajami pokazuje, że polska ocena różniła się znacznie w przypadku co trzeciego komponentu. 10 komponentów miało wyższą ocenę, a 9 niższą niż w pozostałych krajach biorących udział w badaniu. Szczególnie widać te różnice w ostatnim cyklu projektowym dotyczącym „Rozpowszechnienia i doskonalenia”. Dwa komponenty (10.1 i 10.3) z tego etapu miały znacząco niższą średnią od wyników z pozostałych krajów biorących udział w badaniu. Z kolei w obszarze ósmym „Realizacja i monitoring” dwa komponenty (8.3 i 8.4) miały znacząco wyższą średnią, osiągając najwyższy wynik w UE. Według badanych wszystkie komponenty powinny być obowiązkowe. Żaden nie otrzymał poniżej 51% odpowiedzi na „tak” (kolumna 5. tabeli 1.). Podobne wyniki otrzymano w próbie europejskiej, gdzie również prawie wszystkie standardy w ocenie uczestników badania powinny być obowiązkowe. Przeprowadzenie interwencji pilotażowej było komponentem z najmniejszym odsetkiem odpowiedzi na „tak” w Polsce – 52% oraz w Europie (42%). Był to jedyny komponent, który w ocenie respondentów nie powinien być obowiązkowy. Wyniki badania Delphi były omawiane na grupach focusowych zorganizowanych w ramach prac nad standardami. W drugiej części artykułu przedstawię wyniki pozostałych analiz oraz omówię końcową wersję standardów.

Mam nadzieję, że przedstawione w artykule wyniki badań przyczynią się do zbliżenia dwóch stanowisk w świecie leczenia uzależnień: tych, którzy atakują programy substytucyjne, nazywając je „darmowym rozdawnictwem narkotyku”, z tymi, którzy zarzucają im nadmierną centralizację i upatrują w nich hamulec na drodze do substytucji powszechnej.

BADANIA ODBIORCÓW PROGRAMU SUBSTYTUCYJNEGO

*Marek Wójcik – lekarz psychiatra
Kierownik Poradni Leczenia Substytucyjnego
Stowarzyszenie „Eleuteria”*

Leczenie substytucyjne uzależnień narkotykowych pozostaje w Polsce tematem kontrowersyjnym. Celowo użyłem sformułowania „narkotykowych”, a nie „opiatowych”. Osobiście należę do frakcji spod znaku EBM (*evidence based medicine*) i jako kierownik Poradni Leczenia Substytucyjnego w Ośrodku Leczenia Uzależnień Stowarzyszenia „Eleuteria” w Warszawie, po trzech i pół roku doświadczeń w substytucji, wierzę, że stosując to podejście można śmiało podejmować się leczenia nie tylko osób uzależnionych od samych opiatów, ale także osób z uzależnieniem mieszanym. (Warto może przypomnieć, że był taki czas, kiedy uzależnienie mieszane uważano w samym środowisku leczących za przeciwwskazanie do substytucji).

Mój pogląd oczywiście nie jest ani mój, ani nowy, ale ma tę cechę tak potrzebną na naszym, polskim gruncie: został sprawdzony i potwierdzony na własnym podwórku. Chociaż, z drugiej strony, historia leczenia substytucyjnego w Polsce wydaje się przeczyć i tej obserwacji: pomimo twardych i niepodważalnych dowodów na swoją skuteczność, substytucja nadal jest traktowana „po macoszemu” i nie rozwija się tak, jak powinna się rozwijać skuteczna metoda radzenia sobie z chorobą przewlekłą.

Kogo jeszcze można zaprosić do dyskusji, czyją opinią się podeprzeć, by rzetelnie i może wreszcie przekonująco przedstawić walory substytucji?

Artykuł ten dedykuję wszystkim zainteresowanym leczeniem substytucyjnym, bez względu na kontekst tego zainteresowania. A więc po pierwsze tym, którzy, zajmując stanowisko skrajne, uważają substytucję za wielki błąd, za darmowe przedłużanie choroby uzależnienia, za poddanie się medycynie chorobie, której odmawiają głębokiego biologicznego charakteru i pragną nadal leczyć wyłącznie w środowisku społeczności terapeutycznych.

Z drugiej strony chciałbym, by przedstawiona poniżej praca badawcza, przeprowadzona wśród samych odbiorców leczenia substytucyjnego, dała do myślenia tym, którzy pod hasłami ekspansji HR (*harm reduction*) już dziś śmiało lansują w Polsce ideę wprowadzenia substytucji do gabinetów lekarzy ogólnych, i którym (przynajmniej niektórym) nieobcy byłby model zastosowany swego czasu w Hong-Kongu, czyli – upraszczając i wyolbrzymiając dla pełnego oddania myśli – postawić beczkę z metadonem na rogu każdej ulicy i lać chochlą każdemu, kto się zgłosi.

Wreszcie – i przede wszystkim – wyniki tej pracy kieruję do tych, którzy w substytucji pracują i chcą ją doskonalić, mając już dawno za sobą dylematy podstawowe. I po czwarte, opracowanie to niech będzie źródłem informacji dla samych pacjentów – tych już leczących się i tych potencjalnych.

Narodziny badań

Idea przeprowadzenia ankiety zatytułowanej „Substytucja oczami pacjentów” zrodziła się z trzech powodów: po pierwsze, z przekonania, że pacjent, czyli odbiorca naszego postępowania, jest najlepszym i najważniejszym jego ewaluatorem. Po drugie, prowadząc grupy edukacyjne ze swoimi pacjentami, przekonałem się, że edukacja ma wymiar dwustronny, a sami pacjenci domagają się, na różne sposoby, by ich zdanie o ich własnym leczeniu było brane pod uwagę. I po trzecie, dotąd nikt jeszcze w Polsce nie przedstawił podobnych badań.

W anonimowej ankiecie wzięło udział 338 pacjentów z czterech warszawskich programów substytucyjnych (przy ul. Brzeskiej – 27%, Dzielnej – 48%, Sobieskiego – 11%, Wolskiej – 14%). Szpital Nowowiejski wycofał zgodę na badania.

Ponieważ wiele pytań miało naturę „wrażliwych”, poproszono pacjentów, by nie odpowiadali na te pytania, na które ich odpowiedzi nie byłyby szczere.

Pytania dotyczyły kilku aspektów funkcjonowania substytucji:

- samej idei substytucji;
- opinii pacjentów o substytutach: metadonie i suboxonie;
- ujęcia leczenia w formę programów z ich regulaminami i specyficzną ofertą;
- wpływu ministerialnych regulacji na jakość leczenia;
- skuteczności substytucji;
- zjawisk niepożądanych, jak dobieranie czy przestępczość;
- opinii pacjentów o swoich programach, w tym wysokości i niskoprogowości;
- wpływu udziału w tej formie leczenia na relacje z otaczającym światem.

Dodatkowym smaczkiem badania jest fakt, że podczas konferencji na temat programów substytucyjnych, która odbyła się w październiku 2010 roku w Falentach pod Warszawą, część pytań z ankiety zadano profesjonalistom pracującym w substytucji, niektóre w formie identycznej, niektóre jako sprawdzenie ich wiedzy o opiniach swoich pacjentów. Część odpowiedzi dołączam do niniejszego opracowania (odpowiedzi na ankietę udzieliło 40 specjalistów).

Dane ogólne pacjentów

Interesował nas okres pobytu w programie, częściowo jako indyktor wartości odpowiedzi pacjentów, ale także jako wyraźny wskaźnik retencji w tej formie leczenia. 77% badanych leczyło się ponad rok, a 9% ponad 6 miesięcy (łącznie 86% ponad 6 miesięcy). Tylko 4% pacjentów można określić jako nowych (okres pobytu 1-4 tygodnie).

To pierwszy z wyników pokazujących jednoznacznie wartość substytucji jako podejścia do leczenia uzależnienia opiatowego. Dodajmy w tym miejscu, że substytucja, pomimo ujęcia w scentralizowaną formę programów, jest formą leczenia ambulatoryjnego, a więc najmniej ingerującego w tryb ludzkiego życia.

Sprawdziliśmy także, ile razy w trakcie swojego leczenia pacjenci zmieniali program, w którym się leczą. To daje łatwe porównanie z takimi formami leczenia, jak szpitalny detoks czy stacjonarne leczenie ośrodkowe. 70% pacjentów

nigdy nie zmieniało programu, kolejne 17% (razem 87%) zmieniało go tylko raz.

Przyjmowanym substytutem był w 93% metadon, w 7% suboxone, przy czym tylko dwóch pacjentów przyjmujących suboxone pochodziło z programu realizowanego spoza Dzielnej. To ważne w kontekście dalej przytoczonych danych.

O idei substytucji

Pacjentom zadano kluczowe dla idei substytucji pytanie: „Jak traktują swój pobyt w programie?”. 78% wybrało odpowiedź jako drogę do wyleczenia z narkomanii (a), 21% jako substytut na zawsze (b), i tylko 2 osoby wskazały na chwilową przerwę w braniu (c).

Okazuje się, że pacjenci pokonali w tym myśleniu własnych „profesorów”, albowiem odpowiedzi specjalistów to odpowiednio: a – 67% i b – 33%. Dla pewności pytanie powtórzono: „Czy zaczynając leczenie substytucyjne wierzyłeś, że zakończy się wyleczeniem z narkomanii?”. 78% respondentów odpowiedziało – tak.

Wydaje się, że pacjenci wykazali się sporym realizmem przy kolejnym pytaniu dotyczącym okresu potrzebnego do wyleczenia. Tu 35% umiejscowiło się w przedziale 1-3 lata, a 23% odpowiedziało „jeszcze później”. 18% chciałoby zakończyć leczenie w okresie do jednego roku, 7% do 6 miesięcy. Jeżeli dodamy do tego okres już spędzony w leczeniu, ukazuje to jednoznacznie perspektywę leczenia przewlekłego, niemniej z wyobraźnym zakończeniem.

Regulamin programu i kontrola abstynencji

Najważniejszym objawem choroby uzależnienia narkotykowego jest przymus brania kolejnych dawek środka. Leczenie drug-free lekceważy ten fakt i żąda od pacjenta pozbycia się podstawowego objawu choroby przed przyjęciem do „właściwego” leczenia. Warunkiem przyjęcia do leczenia ośrodkowego jest ujemny wynik testów, a warunkiem ciągłości leczenia – pełna abstynencja. To trochę tak, jakbyśmy powiedzieli cukrzykowi, że warunkiem jego leczenia muszą być prawidłowe poziomy cukru we krwi.

Program substytucyjny również wymaga od pacjenta abstynencji, ale tylko dlatego, że oferuje substancję zastępczą, która urealnia to żądanie. Na ile zmienia to

sytuację? Pamiętajmy, że leczymy ludzi w ich środowisku, bez izolacji.

26% badanych podało, że od wejścia do programu nie złamało abstynencji, kolejne 17% (razem 43%) zrobiło to jeden raz. Ale uwaga – pytanie dotyczyło abstynencji w ogóle, a więc także od innych narkotyków niż heroina! 44% badanych wskazało, że metadon uwalnia ich od głodu od wszystkich narkotyków, 40%, że tylko od heroiny. Dla 13% ulga jest częściowa. Dla suboxonu wartości te wynosiły odpowiednio: 46%, 12% i 29%.

Dołóżmy do tego odpowiedź na pytanie, jak pacjenci traktują substytut. Otóż 68% „zawsze uważało, że to lekarstwo”, a kolejne 23% przekonało się do tego już w programie. Tylko 5% samych pacjentów uważa substytut za darmowy narkotyk (jakże chciałbym zadać to pytanie wszystkim profesjonalistom zajmującym się leczeniem uzależnień w Polsce!). Jeśli podążymy za tym myśleniem, to uzyskujemy, po użyciu „lekarstwa na narkotyk”, niemal całkowite i natychmiastowe zatrzymanie najważniejszego objawu choroby przewlekłej u ponad 40% chorych! Jeśli dodamy do tego kolejne 33% przyznających się do łamania abstynencji na poziomie 2-5 razy w trakcie leczenia, to i tak uzyskujemy redukcję objawu godną pożądaną w każdej chorobie przewlekłej, w każdej gałęzi medycyny!

