



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 2 (16) 2001

ROLA RODZINY W PROFILAKTYCE NARKOMANII

**Kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
pod hasłem „Znajdź czas dla swojego dziecka”**

Od kilku już lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzi zintensyfikowane działania edukacyjne w zakresie profilaktyki narkomanii w miesiącach przedwakacyjnych. Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii obchodzony 26 czerwca jest szczególną okazją do zastanowienia się i refleksji nad zjawiskiem narkomanii, nad przyczyną rosnącej wciąż rzeszy młodych ludzi używających i uzależniających się od narkotyków, ale też do poszukiwania odpowiedzi w jaki sposób można skuteczniej przeciwdziałać, by powstrzymać te niekorzystne trendy.

W Polsce istnieje wiele instytucji zobligowanych ustawowo do przeciwdziałania narkomanii, wiele osób i organizacji zajmuje się profilaktyką i terapią uzależnień, w szkołach realizowane są różnorodne programy profilaktyczne, podejmowane są zmiany legislacyjne na bardziej restrykcyjne, a pomimo to, popyt na narkotyki nie maleje. Badacze zjawisk społecznych próbując wyjaśnić problem narkomanii młodzieżowej odwołują się z jednej strony do czynników



natury prawnej, społeczno-ekonomicznej i kulturowej, z drugiej zaś do czynników indywidualnych tkwiących w jednostce oraz w jej otoczeniu społecznym - rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole.

Podstawowym celem tegorocznej kampanii było zwrócenie uwagi dorosłych na rolę rodziny i jej ogromnego znaczenia w profilaktyce uzależnień. Nieprawidłowości funkcjonowania rodziny uważane są bowiem za główne czynniki ryzyka używania narkotyków, lecz jednocześnie właśnie w rodzinie tkwi potencjalna siła chroniąca dzieci i młodzież przed tego rodzaju ryzykownymi zachowaniami. Dobrze funkcjonująca, zdrowa rodzina daje poczucie bezpieczeństwa i możliwość rozwoju osobistego wszystkim jej członkom, co w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko powstawania uzależnień. Wiele jednak rodzin nie radzi sobie dobrze w obecnych, trudnych czasach. Zmieniające się wymagania na rynku pracy, rewolucja techniczna i obyczajowa powodują, że rodzice mają trudności z prawidłowym pełnieniem swoich ról, dlatego tak ważna z punktu widzenia pro-

filaktyki wydaje się aktywizacja rodziców i wzmocnienie rodziny w jej funkcji ochronnej.

Do udziału w kampanii i współpracy w organizacji całego przedsięwzięcia zaproszeni zostali przedstawiciele terytorialnej administracji rządowej i samorządowej, organizacji pozarządowych oraz mediów o zasięgu ogólnopolskim.

Kampanię zainaugurowała i oficjalnie rozpoczęła konferencja poświęcona metodom pomocy rodzinie, która odbyła się 8 czerwca w sali kolumnowej Ministerstwa Zdrowia. Skupiła przedstawiciele różnych służb, specjalistów w dziedzinie profilaktyki i terapii uzależnień reprezentujących placówki i ośrodki w całej Polsce.

Spotkanie otworzył Wiceminister Zdrowia, Krzysztof Tronczyński, który podkreślił, że zjawisko narkomanii to problem paneuropejski i tylko wspólne wysiłki w przeciwdziałaniu narkomanii tak na polu międzynarodowym, jak i w kraju mogą przynieść wymierne skutki. Wyraził też zadowolenie z wyboru grupy odbiorców tegorocznej kampanii i niezwykle trafionego hasła, pod którym ona przebiega. Zdaniem ks. Arkadiusza Nowaka, doradcy Ministra Zdrowia ds. AIDS i Narkomanii, rodzice wciąż reprezentują niski poziom wiedzy dotyczącej problematyki używania narkotyków przez młodzież. Podkreślił też istotną rolę Kościoła w procesie włączania rodziców w profilaktykę uzależnień Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zwrócił uwagę na niepokojące trendy epidemiologiczne dotyczące zjawiska narkomanii, które mogą być wypadkową mało trafionych przekazów edukacyjnych zawartych w programach profilaktycznych kierowanych do młodzieży, zmieniających się wzorców konsumpcji narkotyków, panującej mody na narkotyki, a także różnic pokoleniowych i rozbieżności w spostrzeganiu kwestii narkotyków przez mło-

dzież i dorosłych. W tym kontekście mówił więc o konieczności aktywizacji rodziców i wzmocnieniu rodziny w jej funkcji ochronnej, ale również o potrzebie aktywnego uczestnictwa instytucji samorządowych w szeroko rozumianą profilaktykę i o istotnym znaczeniu kreowania lokalnej polityki w tym zakresie.

Znaczną część konferencji wypełnił niezwykle interesujący wykład dr hab. Jolanty Rogali-Oblękowskiej z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych UW „Rodzinne uwarunkowania uzależnień” poświęcony omówieniu wyników badań na temat roli rodziny w powstawaniu uzależnień.

Biorąca udział w konferencji młodzież zaprezentowała uczestnikom spotkania „Przesłanie młodzieży skierowane do dorosłych”. Przesłanie zostało przygotowane w maju br. podczas debaty młodzieżowej pn. „Dialog Młodzi - Dorosli, czyli jak wspólnie przeciwdziałać uzależnieniom” przeprowadzonej przez Powszechną Akademię Młodzieży na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, w którym brali udział licealiści i studenci.

Jednym z bardziej istotnych punktów programu konferencji była dyskusja panelowa profesjonalistów, której tematem były „Działania skierowane na rodzinę jako podstawa profilaktyki i leczenia narkomanii”. Dziewięć osób reprezentujących wysoki poziom wiedzy i wieloletnie doświadczenie w pracy z rodzinami dotkniętymi problemem narkomanii starało się udzielić odpowiedzi na trzy zasadnicze pytania: Jakie obszary funkcjonowania rodziny należy przede wszystkim wspierać? W jaki sposób można angażować rodzinę w proces wychodzenia z uzależnienia jednego z jej członków? Jak zachęcić rodzinę do korzystania z usług profesjonalnej pomocy.

Całość przedsięwzięcia wspierały materiały informacyjno-edukacyjne przygotowane przez

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, między innymi broszura dla rodziców pn. „Nasze dzieci i narkotyki. Poradnik dla rodziców” oraz plakat z hasłem kampanii „Znajdź czas dla swojego dziecka” z prowokacyjnym „podpisem” dealera – „bo ja go znajdę”. Hasło Kampanii znalazło się także na koszulkach, bandanach i naklejkach, które rozdawane były podczas różnych działań podejmowanych w tym okresie.

W ramach kampanii w dziewięciu województwach zostały przeprowadzone konferencje, debaty i spotkania z młodzieżą poświęcone problemom zapobiegania narkomanii oraz przedsięwzięcia medialne.

Organizacje i instytucje uczestniczące w Kampanii:

- Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii
- Lubelskie Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym „Kuźnia”
- Stowarzyszenie „Współdziałanie”
- Towarzystwo Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom
- Częstochowskie Towarzystwo Profilaktyki Społecznej
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne
- Stowarzyszenie „Młodzi - Młodym”
- Stowarzyszenie „Karan”
- Fundacja „Maraton”
- Stowarzyszenie Nauczycieli "Zdrowa Szkoła"
- Stowarzyszenie MONAR
- Stowarzyszenie „Szansa”
- Katolickie Centrum