Niezwykle ciekawie kształtowały się odpowiedzi na pytanie: „Który z obecnie dostępnych substytutów wybrałbyś przy wolnym wyborze?”. Według specjalistów 53% pacjentów wskazałoby na suboxone. Drodzy koledzy, skoro takie macie wyobrażenie o zapotrzebowaniu waszych pacjentów, to czy nie warto zastanowić się, dlaczego dotąd tylko jeden program w Polsce podąża za światowym trendem? Czy tylko cena jest zaporą? Jeśli tak, to czy nie warto wzmocnić wysiłki, by to zmienić? Sami pacjenci określili swoje zapotrzebowanie na suboxone skromniej – na 30%, ale ankieterzy przeprowadzający badanie donieśli mi, że wielu pacjentów z różnych programów nie wiedziało jeszcze, co to jest suboxone!

Zatrzymajmy się jeszcze przy swobodnym doborze substytutu. Jest kilka krajów, które poszły w substytucji daleko i oferują pacjentom czystą heroinę. Ze szczególną myślą o zagorzałych oponentach, którzy nazywają leczenie substytucyjne „rozdawaniem śmierci”, zadaliśmy pacjentom pytanie: „Czy gdyby była dostępna substytucja heroiną, to wybrałbyś heroinę?”. 73% odpowiedziało – nie! Czy to aby nie te same 70%, które wierzy w wyleczenie się substytucją z narkomanii? I dlaczego 30% z nich już chce suboxonu zamiast metadonu, a głównym argumentem, o jakim mó-

wią, jest poczucie stuprocentowej trzeźwości na suboxonie pośród tych, którzy się na niego zdecydowali?

Sprawdziliśmy opinię pacjentów o adekwatności używanych dawek substytutu. Niektórzy mogliby odnosić wrażenie, że pacjent substytucyjny, jako narkoman, powinien wykazywać się stałym niedosytem i domagać się dawek większych od zalecanych. Tymczasem 57% badanych, gdyby dać im swobodę wyboru dawki, brałoby taką jak teraz, 14% mniejszą, 21% większą, 7 osób codziennie inną. 28% przyznało, że dążyło do zawyżenia dawki podczas jej szpitalnego ustalania, bojąc się głodu. 71% nie zrobiło tego, a tylko 3 osoby przyznały się do zawyżania dawki w celu późniejszego gromadzenia zapasów.

Sprawdziliśmy także stosunek odbiorców do wyprowadzenia leczenia substytucyjnego poza programy. Zadaliśmy pytanie: „Czy gdyby substytut był dostępny na receptę za pieniądze, bez konieczności udziału w programie, to wybrałbyś taką metodę leczenia?”. Możliwe odpowiedzi to: a. – nie, b. – tak, bez względu na cenę, c. – tak – z przedziałami cenowymi na dobę. 59% odpowiedziało „nie”. 7% wybrało odpowiedź „b”. 8% zgodziłoby się na przedział cenowy 0-5 PLN/dobę, 10% na 6-10 PLN i 5% na 11-20 PLN. Specjalistów te wyniki zaskoczyły: wydawało im się, że przynajmniej 60% pacjentów wybierze opcję „c”.

Jak wiele czynników wpłynęło na ten wynik? Z mojej wiedzy i rezultatów innych części ankiety na pewno należy docenić wagę takich argumentów, jak bezpłatne leczenie, dostęp do terapii, lęk przed dekonspiracją uzależnienia podczas realizacji recept, poczucie przynależności do grupy – jedynej, w jakiej się swobodnie funkcjonuje.

Kolejny blok pytań dotyczył funkcjonowania programów w kontekście obowiązującego rozporządzenia o leczeniu substytucyjnym i wewnętrznych regulaminów programów.

Jednym z codziennych elementów życia pacjenta jest konieczność poddawania się badaniu moczu na żądanie i w obecności personelu. Wiele jest głosów krytykujących ten element postępowania, uważających testy za uwłaczające godności pacjenta. A co na to sami pacjenci? 32% nie przeszkadza to w ogóle, 28% „trochę, ale nie mają z tym problemu”, kolejne 25% uzależnia to od postawy personelu. Tylko dla 13% jest to uwłaczające.

Co więcej, 54% uważa, że badanie moczu jest pomocne w leczeniu, 34% jest to obojętne, a tylko 10% – przeszkadza. Zbieżność odpowiedzi na te dwie kwestie nie wymaga chyba komentarza. Zapytaliśmy pacjentów, która metoda kontroli moczu daje większą szansę na utrzymanie

abstynencji. 56% przyznało, że „kontrolę wyrywkową, pacjent nie zna daty badania”, 23% „kontrola raz w miesiącu, pacjent nie zna daty badania”, 19% „kontrola raz w miesiącu, pacjent zna datę badania”. Ponownie jest to głos przeczący tym wszystkim, którzy w kontrolach wyrywkowych na żądanie widzą łamanie praw pacjenta. Pacjenci chcą tego łamania dla swojego zdrowia!

Zadaliśmy pacjentom pytania o to, ile według nich powinna trwać przerwa po usunięciu z programu przed kolejnym przyjęciem, oraz ile powinien trwać okres utraty „przywileju” wydawania substytutu do domu.

Przy tych pytaniach wykazali się oni dużą powściągliwością – odpowiedzi udzieliło mniej niż 40% pytanych. To dla mnie wyraźny sygnał rozdźwięku pomiędzy tym, „co by się chciało”, a rozumieniem tego, co słuszne. Odpowiedzią kompromisową okazała się opcja „każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie” (w obu przypadkach po 14%). Za taką opcją opowiedzieli się również specjaliści (60%), co wyraźnie wskazuje, że nadmierna skłonność do odgórných regulacji postępowania mijają się z celem i sensem leczenia. Podobnie rzecz się miała przy pytaniu o okres powstrzymania się od przyjęcia pacjenta po usunięciu z innego programu: kiedyś ustalono między kierownikami programów, że będą to trzy miesiące. Tym razem 80% specjalistów opowiedziało się za traktowaniem indywidualnym (46% pacjentów chciało natychmiastowego dostępu do innego programu, 19% po jednym miesiącu, 10% po trzech miesiącach, 10% chciało traktowania indywidualnego). 18% pacjentów chciało, by liczba możliwych powrotów do leczenia była ograniczona, z czego 3% chciało ją ograniczyć do jednego razu. 42% nie chciało żadnych ograniczeń, 20% uznało za słuszne potraktowanie indywidualne. Specjaliści pozostali przy traktowaniu indywidualnym.

Ciekawie ułożyły się odpowiedzi na ważne pytanie: „Czy coś powinno dyskwalifikować z ponownego przyjęcia do programu w ogóle?”. Odpowiedzi pacjentów to: a – nie, nic (36% ankietowanych), b – tak, agresja (33%), c – tak, handel narkotykami, lekami, substytutem (30%), d – tak, każde przestępstwo popełnione podczas leczenia (7%). Wśród specjalistów uzyskano następujące wyniki: a. – 35%, b. – 10%, c. – 35% i d. – 12%.

Ponieważ regulaminy programów substytucyjnych zakazują dobierania innych narkotyków, nadmiernego spożywania alkoholu oraz używania benzodiazepin (szczególnie clonazepamu, który niektórzy pacjenci uważają za gorsze zło niż heroina), zapytaliśmy, czy dobieranie tych środków powinno być dozwolone. 53% respondentów

uznało, że nie, 17% chciałoby zezwolenia na picie alkoholu, 15% dla marihuany i 11% dla clonazepamu. Nie do końca te odpowiedzi odzwierciedlają problem dobierania tych substancji, gdzie wygrywa alkohol przed clonazepamem. 27% badanych przyznało się do zażycia dopalaczy, 16% Acataru (psudoefedryna).

Wydawanie substytutu do domu

W kolejnym bloku odnieśliśmy się do problemów związanych z wydawaniem substytutu do domu. Budzi to wiele kontrowersji w środowisku samych specjalistów i jest też przedmiotem ataków przeciwników substytucji. A wśród pacjentów?

Zapytaliśmy ich, czy i w jakich okolicznościach kupują metadon na czarnym rynku. 62% nie robiło tego dotąd, 21% w sytuacjach, gdy z różnych powodów ogranicza im się dawkę, 5% deklarowało jako powód generalnie zbyt małą dawkę, 9% okresowe zwiększone zapotrzebowanie ponad codzienną dawkę. Czarnorynkowy obrót suboxonem jest jeszcze zjawiskiem marginalnym. 8% pacjentów przyznaje się do gromadzenia zapasów metadonu na własny użytek, a 1,5% do jego handlu.

Przyjrzeliliśmy się problemowi bezpiecznego używania dawek wydawanych do domu – to w kontekście nowego rozporządzenia zezwalającego już na wydawanie substytutów nawet na dwa tygodnie. Niektórzy specjaliści obawiali się możliwych zatruć przez jednorazowe spożycie zwielokrotnionej dawki. Tylko 2% pacjentów ujawniło przyjęcie więcej niż 200% swojej dawki, 10% do 200%, 3% do 175%, 8% do 150%, 30% do 125%. Obawy wydają się nie mieć uzasadnienia. Sami pacjenci uważają za bezpieczne wydawanie substytutu do domu: za opcją bez limitu opowiedziało się 30% ankietowanych, na 2 tygodnie – 20%, na 4-7 dni – 34%, na 1-3 dni – 13%, w ogóle – 3%.

Inaczej kształtowały się odpowiedzi uzyskane od specjalistów: za wydawaniem substytutu bez limitu opowiedziało się tylko 7% ankietowanych, na 2 tygodnie – 20%, na 4-7 dni – 50%, na 1-3 dni – 23%.

Zadowolenie

Sprawdziliśmy, na ile oferta programów substytucyjnych odpowiada ich pacjentom. Generalnie 74% oceniło ją jako właściwą. W 78% pacjenci byli zachęceni przez personel do myślenia o substytucji jako drodze do wyleczenia z narkomanii.

Sprawdziliśmy, czy pacjenci podzielają naszą wiarę w moc terapii oraz lekarza w programie. 11% uznało, że programy funkcjonowałyby dobrze bez lekarza, 17% jest przekonanych, że bez terapii indywidualnej, a 54% – bez terapii grupowej. 79% pacjentów miało poczucie przynależności do swoich programów, przy czym, co było nieco zadziwiające, już od początku leczenia takie poczucie miało aż 48%.

Na życzenie pacjentów w ankiecie znalazły się dwa pytania. Jedno dotyczyło relacji pacjentów z terapeutami-neofitami. 35% określiło swój stosunek w tej sprawie jako obojętny, 38% interesował tylko poziom profesjonalizmu takich terapeutów, 10% deklarowało brak zaufania, i tyle samo zwiększone zaufanie z tytułu „lepszego znajomości problemu”. Drugie pytanie dotyczyło płci terapeuty. Okazało się, że 64% pacjentów wołałoby kobietę za terapeutę (w tym 70% kobiet i 62% mężczyzn), 36% mężczyznę (30% kobiet i 38% mężczyzn).

Zadaliśmy pacjentom pytanie dotyczące wyboru programu spośród tych dostępnych. Pytanie sformułowano tak, by odpowiadało na żywotną kwestię „progowości”. „Mając do wyboru jeden z programów substytucyjnych w Warszawie, wybrałbyś:

- obojętnie który – 12%;
- ten, w którym jestem, bo nie lubię zmian – 51%;
- ten, w którym jestem, bo jest najlepszy – 30%;
- inny, bo obecny jest zbyt restrykcyjny – 5%;
- inny, bo obecny na zbyt wiele mi pozwala i przez to nie leczę się – 2 osoby;
- inny, bo oferta leczenia w obecnym jest uboższa niż gdzie indziej – 1 osoba;
- inny, bo w obecnym nie ma atmosfery leczenia, pacjenci tylko kombinują – 4 osoby.

Jak widać, problem „progowości” jest problemem mało interesującym samych pacjentów. Moim zdaniem rosnące doświadczenie kierowników programów przy szczęśliwej obecności kilku programów na jednym obszarze powoduje, że problem pacjentów tracących dostęp do substytucji przez tzw. wysokoprogowość, przestaje albo już przestał istnieć (przynajmniej na terenie województwa mazowieckiego).

Relacje z otoczeniem

W ostatnim bloku zapytaliśmy pacjentów o wpływ podjęcia leczenia substytucyjnego na ich relacje ze

światem. 74% podało, że ich rodziny akceptują substytucję jako metodę leczenia, 10% nie akceptuje tego, dla 5% jest to obojętne. Gorzej jest z pracodawcami: 18% nie akceptuje substytucji, 21% pozostaje nieświadomych tego faktu, tylko 13% oficjalnie ją akceptuje. 52% pacjentów z problemami karnymi przyznało, że udział w programie pomógł im w sprawach sądowych, a tylko w 17% nie pomógł. Dla 36% pacjentów udział w programie pozostaje powodem do wstydu, 25% ukrywa ten fakt.

Na koniec pozostawiłem odpowiedź na pytanie: „Co w programie utrudnia Ci leczenie się?” (liczba odpowiedzi dowolna):

- uwiązanie codziennym przychodzeniem – 42%;
- uwiązanie przychodzeniem w ogóle, nawet dwa razy w tygodniu – 20%;
- kontrole moczu – 10%;
- obowiązek kontaktów z lekarzem – 10%;
- obowiązek kontaktów z terapeutą – 10%;
- nieuchronne kontakty z innymi uzależnionymi – 25%;
- brak lub za mało terapii indywidualnej – 8%;
- brak lub za mało terapii grupowej – 3%;
- brak zaufania do personelu – 8%;
- brak zaufania ze strony personelu – 10%;
- inne – 3%.

Jak widać, podążamy za klientem: nowe rozporządzenie ministra zdrowia, obowiązujące od 30 października 2010 roku, zezwala na wydawanie substytutu nawet do dwóch tygodni, a także zwalnia pacjentów z długim stażem i abstynencją z konieczności udziału w terapii i częstych wizyt lekarskich. W ten sposób główne przeszkody w leczeniu uznane przez samych odbiorców zostają usunięte lub zminimalizowane.

Chciałbym, by wysiłek pracowników Stowarzyszenia „Eleuteria” włożony w przygotowanie tego badania, przyniósł umocnienie wiary w słuszność leczenia substytucyjnego, przekonanie niezdecydowanych, A może i niektórych oponentów, do idei substytucji, przyciągnięcie nowych chorych do leczenia, wreszcie ściślejszą i spójniejszą współpracę między programami. a już szczególnie zależy mi na zbliżeniu dwóch stanowisk w świecie leczenia uzależnień: tych, którzy atakują programy substytucyjne, nazywając je „darmowym rozdawnictwem narkotyku”, z tymi, którzy zarzucają im nadmierną centralizację i upatrują w nich hamulec na drodze do substytucji powszechnej.

Wsparcie przyjaciół, posiadanie mentora oraz zajęcia sportowe trudno jednoznacznie zaklasyfikować jako czynniki chroniące lub zwiększające ryzyko zachowań problemowych młodzieży. Dotychczasowe wyniki badań sygnalizują jedynie niejednoznaczny kierunek działania tych czynników. W celu dokonania precyzyjnego opisu charakteru owych zależności, potrzebne są wnikliwe analizy w tym zakresie.

CZYNNIKI RYZYKA CZY CZYNNIKI CHRONIĄCE MŁODZIEŻ?

Magdalena Wójcik
Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wstęp

Badania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego coraz częściej ukierunkowane są na identyfikowanie istotnych czynników chroniących młodych ludzi przed angażowaniem się w zachowania problemowe. Działanie czynników chroniących jest kluczowym obszarem zainteresowań badaczy tworzących i rozwijających koncepcję *resilience*, w myśl której czynniki chroniące mogą niwelować negatywne działanie ryzyka i związane są z większą odpornością jednostki (Garmezy 1985, Masten 2003). Identyfikacja czynników, które związane są z ograniczeniem zachowań problemowych młodzieży uczęszczającej do gimnazjum była również jednym z celów Badań Warszawskich Gimnazjalistów prowadzonych przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ponad 3000 uczniów z warszawskich gimnazjów publicznych i niepublicznych wzięło udział w trzech pomiarach badań, wypełniając anonimową ankietę w I, II i III klasie¹.

Dotychczas przeprowadzone analizy badań warszawskich uczniów umożliwiły wyodrębnienie czynników o ochronnym działaniu, związanych z ograniczeniem większości lub wszystkich analizowanych zachowań problemowych, takich jak: przemoc, wykroczenia, używanie substancji psychoaktywnych oraz problemy szkolne.

Do tych czynników należą m.in.: negatywny stosunek bliskich kolegów/koleżanek do używania narkotyków, monitorowanie przez rodziców czasu spędzanego

przez dziecko wieczorem poza domem, wsparcie emocjonalne mamy, dobry kontakt z tatą, dobry kontakt ze starszym rodzeństwem, pozytywny stosunek do nauczycieli, kontrola sąsiada lub innych dorosłych osób z miejsca zamieszkania, udział w praktykach i uroczystościach religijnych czy subiektywne normy przeciwnie używaniu substancji psychoaktywnych (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk, Wójcik 2009).

Większość wybranych czynników o przewidywanym ochronnym działaniu w zastosowanych analizach potwierdziła oczekiwane kierunki zależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi (czynnikami) a zależnymi (zachowaniami problemowymi). Jednakże wśród czynników wstępnie ocenianych jako chroniące, zidentyfikowane zostały trzy czynniki, których występowanie związane było z nasileniem ryzyka angażowania się przez młodzież w zachowania problemowe. Należą do nich wsparcie emocjonalne przyjaciół, posiadanie mentora oraz udział w grupowych zajęciach sportowych. Ze względu na nieoczekiwane wyniki badań pozostające w sprzeczności z dotychczasową czy potoczną wiedzą oraz konieczność uszczegółowienia ich określonych warunków/cech, czynniki te zostały określone jako niejednoznaczne, czyli dyskusyjne pod względem jednoznacznego (pozytywnego lub negatywnego) kierunku działania.

Czynniki niejednoznaczne (chroniące czy ryzyka?) mimo oczekiwanego ochronnego kierunku działania, związane są z nasileniem zachowań problemowych; w zależności od ich szczegółowej charakterystyki (występowania określonych warunków/cech danego

Tabela 1. Wsparcie przyjaciół - wyniki regresji logistycznej dla oceny ryzyka zachowań problemowych w klasach I-III

Zmienna	Zachowania problemowe										Wagi (przynajmniej 1-2 razy w ostatnich 4 tygodniach)	
	klasa	Bójki z kolegami w szkole (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Ublizanie nauczycielom (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Celowe zniszczenie czegoś w szkole (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Kłopoty z policją (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Picie alkoholu w ostatnim roku (przynajmniej 1-2 razy)	Palenie papierosów kiedykolwiek w życiu (przynajmniej 1-3 razy)	Upijanie się w ostatnim roku (przynajmniej 1-2 razy)	Bieżące palenie (przynajmniej 1 raz w ostatnich 30 dniach)	Używanie narkotyków (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)		Opuszczanie pojedynczych lekcji (przynajmniej 1-2 razy w ostatnich 4 tygodniach)
Wsparcie przyjaciół (kat. ref. - brak postrzeganego wsparcia przyjaciół)		Iloraz szans (95% poziom ufności).										
	Kl. 1	0,95 (0,75-1,21)	1,53 (1,15-2,04)**	1,06 (0,76-1,46)	1,17 (0,81-1,68)	1,52 (1,17-1,96)**	1,59 (1,21-2,08)**	2,35 (1,53-3,61)***	2,48 (1,51-4,07)***	1,25 (0,66-2,36)	1,17 (0,88-1,57)	1,05 (0,72-1,53)
	Kl. 2	0,93 (0,71-1,20)	1,39 (1,06-1,82)*	1,02 (0,75-1,40)	1,32 (0,92-1,90)	1,48 (1,14-1,92)**	1,58 (1,23-2,04)**	1,54 (1,13-2,11)**	1,97 (1,39-2,80)***	1,51 (0,94-2,44)	1,10 (0,86-1,40)	0,79 (0,60-1,05)
Kl. 3	0,87 (0,66-1,15)	1,35 (1,02-1,78)*	0,82 (0,58-1,14)	1,06 (0,73-1,54)	1,55 (1,16-2,07)**	1,59 (1,23-2,06)**	1,42 (1,06-1,90)*	1,48 (1,09-2,02)*	1,38 (0,90-2,12)	1,03 (0,80-1,33)	0,83 (0,62-1,1)	

* p<0,5 ** p,01 *** p<0,00.

Wartość ilorazu szans poniżej „1” oznacza mniejsze niż w grupie referencyjnej ryzyko występowania danego zachowania ryzykownego, natomiast wartość ilorazu szans powyżej „1” oznacza większe niż w grupie referencyjnej ryzyko występowania danego zachowania.

czynnika) wiążą się z ograniczeniem lub nasileniem zachowań problemowych.

Związki między czynnikami niejednoznaczными a wybranymi zachowaniami problemowymi zostaną omówione przy wykorzystaniu wyników analizy regresji logistycznej, prowadzonej oddzielnie dla uczniów z klas I, II i III. Przy kontrolowaniu czynnika płci mierzono związki między 21 czynnikami psychospołecznymi (indywidualnymi, rodzinnymi, rówieśniczymi i szkolnymi) a zachowaniami związanymi z przemocą, wykroczeniami, używaniem substancji psychoaktywnych i problemami szkolnymi.

Wsparcie przyjaciół

Różne badania z zakresu postrzeganego wsparcia rówieśników z reguły wskazują, że postrzegane wsparcie ze strony przyjaciół (życzliwość, gotowość do pomocy), zwłaszcza należących do tej samej klasy szkolnej, wiąże się z ograniczeniem zachowań ryzykownych (Kowalewska, Kołło 2006). Wyniki badań warszawskich gimnazjalistów nie wykazały jednak ochronnego charakteru postrzeganego wsparcia przyjaciół – wyniki analizy regresji logistycznej (tabela 1.) wskazują, że postrzegane wsparcie przyjaciół (czyli przekonanie, że w dużym stopniu można liczyć na ich pomoc, pocieszenie, radę), znacznie zwiększa ryzyko angażowania się w zachowania problemowe, takie jak: picie alkoholu, upijanie się, palenie papierosów, a także ubliżanie nauczycielom w szkole.

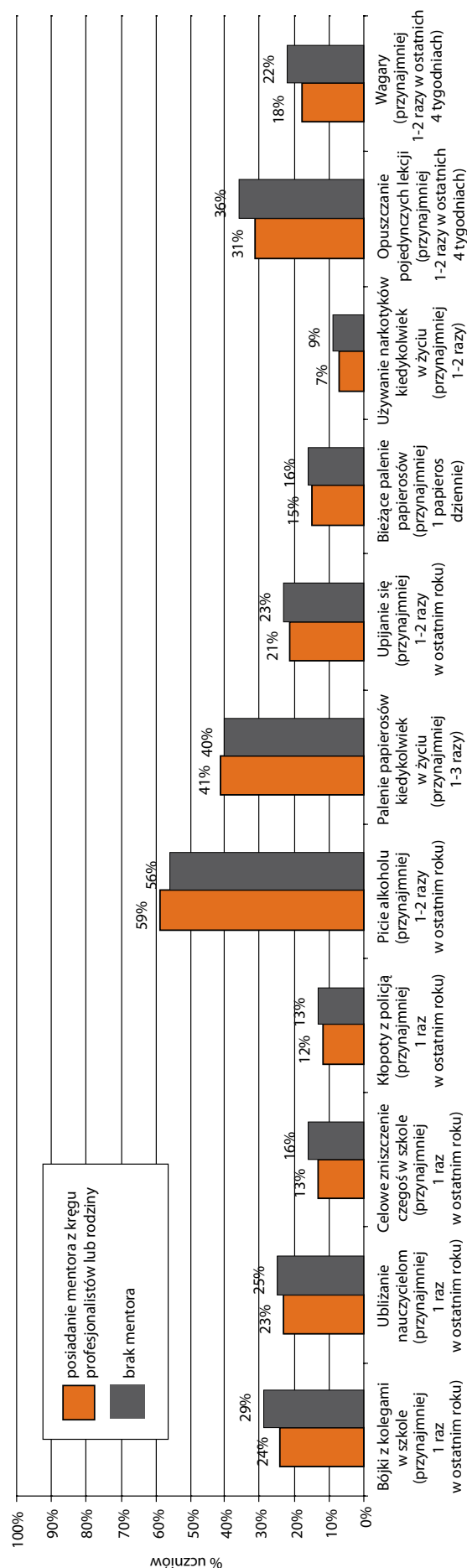
Ponad 70% gimnazjalistów (zarówno w I, II, jak i III klasie) wskazało na poczucie wsparcia ze strony przyjaciół. W tej grupie uczniów jednocześnie odnotowano częstsze palenie papierosów, picie alkoholu, upijanie się oraz akty agresji werbalnej wobec nauczycieli w szkole. Postrzegane wsparcie społeczne pochodzące od innych rówieśników może być więc rozpatrywane jako czynnik zwiększonego ryzyka dla niektórych zachowań problemowych, zwłaszcza związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Posiadanie mentora

Badania z zakresu wsparcia społecznego uwzględniające rolę mentora w rozwoju psychospołecznym młodzieży wskazują, że posiadanie mentora (dorosłej osoby – nieformalnego doradcy/opiekuna który wspiera w różnych sytuacjach życiowych) związane jest z mniejszym nasileniem zachowań problemowych i pozytywnym stosunkiem do szkoły (Zimmerman, Bingenheimer 2002). Ten rodzaj wsparcia, pochodzący najczęściej od zaufanej dorosłej osoby, np. trenera sportowego, księdza, nauczyciela, jest czynnikiem chroniącym należącym do pozarodzinnych zasobów odpornościowych (Garmezy 1985, Werner 2000).

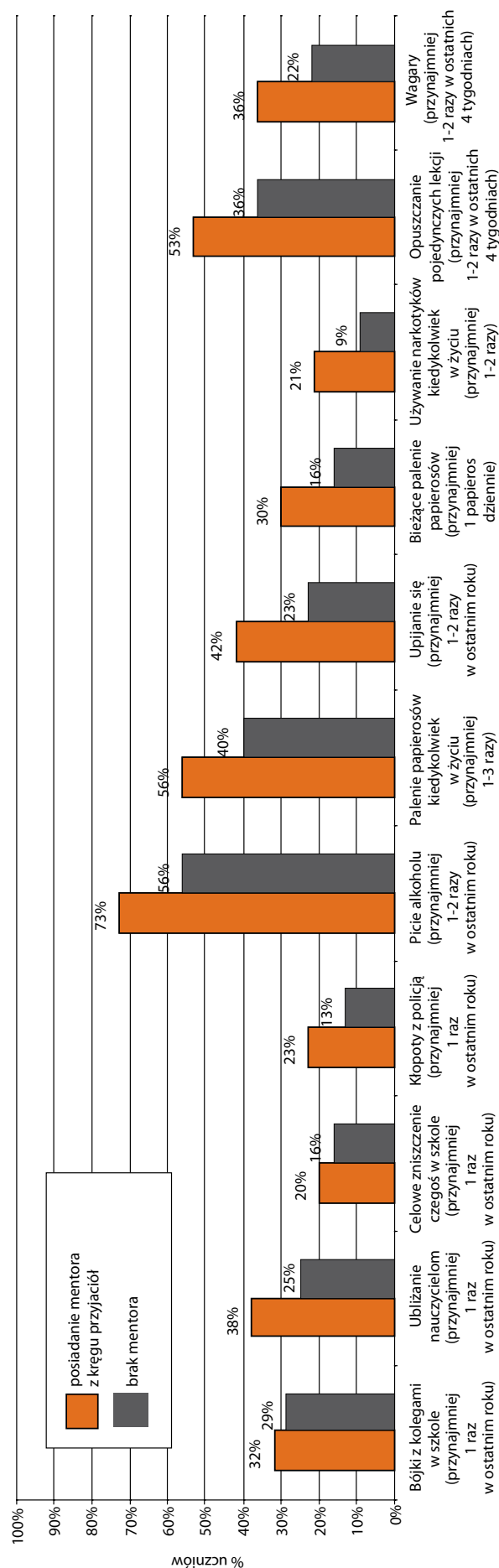
W badaniach warszawskich gimnazjalistów wyodrębnione zostały cztery grupy społeczne, spośród których rekrutował się mentor: profesjonaliści (m.in. nauczyciele, pedagodzy, trenerzy, księża); babcie i dziadkowie; osoby z dalszej rodziny oraz koledzy i przyjaciele. Okazało się, że posiadanie mentora może być czynnikiem dyskusyjnym, ponieważ w zależności od grupy społecznej, do której należy tzw. mentor, jego posiadanie może być związane z nasileniem lub zmniejszeniem zachowań problemowych wśród młodzieży. Wyniki badań dla klas I, II i III wskazują na pozytywną, ochronną rolę dorosłych osób z rodziny i tzw. profesjonalistów. Dyskusyjne, w kontekście rozwoju zachowań problemowych, jest jednak postrzeganie kolegów i przyjaciół jako mentora. Uczniowie, którzy wskazali jako swojego mentora dziadka, babcię, wujka, kuzyna, starsze rodzeństwo lub trenera, nauczyciela, pedagoga czy księdza w odniesieniu do grupy gimnazjalistów nie posiadających takiej zaufanej osoby, rzadziej angażowali się w bójki, w mniejszym stopniu wagarowali i opuszczali pojedyncze lekcje w szkole. Jednocześnie w grupie uczniów, dla których mentorem jest ich starszy przyjaciel/kolega, odnotowano wyższe odsetki dla wszystkich analizowanych zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, problemów w szkole i agresji werbalnej wobec nauczycieli (wykres 1. i 2. – związki między zmienną „posiadanie mentora” a wybranymi zachowaniami problemowymi i mierzone były za pomocą testu chi kwadrat).

Wykres 1. Posiadanie mentora z kręgu profesjonalistów lub rodziny a zachowania problemowe (II klasa)



Wyniki dla II etapu badań, N=2552; wszystkie różnice znaczące w przedziale $p < 0,05 - 0,001$, z wyjątkiem następujących zachowań problemowych: ubliżanie nauczycielom; kłopoty z policją; picie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy; palenie papierosów kiedykolwiek w życiu; upijanie się w ciągu ostatnich 12 miesięcy; bieżące palenie papierosów w ostatnich 30 dniach.

Wykres. 2. Posiadanie mentora z kręgu przyjaciół a zachowania problemowe (II klasa)



Wyniki dla II etapu badań, N=1606; wszystkie różnice istotne statystycznie, z wyjątkiem następujących zachowań problemowych: bójki z kolegami w szkole, celowe zniszczenie czegoś w szkole.

Zajęcia sportowe

Aktywność sportowa z reguły rozpatrywana jest w kontekście konstruktywnych zajęć i zainteresowań, które chronią młodzież przed podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia. Wykazano m.in., że regularne i częste podejmowanie przez młodzież indywidualnych form aktywności sportowej oraz udział w dodatkowych zajęciach w szkole może zmniejszać ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne (Bobrowski 2003).

Obszar dodatkowych zajęć i zainteresowań młodzieży (do którego należy aktywność sportowa) również był przedmiotem badań warszawskich gimnazjalistów. Wśród wielu form spędzania wolnego czasu, takich jak czytanie książek dla przyjemności, dodatkowe zajęcia (np. nauka języka angielskiego, spotkania grup kościelnych lub zbiórki harcerskie czy wolontariat), uczniowie często wskazywali na uprawianie indywidualnych lub grupowych form zajęć sportowych. Jak przewidywano, wyniki badań wskazują na ochronny w kontekście zachowań problemowych charakter konstruktywnych zajęć i zainteresowań, w tym indywidualnych form aktywności sportowej, takich jak jeżdżenie na rowerze, łyżworolkach, deskorolce, bieganie, ćwiczenia wspinaczkowe czy siłowe. Jednak grupowe zajęcia sportowe (takie jak sztuki walki, siatkówka, koszykówka, piłka nożna, lekkoatletyka czy taniec) trudno włączyć w obszar „ochronnych”, konstruktywnych aktywności. Wyniki analizy regresji (tabela 2.) wskazują na zwiększone ryzyko angażowania się w zachowania problemowe wśród uczniów, którzy przeznaczali co najmniej godzinę w tygodniu na treningi sportowe w klubie lub w innym zorganizowanym zespole sportowym. Ta grupa uczniów, zarówno w II, jak i w III klasie znacznie częściej angażowała się w bójki w szkole, ubliżała nauczycielom oraz piła alkohol. W II klasie uprawianie sportu grupowego wiązało się również z częstszym opuszczaniem pojedynczych lekcji w szkole i częstszym upijaniem się przez uczniów.

Co ciekawe, wśród drugoklasistów ta tendencja nie utrzymywała się w przypadku jednego zachowania problemowego – bieżącego palenia papierosów.

Omówienie wyników

Wsparcie przyjaciół, posiadanie mentora czy zajęcia sportowe trudno jednoznacznie zaklasyfikować do zbioru czynników chroniących lub zbioru czynników ryzyka dla zachowań problemowych młodzieży. Trudności te mogą wynikać z dotychczasowych przekonań i utrwalonej wiedzy (potocznej lub potwierdzonej badaniami naukowymi), dotyczącej ochronnego dla rozwoju psychospołecznego młodzieży charakteru opisywanych czynników.

Przynależność do grupy rówieśników i akceptacja ze strony osób do niej należących jest niezwykle ważną potrzebą w rozwoju psychospołecznym młodzieży. Bliski krąg przyjaciół/kolegów w okresie dorastania jest istotnym punktem odniesienia dla kształtowania kompetencji społecznych i zasobów indywidualnych młodego człowieka (jego poczucia własnej wartości czy zaradności). Rówieśnicy bywają źródłem wzorców przekonań i zachowań, które mogą być jednocześnie atrakcyjne dla młodego człowieka i niepokojące dla jego rodziców czy nauczycieli. Grupa rówieśnicza często posiada również wewnętrzne normy – system przekonań i zachowań, który określa sposób funkcjonowania poszczególnych osób w grupie i grupy jako całości. Charakterystyczna dla grup rówieśniczych „jednomyślność” ich członków, rodząca presję postępowania zgodnie z oczekiwaniami przyjaciół, może być niebezpieczną cechą w kontekście podejmowania przez młodzież zachowań problemowych.

Prezentowane wyniki badań, opisujące postrzegane wsparcie przyjaciół jako czynnik ryzyka dla używania substancji psychoaktywnych oraz zachowań agresywnych wobec nauczycieli w szkole, z pewnością nie staną się punktem wyjścia do zakwestionowania pozytywnej roli grupy rówieśniczej w rozwoju młodego człowieka. Wyniki te wskazują raczej na złożony charakter funkcjonowania grup rówieśniczych, co może być trudnością, ale i szansą dla kreowania skutecznych programów profilaktycznych, które jednocześnie uwzględniałyby potrzeby młodych ludzi dotyczące kształtowania

Tabela 2. Grupowe zajęcia sportowe – wyniki regresji logistycznej dla oceny ryzyka zachowań problemowych w klasach II-III

Zmienna	klasa	Zachowania problemowe											Wagary (przynajmniej 1-2 razy w ostatnich 4 tygodniach)
		Bójki z kolegami w szkole (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Ublżanie nauczycielom (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Celowe zniszczenie czegoś w szkole (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Kłopoty z policją (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Picie alkoholu w ostatnim roku (przynajmniej 1-2 razy)	Palenie papierosów kiedykolwiek w życiu (przynajmniej 1-3 razy)	Upijanie się w ostatnim roku (przynajmniej 1-2 razy)	Bieżące palenie (przynajmniej 1 raz w ostatnich 30 dniach)	Używanie narkotyków (przynajmniej 1 raz w ostatnim roku)	Opuszczanie pojedynczych lekcji (przynajmniej 1-2 razy w ostatnich 4 tygodniach)		
Grupowe zajęcia sportowe (kat. ref. – brak uczestnictwa w takich zajęciach)	Kl. 2	1,33 (1,05-1,69)*	1,45 (1,15-1,83)**	1,13 (0,85-1,49)	1,12 (0,81-1,53)	1,47 (1,18-1,85)**	1,11 (0,90-1,38)	1,31 (1,00-1,70)*	0,72 (0,54-0,96)*	1,06 (0,70-1,60)	1,14 (0,93-1,42)	1,56 (1,21-2,01)**	
	Kl. 3	1,35 (1,04-1,73)*	1,38 (1,09-1,75)**	1,05 (0,77-1,42)	1,37 (0,98-1,90)	1,43 (1,11-1,84)**	1,15 (0,93-1,43)	1,13 (0,89-1,43)	1,04 (0,81-1,34)	1,15 (0,80-1,63)	1,13 (0,91-1,40)	1,17 (0,91-1,51)	
Iloraz szans (95% poziom ufności)													

p<0,5 ** p<0,01 *** p<0,00.

Wartość ilorazu szans poniżej „1” oznacza mniejsze niż w grupie referencyjnej ryzyko występowania danego zachowania ryzykownego, natomiast wartość ilorazu szans powyżej „1” oznacza większe niż w grupie referencyjnej ryzyko występowania danego zachowania.

ich kompetencji społecznych w grupie rówieśników, jak i dostarczały wzorce norm i zachowań wpływające na umiejętność podejmowania decyzji kluczowych dla zdrowia.

Posiadanie mentora, czyli dorosłej, zaufanej osoby, która wspiera w różnych sytuacjach życiowych, również może spełniać swoje pozytywne, ochronne funkcje w rozwoju psychospołecznym młodzieży. W wieku dojrzewania młodzi ludzie potrzebują odpowiednich, „dojrzałych” wzorców zachowań i swoje poszukiwania często kierują poza krąg najbliższych osób (mamy czy taty). Postrzegane wsparcie, życzliwość i umiejętność niesienia pomocy ze strony dorosłej, zaufanej osoby może spełniać niezwykle istotną funkcję w kształtowaniu osobowości młodego człowieka, dostarczać mu pozytywnych wzorców, a nawet kompensować ewentualne deficyty w opiece i wsparciu ze strony rodziców. Jednakże, w kontekście zachowań problemowych młodzieży, posiadanie mentora może być czynnikiem trudnym do jednoznacznego zakwalifikowania do czynników chroniących lub ryzyka. Posiadanie mentora może być związane z nasileniem (koledzy/przyjaciele) lub zmniejszeniem (profesjonalności, osoby z rodziny) zachowań problemowych wśród młodzieży. Czynnikiem ten może mieć istotne znaczenie ochronne w rozwoju psychospołecznym młodzieży, co warto uwzględnić przy kreowaniu programów profilaktycznych, które mogłyby wspierać i poszerzać zakres formalnej i nieformalnej opieki wybranych osób pełniących funkcję mentora.

Zajęcia sportowe (w zależności od formy takich zajęć – indywidualnej lub grupowej) również mogą się wiązać z ograniczeniem lub nasileniem zachowań problemowych młodzieży. Nie oznacza to, że należy zniechęcać młodych ludzi do uprawiania sportu – aktywności, która sama w sobie może być konstruktywna. Wyniki badania wskazują, że uprawianie indywidualnej formy aktywności sportowej (jeżdżenie na rowerze, wspinaczka) ma charakter ochronny dla zachowań problemowych podczas gimnazjum, stąd w naszych badaniach sport indywidualny został włączony do zbioru konstruktywnych zainteresowań. Nieoczekiwane wyniki badań dla sportu grupowego prowadzą do konstruowania wielu hipotez/pytań dotyczących organizacji i kontroli przebiegu tych zajęć. Do najczęściej uprawianych sportów grupowych wśród badanych uczniów należą: koszykówka, siatkówka,

zajęcia taneczne. Uczniowie mogą uprawiać te sporty zarówno w szkole, gdzie są pod opieką dobrze wykwalifikowanego nauczyciela, jak i w klubach sportowych, gdzie kontrola różnych niebezpiecznych zachowań podczas treningu (i tuż po nim) może być już mniejsza. Warto więc wdrożyć działania, które zminimalizują ryzyko wiążące się z tym rodzajem aktywności, przede wszystkim zadbać o właściwą opiekę i bezpieczeństwo tych uczniów, m.in. poprzez odpowiednie przygotowanie pedagogiczne trenerów/opiekunów tych grup. Warto tu wspomnieć, że niektórzy uczniowie wskazywali trenera sportowego jako swojego mentora.

Przypisy

¹ Badania wykonane w ramach grantu Fogarty International Center, U.S. National Institute of Health, nr grantu 5R01 TW007647.

Bibliografia

- Bobrowski K., „Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież a używanie substancji psychoaktywnych”, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, VII (1) 2, 91.104, 2003.
- Garnezy N., „Stress-resistant children: the search for protective factors” (w:) *Recent research in developmental psychopathology*, Stevenson J. (red.), Pergamon Press 1985.
- Kowalewska A., Kołło H., „Małe rozpowszechnienie zachowań ryzykownych wśród kolegów jako czynnik chroniący w grupie uwarunkowań związanych ze środowiskiem rówieśniczym” (w:) *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.
- Masten A., Powell, „A resilience framework for research, policy and practice” (w:) *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. S. Luthar (red.), Cambridge 2003.
- Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-II”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
- Werner E., „Protective factors and individual resilience” (w:) Shonkoff J., Meisels S. (red.) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Second edition, Cambridge University Press 2000.
- Zimmerman M., Bingenheimer J., Notaro P., „Natural Mentors and Adolescent Resiliency: a Study with Urban Youth”, *American Journal of Community Psychology*, 30(2), 2002.

Lokalny monitoring ma na celu śledzenie trendów zjawiska używania i nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zbadanie reakcji społecznych i instytucjonalnych na problem narkotyków i narkomanii. W ramach prowadzonej obserwacji analizowany jest problem, działania o charakterze zapobiegającym zjawisku, jak również kontekst społeczny.

MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM

WPROWADZENIE

Systematyczna obserwacja sytuacji i działań zapobiegających narkomanii pozwala na uaktualnienie diagnozy, co ułatwia tworzenie adekwatnych do potrzeb programów, a następnie ich ewaluację. Wyniki monitorowania mogą przełożyć się na podniesienie jakości gminnych programów przeciwdziałania narkomanii oraz działań na poziomie lokalnym poprzez wsparcie informacyjne osób odpowiedzialnych za tworzenie i wdrażanie polityki. Prowadzenie obserwacji zjawisk społecznych oraz reakcji na nie jest odpowiedzią na potrzebę podejmowania działań na podstawie analizy sytuacji. W ten sposób można bardziej efektywnie alokować środki służące do ograniczenia skali zjawiska narkomanii. Wyniki monitoringu mogą również służyć do mobilizacji lokalnych władz oraz jako potwierdzenie skuteczności prowadzonych działań. Powtarzalny pomiar, jakim jest właśnie monitoring, pozwala na szybkie i adekwatne do potrzeb modyfikowanie gminnych programów. Ponadto umożliwi dokonywanie porównań pomiędzy gminami, ponieważ stosowanie tej samej metodologii monitoringu jest jedną z podstaw wdrażanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) i ekspertów wojewódzkich projektu.

Początek projektu

W 2008 roku w ramach współpracy z Hiszpanią rozpoczęto wdrażanie monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym¹. KBPN przygotowało i przeprowadziło szkolenia dotyczące zasad i metodologii lokalnego monitoringu.

Za projekt monitorowania odpowiedzialny jest jeden z działów KBPN – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN). Należy podkreślić,

że monitorowanie jest jednym z kierunków działań dla samorządów lokalnych zarówno w obecnym, jak i w przyszłym Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (KPPN). Szkolenia, które są prowadzone od roku 2008, mają stanowić wsparcie dla władz lokalnych w realizacji Krajowego Programu. Cykl szkoleń miał na celu przekazanie wiedzy dotyczącej zasad prowadzenia monitorowania, ale również rozpoczęcie monitorowania poprzez zebranie oraz analizę danych. Efektem prowadzonego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii jest przygotowanie raportu zawierającego zebrane i opisane informacje na temat sytuacji w gminie. Raport ma na celu, w sposób dostępny i zrozumiały, dostarczyć władzom lokalnym opis lokalnej sceny narkotykowej, podejmowanych działań oraz wniosków i rekomendacji odnoszących się do dalszych aktywności. Corocznie zbierane dane pozwalają na uaktualnianie raportu i przygotowanie jego następnych edycji. W ten sposób charakterystyka trendów i zjawiska będzie stanowił stały element planowania działań mających na celu przeciwdziałanie narkomanii. Ponadto pozwoli władzom lokalnym stworzyć strategię opierającą się na wnioskach płynących z analizy problemu. Raport może więc stanowić stały element dyskusji nad sytuacją w obszarze problemu narkomanii, a zarazem promocji prowadzonych działań i pozyskiwania lokalnego wsparcia.

Ponieważ szkolenia miały mieć praktyczny charakter, zostały zaplanowane jako trzy spotkania. Efektem szkoleń jest przygotowanie gmin do prowadzenia monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, a wcześniej wdrożenia pilotażowego monitoringu na terenie swojej gminy. W 2008 roku w szkoleniu wzięły udział 62 gminy, tj. około 130 uczestników. W efekcie powstało 41 raportów opisujących problem narkotyków i narkomanii, działania profilaktyczne oraz lecznicze, a także wnioski i rekomendacje dla władz lokalnych.

Ponadto przygotowana została i wydana druga edycja podręcznika do monitorowania oraz seria artykułów w „Serwisie Informacyjnym Narkomania” oraz „Remedium”. System lokalnego monitorowania narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym wspierany jest przez sieć ekspertów wojewódzkich ds. informacji o narkotykach i narkomanii. Eksperci organizują oraz uczestniczą w szkoleniach i mają za zadanie koordynowanie lokalnego monitorowania w swoich województwach. CINN z kolei koordynuje zadanie na poziomie krajowym, prowadząc szkolenia i udzielając wsparcia merytorycznego.

Kontynuacja projektu

W 2009 roku zorganizowano i ogólnopolską konferencję przedstawicieli gmin uczestniczących w projekcie monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, która miała na celu zebranie doświadczeń samorządów gminnych w prowadzeniu lokalnego monitoringu oraz zaprezentowanie wyników podjętych działań. Dodatkowym celem konferencji było rozpoczęcie prac nad nowym Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii. W jej trakcie wypracowano zadania i kierunki, które mogłyby znaleźć się w zapisach do Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. W związku z dużym zainteresowaniem samorządów lokalnych projektem monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, w 2009 roku eksperci wojewódzcy ds. informacji o narkotykach i narkomanii podjęli decyzję o zorganizowaniu szkoleń dla nowych gmin, jak również konferencji i spotkań dla gmin, które już rozpoczęły monitorowanie.

Pierwsze szkolenia odbyły się w województwie łódzkim już w roku 2008 (trzy szkolenia organizowane przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej – RCPS). Następny cykl szkoleń zorganizowało województwo mazowieckie (trzy spotkania prowadzone przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej – MCPS) oraz małopolskie (trzy szkolenia zorganizowane przez Stowarzyszenie Juvenes). Pracownicy CINN udzielali merytorycznego wsparcia oraz konsultacji podczas kolejnych szkoleń dla gmin przystępujących do monitorowania. Gminy uczestniczące w szkoleniach zbierały dane, a część otrzymywały z CINN. Uczestnicy szkoleń przygotowali pierwsze raporty monitorowania, które przesyłali do konsultacji CINN. Oprócz szkoleń dla

nowych gmin odbywały się spotkania dla samorządów prowadzących monitoring. Ekspert województwa świętokrzyskiego zorganizował konferencję dla gmin z trzech województw (świętokrzyskie, podkarpackie oraz lubelskie), na której przedstawiono raporty gminne. Tematyka monitorowania była prezentowana na konferencjach w województwie opolskim oraz zachodniopomorskim. Oprócz szkoleń i konferencji w 2009 roku powstała publikacja w województwie małopolskim dotycząca lokalnego monitorowania. Osiągnięcia polskiego monitoringu realizowanego przez KBPN oraz władze samorządowe zostały zaprezentowane na konferencji w Lizbonie z okazji 15-lecia istnienia Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w ramach sesji posterowej.

Trzeci rok realizacji projektu

Działania z monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym były kontynuowane w 2010 roku przede wszystkim poprzez szkolenia dla nowych gmin, organizowane w województwie łódzkim przez RCPS oraz mazowieckim przez MCPS. Pracownicy CINN uczestniczyli również w kilku spotkaniach i konferencjach, gdzie omawiano tematykę monitorowania oraz wspierano lokalne zespoły monitorujące (m.in. w Kędzierzynie-Koźlu w woj. opolskim). Niektóre z gmin prezentowały opracowany raport na gminnych konferencjach, np. w Brwinowie (woj. mazowieckie). W 2010 roku odbyła się również coroczna ogólnopolska konferencja gmin monitorujących, na której przedstawiciele miast Radomia, Pabianic oraz Gdańska zaprezentowali swoje raporty gminne. Na konferencji pracowano też nad nowym KPPN w obszarze działań dla gmin.

Na łamach „Serwisu” przedstawiamy pierwsze streszczenie raportu gminnego, które jest efektem szkoleń w województwie łódzkim. Jest to już drugi raport przygotowany przez Pabianice. Na stronie serwisu CINN KBPN na początku 2011 roku powstanie podstrona, na której będą prezentowane raporty z monitorowania. Gminy zainteresowane udziałem w projekcie monitorowania prosimy o kontakt z CINN. W 2011 roku planujemy zorganizowanie kolejnej ogólnopolskiej konferencji oraz szereg szkoleń i konferencji dotyczących monitorowania.

Artur Malczewski

RAPORT GMINNY – PABIANICE

Wstęp

Pabianice są gminą miejską, położoną na Wysoczyźnie Łódzkiej. Jest to miasto średniej wielkości, o obszarze 33 km², usytuowane w Polsce centralnej. Miasto ma 69 212 mieszkańców. Gęstość zaludnienia wynosi 2 092 na km². Przyrost rzeczywisty w mieście jest mniejszy niż przyrost naturalny, a saldo migracji jest ujemne.

Poziom bezrobocia w gminie Pabianice zaczął wzrastać w 2009 roku, po sześcioletnim okresie spadku. Pod koniec roku 2009 w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy w Pabianicach figurowało 6311 osób deklarujących brak zatrudnienia.

Do mocnych stron Pabianic należy zaliczyć:

- niewielką odległość od: szlaków komunikacyjnych, ważnych ośrodków miejskich, rynków zbytu dla lokalnej gospodarki, wojewódzkich ośrodków administracyjnych i akademickich;
- dobrze rozwiniętą sieć wodociągową;
- dobrze rozwinięte zaplecze edukacyjne;
- pozyskiwanie środków na inwestycje z budżetu UE;
- rozwój społeczeństwa informacyjnego;
- zmiany technologiczne w firmach.

Pabianice nie są wielkim miastem, jednak usytuowanie w pobliżu Łodzi sprawia, że ponoszą wszelkie konsekwencje wielkich miast.

Monitoring narkomanii

Prace nad pabianickim monitoringiem problemu narkomanii trwają od 2008 roku. Raport został sporządzony po raz drugi. Nad jego realizacją pracował dwuosobowy zespół, składający się z pedagogów Ośrodka Profilaktyki i Integracji Społecznej Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach. Należy zaznaczyć, że Pabianice mają szeroko rozwiniętą ofertę profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej, co było bardzo pomocne w pracy nad monitoringiem. Zgodnie z ogólnopolskim zarządzeniem w 2007 roku został opracowany Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2007–2010, którego celem głównym jest ograniczenie sięgania po narkotyki na terenie Pabianic. Program jest podstawą do realizacji działań z zakresu szeroko pojętej profilaktyki. Jego realizatorami są jednostki organizacyjne

oraz podległe Urzędowi Miasta i Starostwu Powiatowemu. Działania z zakresu profilaktyki są systematycznie realizowane poprzez zajęcia profilaktyczne w szkołach, spotkania edukacyjne z rodzicami, spotkania szkoleniowe, poszerzanie oferty spędzania czasu wolnego, spotkania interwencyjne oraz kampanie społeczne.

Realizacja monitoringu była możliwa dzięki współpracy z instytucjami zajmującymi się problematyką narkotykową na terenie miasta, po wcześniejszym opracowaniu wskaźników i map informacyjnych. Uzyskane informacje stanowią dane statystyczne, często wyciąg z raportów działalności instytucji. Są to dane wiarygodne. Niestety, część podmiotów miała dostęp wyłącznie do danych powiatowych i takie dane zostały udostępnione.

Raport uzupełniono o wyniki badań ankietowych, które zostały przeprowadzone w roku 2007 i 2009 wśród uczniów klas III pabianickich gimnazjów. Badania miały na celu pozyskanie informacji dotyczących rozpowszechnienia problemów narkotykowych wśród młodzieży. W badaniu w 2007 roku uczestniczyło 297 uczniów klas III pabianickich szkół gimnazjalnych (co stanowi 42,6% całej populacji klas III), natomiast w 2009 roku 339 uczniów klas III (co stanowi 59,6% całej populacji klas III).

Poniżej zamieszczamy zestawienie wyników badań ankietowych oraz informacje pozyskane od instytucji zaproszonych do współpracy.

Rozmiary zjawiska używania narkotyków

Zestawienie wyników badań przeprowadzonych na terenie miasta w latach 2007 i 2009 z wynikami badań ogólnopolskich reprezentatywnych prób losowych wykonanych w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież (ESPAD) zostało przedstawione w tabeli 1.

Analiza wyników badań ankietowych wykazała, że na terenie gminy Pabianice w 2009 roku wzrosło używanie leków uspokajających oraz pojawiło się eksperymentowanie z kokainą i heroiną. Nieznacznie wzrosło używanie sterydów anabolicznych, natomiast spadł odsetek osób zażywających ecstazy i amfetaminę. Część ankietowanych (41,8%) osób zapytano o używanie dopalaczy. 15,9 % badanych (38 osób) przyznało się do ich użycia.

Poza badaniami ankietowymi pedagodzy OPiIS systematycznie prowadzili zajęcia profilaktyczne z uczniami VI klas szkół podstawowych, III klas szkół gimnazjalnych. Młodzież jako główne powody zażywania substancji psychoaktywnych

Tabela 1. Odsetek uczniów, którzy przynajmniej jeden raz w swoim życiu użyli narkotyków

	Gimnazja Pabianice 2009 rok	Gimnazja Pabianice 2007 rok	Ogólnopolskie ESPAD 2007 rok
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	12,3	4,2	15,6
Amfetamina	3,2	10,0	38,0
Kokaina	2,0	0,0	1,8
LSD	1,7	1,5	1,8
Heroina	1,7	0,0	1,4
Ecstasy	1,7	4,6	2,5
Sterydy anaboliczne	2,6	2,3	2,1

Źródło: „Miejski (Pabianicki) Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2007–2010”; J. Sierosławski „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną – raport z ogólnopolskich badań ankietowych w 2007 roku” oraz badania własne 2009 rok.

podawała: problemy, nudę, brak perspektyw i ciekawość. Podczas spotkań z młodzieżą w roku 2009 zaobserwowano wzrost zainteresowania dopalaczami. Młodzież często wypowiadała się na ich temat pozytywnie, uważając je za bezpieczną i legalną alternatywę w stosunku do narkotyków.

Dostępność narkotyków na terenie gminy Pabianice uczniowie gimnazjów ocenili jako dość dużą. Młodzi ludzie jako miejsce kontaktu z narkotykami najczęściej wskazywali: osiedle, bar/dyskotekę, mieszkanie dealera. 40,2% badanych wskazało jako źródło zaopatrzenia w narkotyki przede wszystkim rówieśników. Ankietowani nie mają problemu ze zdobyciem dopalaczy, leków uspokajających, marihuany oraz haszyszu.

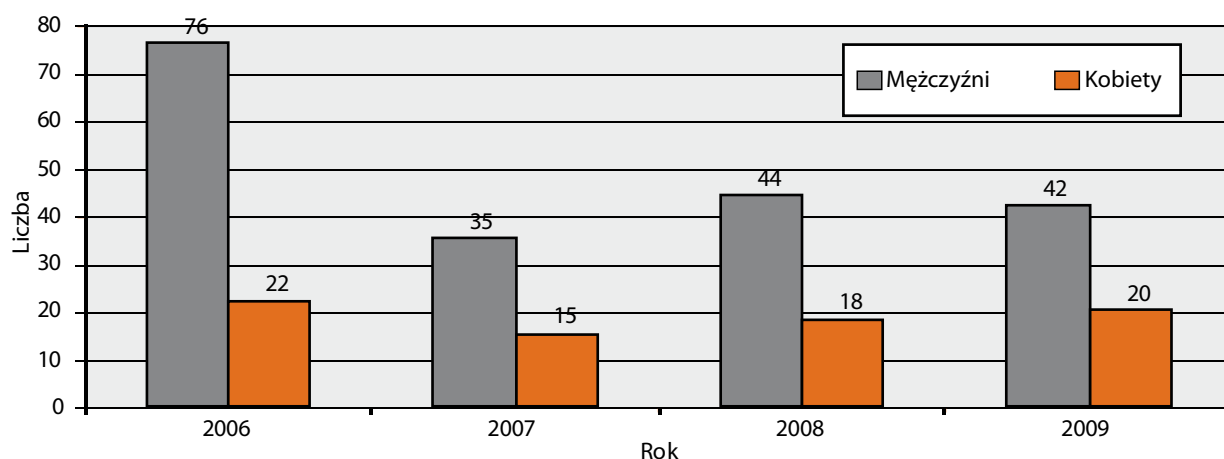
Konsekwencje zdrowotne i społeczne zażywania narkotyków

Dane dotyczące konsekwencji zdrowotnych zażywania narkotyków pozyskano z NFZ (oddział w Łodzi). Informacje

dotyczą pabianiczian, którzy korzystali ze zrefundowanej pomocy oferowanej przez łódzkie placówki lecznictwa.

Zestawienie z lat 2006–2009 przedstawiono na wykresie 1. Porównując dane z lat wcześniejszych z tymi z 2009 roku, odnotowujemy spadek liczby mężczyzn objętych leczeniem. Podczas gdy w 2006 roku z powodu problemów narkotykowych leczeniem objętych było 76 mężczyzn, to w 2009 roku liczba pacjentów wyniosła 42 osoby. Warto zauważyć, że liczba kobiet objętych leczeniem utrzymała się na tym samym poziomie (22 kobiety w 2006 roku oraz 20 w 2009 roku).

Informacje zwrotne dotyczące konsekwencji społecznych pochodzą przede wszystkim z Wydziału Pomocy Środowiskowej Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej i zostały przedstawione w tabeli 2. W 2009 roku pomoc społeczna rozpoznała problem narkotyków wśród 7 rodzin, co oznacza wzrost w stosunku do roku 2007, w którym tylko dwie rodziny otrzymały pomoc. Z przedstawionych danych wynika, że niewielka liczba rodzin otrzymuje

Wykres 1. Liczba pacjentów z terenu Pabianic ze zrefundowaną pomocą ze względu na problem narkotykowy

Źródło: NFZ oddział Łódź.

Tabela 2. Liczba rodzin, w których rozpoznano problem narkotykowy

2006 rok	2007 rok	2008 rok	2009 rok
Brak danych	2 rodziny (1 kobieta i 1 mężczyzna) – obie rodziny korzystały z pomocy	3 rodziny (2 kobiety i 1 mężczyzna) – z czego 2 rodziny korzystały z pomocy	3 rodziny wieloosobowe , 4 rodziny jednoosobowe (przyznano pomoc 7 pełnoletnim mężczyznom)

Źródło: Miejskie Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach.

Tabela 3. Liczba interwencji policyjnych w związku z narkotykami

2006 rok	2007 rok	2008 rok	2009 rok
40	26	31	17

Źródło: Powiatowa Komenda Policji w Pabianicach.

Tabela 4. Zestawienie danych uzyskanych z Powiatowej Komendy Policji w Pabianicach

Liczba i rodzaj skonfiskowanych narkotyków przez funkcjonariuszy			
2008 rok		2009 rok	
51 g marihuany, 11 g amfetaminy, 134 krzaki konopi		300 g marihuany, 10 g amfetaminy	
Liczba przeprowadzonych testów na obecność narkotyków			
2008 rok		2009 rok	
Użyto 273 narkotestery – 9 było z wynikiem pozytywnym, 6 osób zatrzymano pod wpływem narkotyków w ruchu drogowym		Zespół ds. Nietletnich i Patologii przeprowadził 45 kontroli narkotestem – wszystkie z wynikiem pozytywnym. Policjanci ruchu drogowego zastosowali 54 narkotestery wobec kierujących/2 z wynikiem pozytywnym	
Liczba postępowań wszczętych i zakończonych w związku z narkotykami			
2006 rok	2007 rok	2008 rok	2009 rok
wszczęte 31	wszczęte 24	wszczęte 39	wszczęte 50
zakończone 40	zakończone 41	zakończone 49	zakończone 62
podejrzani 50, z czego 21 to osoby nieletnie	podejrzani 61 osób nieletnich	podejrzani 108, z czego 58 to osoby nieletnie	podejrzani 219

wsparcie ze środków pomocy społecznej. Powodem takiej sytuacji może być niewielki odsetek rodzin z problemem narkotykowym korzystających z pomocy opieki społecznej.

Działania ograniczające podaż

Ograniczenie podaży narkotyków jest bardzo ważnym aspektem polityki antynarkotykowej. Podstawą w tym zakresie są działania prawne mające na celu karanie osób za produkcję, przemyt i handel narkotykami.

Dane z Powiatowej Komendy Policji w Pabianicach, zawarte w tabeli 3., wskazują, że w 2009 roku znacznie spadła liczba interwencji policyjnych w związku z narkotykami w stosunku do 2006 roku. W 2009 roku odnotowano 17 interwencji policji, podczas gdy w 2006 roku było ich aż 40. Informacje przekazane przez policję wskazują też, że w 2006 roku skierowano 40 spraw w związku z narkotykami do

prokuratury, natomiast w 2008 roku 58 spraw do sądu rodzinnego w związku z nieletnimi.

Zamieszczone w tabeli 4. dane, przekazane przez Powiatową Komendę Policji w Pabianicach, wskazują, że w 2009 roku nieznacznie zmalała ilość skonfiskowanej amfetaminy, natomiast znacznie, bo aż sześciokrotnie wzrosła ilość skonfiskowanej marihuany w stosunku do roku 2008. Pabianicka policja wykazała też większą wykrywalność używania narkotyków podczas kontroli narkotestami (na 101 testów – 47 pozytywnych).

Z przedstawionego powyżej zestawienia wynika, że liczba postępowań zarówno wszczętych, jak i zakończonych w związku z narkotykami systematycznie wzrasta od 2006 roku. Jeśli chodzi o liczbę osób podejrzanych w związku z łamaniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, to w 2009 roku uległa ona czterokrotnemu wzrostowi w stosunku do 2006 roku (2006 roku było 50 podejrzanych, natomiast w 2009 roku już 219). Tak drastyczny

Tabela 5. Zestawienie danych z Powiatowej Komendy Policji w Pabianicach z danymi wojewódzkimi oraz ogólnopolskimi

Liczba postępowań oraz podejrzanych w Pabianicach na tle woj. łódzkiego oraz kraju			
Postępowania wszczęte z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii			
	Pabianice	woj. łódzkie	Polska
2008 rok	39	1045	19 340
2009 rok	50	1047	20 260
Postępowania zakończone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii			
2008 rok	49	1352	24 064
2009 rok	62	1528	24 722
Podejrzani w związku z łamaniem przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii			
2008 rok	108	1815	25 971
2009 rok	222	1878	26 204

Tabela 6. Ilość narkotyków zabezpieczonych przez Straż Miejską w Pabianicach podczas akcji z psem

2006 rok	2007 rok	2008 rok	2009 rok
11 kg marihuany 1 kg amfetaminy 90 sadzonek konopi indyjskich	4 kg marihuany (susu roślinnego) 400 tabletek barwy białej z nadrukami, kilka dilerek białego proszku	Brak danych	Podczas 24 akcji: 39 torebek/porcji marihuany (susu roślinnego) 0,5 kg marihuany (susu roślinnego) 1 torebka amfetaminy

Źródło: Straż Miejska w Pabianicach.

wzrost może być związany ze wzrostem przestępczości bądź większą aktywnością funkcjonariuszy policji. Wzrost liczby postępowań wszczętych i zakończonych oraz osób podejrzanych w związku z łamaniem przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w ostatnich latach wydaje się być spójny zarówno z sytuacją na terenie województwa łódzkiego, jak również na terenie całego kraju. Niepokojące jednak jest tempo wzrostu liczby osób podejrzanych na terenie Pabianic, biorąc pod uwagę, że w 2008 roku liczba podejrzanych stanowiła 5,7% wszystkich podejrzanych na terenie województwa łódzkiego, natomiast w 2009 roku wynosiła już 12,5%.

Równoległe z Powiatową Komendą Policji w Pabianicach działania mające na celu ograniczenie podaży prowadzili też funkcjonariusze Straży Miejskiej. Tabela 6. przedstawia wyniki akcji przeprowadzonych przy użyciu specjalnie wyszkolonego psa.

Dane z tabeli 6. wskazują, że ilość zabezpieczonych narkotyków przez funkcjonariuszy innych niż marihuana znacznie się zmniejszyła w stosunku do 2006 roku. Należy zaznaczyć, że w 2009 roku specjaliści ds. nieletnich nie odnotowali interwencji związanych z dopalaczami. Zarówno badania, jak i informacje zwrotne przekazane przez zaproszone do współpracy instytucje jednoznacznie wskazują na to, że problem na terenie naszego miasta istnieje.

Wsparciem dla osób z problemem narkotykowym na terenie Pabianic jest działalność Punktu Konsultacyjnego ds. Narkomanii, HIV i AIDS przy Ośrodku Profilaktyki i Integracji Społecznej, Poradni Leczenia Uzależnień (od Alkoholu), Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, Poradni Zdrowia Psychicznego oraz oferta sektora prywatnego. Większość osób z problemem narkotykowym korzysta z oferty leczenia i rehabilitacji na terenie Łodzi (co potwierdzają dane pozyskane z NFZ oddział w Łodzi). Proponowane działania, mające na celu ograniczanie problemów narkotykowych w Pabianicach, można ująć w kilku punktach:

1. Stworzenie Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2012.
2. Udostępnienie specjalistycznej pomocy oraz programów rehabilitacyjnych dla osób z problemem narkomanii.
3. Stworzenie programów redukcji szkód.
4. Przeprowadzenie specjalistycznych badań diagnostycznych poświęconych skali zjawiska narkomanii na terenie Pabianic.

Realizacja raportu była możliwa dzięki wsparciu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Urzędu Miasta w Pabianicach i Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach, przedstawicieli wszystkich zaproszonych do współpracy instytucji

oraz pracowników Ośrodka Profilaktyki i Integracji Społecznej.

Przypisy

- ¹ Projekt Środki Przejściowej 2006 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym – kontynuacja”, umowa bliźniacza (Twinning Light) z Ministerstwem Zdrowia Hiszpanii (PL/06/IB/JH/04/TL).

Bibliografia

Badania ankietowe „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie miasta Łodzi” 2007 rok – PBS DGA Sp. z o.o.

„Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2007–2010” dla miasta Pabianic.

„Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Sierosławski J., „Ogólnopolskie badania ankietowe ESPAD 2007”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Sierosławski J., „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania”, ogólnopolskie badania 2006 r., Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ewelina Ornał, Joanna Marcinkowska
Ośrodek Profilaktyki i Integracji Społecznej przy Miejskim
Centrum Pomocy Społecznej
w Pabianicach

Ogłoszenie dotyczące Konkursu Badawczego 2011

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), zgodnie z art. 6, ust. 3, pkt 5 oraz pkt 12b ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.), zaprasza do konkursu podmioty zajmujące się tematyką badawczą i zainteresowane realizacją projektów badawczych w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

W 2011 roku można ubiegać się o zlecenie do realizacji projektów badawczych zgodnych z następującymi obszarami badawczymi:

- Analiza rynku narkotykowego: rozmiar i uwarunkowania podaży narkotyków; związki podaży i popytu; przestępczość związana z podażą narkotyków (obszar priorytetowy).
- 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.

Realizacja projektów badawczych może zostać sfinansowana ze środków Krajowego Biura w 2011 roku.

Koszt jednostkowy projektu badawczego zgłoszonego do konkursu nie może przekroczyć kwoty 50 000 PLN.

Krajowe Biuro w 2011 roku przeznaczy w celu finansowania projektów badawczych wybranych w drodze konkursu kwotę nie większą niż 120 000 PLN.

Składana oferta powinna zawierać szczegółowy kosztorys proponowanych działań.

Krajowe Biuro, zlecając do realizacji projekty badawcze, nie finansuje zakupu sprzętu i wyposażenia.

Dodatkowe koszty rzeczowe konieczne przy realizacji projektu badawczego nie mogą wynosić więcej niż 10%

wartości merytorycznej projektu. Planowane koszty rzeczowe należy szczegółowo uzasadnić.

Termin składania ofert na konkurs upływa z dniem 28 lutego 2011 roku.

Oferty powinny być dostarczone osobiście lub pocztą do dnia 28 lutego 2011 roku do siedziby Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa. Oferty, które wpłyną po ww. terminie, tj. po 28 lutego 2011 roku, nie będą brały udziału w konkursie niezależnie od daty stempla pocztowego.

W celu wyeliminowania ewentualnych opóźnień związanych z przekazaniem drogą pocztową przesyłek, Krajowe Biuro zwraca uwagę na możliwie wczesną wysyłkę wniosków i sugeruje, by były to przesyłki priorytetowe ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

Oferty konkursowe będą oceniane przez Zespół do spraw oceny projektów badawczych powołany Zarządzeniem Dyrektora Krajowego Biura i działający na podstawie Regulaminu.

Informacje na temat trybu i kryteriów stosowanych przy wyborze ofert zamieszczone są na stronach 6-8 „Szczegółowych warunków konkursu badawczego” oraz w „Regulaminie postępowania Zespołu do spraw oceny projektów badawczych”.

Ogłoszenie o wynikach konkursu zostanie zamieszczone w terminie do dnia 29 kwietnia 2011 r. na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN www.cinn.gov.pl.

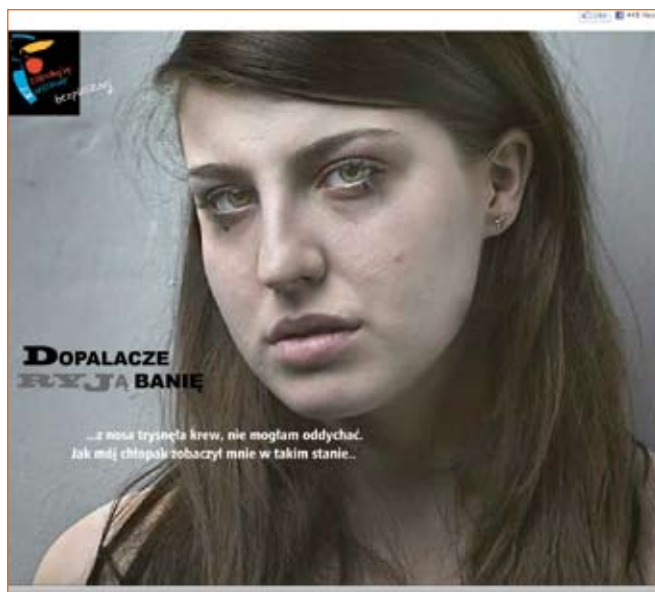
WOJNA Z DOPALACZAMI W SIECI – REAKCJA INSTYTUCJI, MEDIÓW I SPOŁECZNOŚCI INTERNETOWEJ NA ZJAWISKO SPRZEDAŻY I UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE W 2010 ROKU



TYLKO SŁABI GRACZE BIORĄ DOPALACZE – WSPARCIE NBA W DZIAŁANIACH PROFILAKTYCZNYCH W ŁÓDZI

Działania Urzędu Miasta Łodzi są przykładem całościowego projektu prewencyjno-edukacyjnego ukierunkowanego na przeciwdziałanie używaniu i sprzedaży tzw. dopalaczy na poziomie dużej aglomeracji. Na stronie www.um.lodz.pl/miasto/tylko_slabi_gracze_biora_dopalacze/ Wydział Edukacji Urzędu Miasta Łodzi prezentuje z jednej strony dokonania projektu, z drugiej strona WWW jest platformą komunikacji między samorządem, instytucjami wspierającymi a społeczeństwem. Celem akcji jest zminimalizowanie negatywnych skutków sprzedaży i używania nowych środków psychoaktywnych na terenie miasta. To właśnie w Łodzi w sierpniu 2008 roku powstał pierwszy sklep stacjonarny sprzedający tzw. smarty. Główne działania podjęte przez UM Łodzi streszczone są na stronie w 12 punktach – to przede wszystkim informacje o wynikach konsultacji społecznej, podjętych działaniach zaradczych na poziomie prawnym, profilaktycznym oraz edukacyjnym. Na stronie znajdziemy także informacje o najnowszej, szeroko w Polsce komentowanej kampanii edukacyjnej z udziałem gwiazdy NBA Marcina Gortata.

Na stronie czytamy: »Łódzką kampanię antidopalaczową wspiera jedyny Polak w NBA – Marcin Gortat. Nakręcono spot z udziałem koszykarza, który poparł kampanię „Tylko słabi gracze biorą dopalacze”. Klip przygotowuje łódzka szkoła filmowa. Oprócz gracza drużyny NBA Orlando Magic, udział w nim wzięli młodzi ludzie uprawiający sport. Ma on reklamować aktywny tryb życia jako alternatywę dla szkodliwych używek«. Warto prześledzić historię działań samorządowych w Łodzi oraz propozycji przyszłych projektów, które na pewno będą miały dalszy ciąg, bo choć problem dopalaczy zszedł obecnie do podziemia – zjawisko używania nowych środków psychoaktywnych nie zniknie z polskiej sceny narkotykowej.



DOPALACZE RYJĄ BANIĘ – NIE TYLKO W WARSZAWIE

Kampanię internetową skierowaną do młodzieży „Dopalacze ryją banię” rozpoczyna stolica. Hasło kampanii, jak i w dużej mierze projekt zostały zaprojektowane właśnie przez młodych ludzi – donosiła TVP.INFO po konferencji prasowej zorganizowanej w Urzędzie Miasta Stołecznego Warszawy. Inauguracja akcji wspieranej aktywnie przez wiceprezydenta Warszawy Włodzimierza Paszyńskiego nastąpiła w listopadzie 2010 roku. Idea przewodnia kampanii – „Nie ufaj dopalaczom – pomyśl, zanim weźmiesz. Nie ufaj sprzedawcom i reklamom przekonującym Cię, że dopalacze są bezpieczne, bo ziołowe i legalne – nie ma wiarygodnych informacji na ten temat ani wyników badań składu chemicznego smartów” – jest wspierana przez warszawskich specjalistów z branży – animatorów działań profilaktycznych i stołecznych terapeutów uzależnień. Kampania przeciwko dopalaczom skierowana jest do młodych ludzi między 14. a 28. rokiem życia i prowadzona będzie do końca grudnia na serwisach społecznościowych m.in.: fotka.pl, sciaga.pl, dlaStudenta.pl, warszawa.naszemiasto.pl, wp.pl, o2.pl, na Facebooku, i w komunikatorze Gadu-Gadu.

Wyemitowanych zostanie blisko pół miliona odsłon bannerów oraz wysłanych 430 tys. maili do młodych ludzi. Dodatkowym działaniem są nadruki na kubeczkach w automatach z napojami w szkołach i na uczelniach w Warszawie (łącznie 120 dystrybutorów i 100 tys. kubeczków) – czytamy w nocie prasowej. Kreacja i kontrowersyjne dla niektórych hasło zostały stworzone przez młodych warszawiaków i w duchu młodzieżowego slangu mają dotrzeć i być zapamiętane właśnie przez młodych ludzi. Ciekawe rozwiązanie z zakresu marketingu społecznego to również sam content akcji internetowej oraz sposób jego podania – młody internauta jest prowadzony przez kolejne odsłony krótkich tekstów – tekstów o dramatycznych, krótkoterminowych konsekwencjach używania nowych środków psychoaktywnych. Warto dołączyć do społeczności Facebooka – wystarczy kliknąć **Lubię to!** na stronie projektu <http://www.um.warszawa.pl/dopalacze/>

WOJNA Z DOPALACZAMI W SIECI – REAKCJA INSTYTUCJI, MEDIÓW I SPOŁECZNOŚCI INTERNETOWEJ NA ZJAWISKO SPRZEDAŻY I UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE W 2010 ROKU



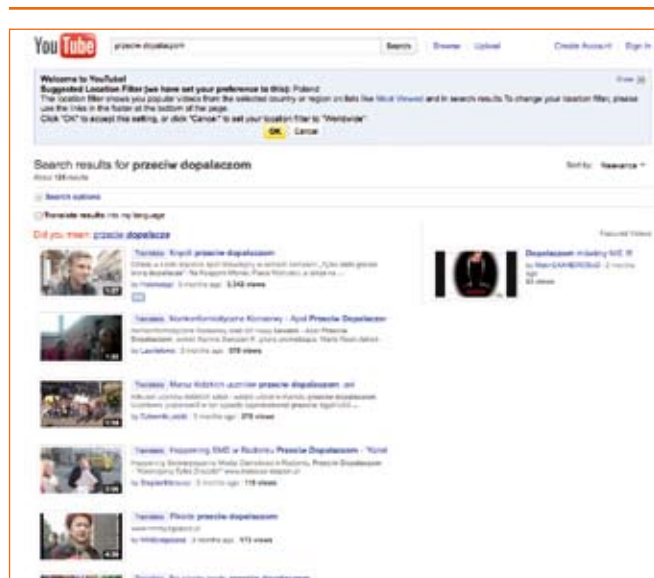
NIE DOPALACZOM NA FACEBOOKU

„Od kilku tygodni cała Polska żyje tematem uzależnienia i dramatycznych skutków zażywania dopalaczy. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, której misją jest edukacja i kształcenie młodych ludzi, postanowiła włączyć się w akcję przeciwko tym szkodliwym dla zdrowia i życia środkom” – czytamy na Facebooku (<http://www.niedopalaczom.ahe.lodz.pl/index.php?id=okampanii>).

Partnerami kampanii są:

Taxi Plus, Kręgielnia „Grakula”, Silver Screen, Clear Display, www.wyświetl.pl, Centrum Kreatywności i Przedsiębiorczości, Polski Uniwersytet Wirtualny.

„Chcemy pokazać młodym ludziom alternatywne sposoby radzenia sobie ze stresem, przełamywania własnych ograniczeń, budowania pozycji w środowisku. W naszą kampanię planujemy zaangażować znane autorytety oraz zaktywizować młodzież” – piszą organizatorzy z AHE na portalu społecznościowym – promując konkurs „Ja nie biorę!” Zapraszamy na stronę ciekawej inicjatywy edukacyjno-profilaktycznej na Facebooku – „NIE dopalaczom”.



„O” I „PRZECIW” DOPALACZOM NA YOUTUBE

YouTube to stworzony w lutym 2005 roku serwis społecznościowy, gdzie użytkownicy mogą umieszczać i oglądać filmy wideo, krótkie filmy w technologii FLV. Teraz każdy może opublikować film w sieci, także na temat nowych środków psychoaktywnych i działań zapobiegawczych. Zatem portal YouTube stał się platformą nie tylko wymiany informacji, rozrywki, swoistym archiwum wydarzeń, miejscem badań socjologicznych i inspiracji, ale także narzędziem perswazji, w tym perswazji społecznej.

Klucz „Przeciw dopalaczom” http://www.youtube.com/results?search_query=przeciw+dopalaczom&aq=f to ponad 100 wyników – filmów opowiadających, często w indywidualny i niekonwencjonalny sposób, historię zjawiska w naszym kraju. 3289 osób obejrzało film, jak kręcono spoty z udziałem Marcina Gortata, ale znajdziemy tam wypowiedzi ogólnopolskich i lokalnych polityków, filmy z happenigów, marszów, twórczość grup niezależnych, fragmenty koncertów – z ideą przewodnią „Dopalaczom NIE!”, wydarzeń sportowych, przesłań w języku migowym o szkodliwości używania smartów dla osób niesłyszących. Eksploracja poprzez wideo na YouTube tematyki

dopalaczy to obecnie ponad 1000 filmów, ciekawej wizualnej lektury przedstawiającej rozwój zjawiska w Polsce zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym.

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, <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

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

Pismo bezpłatne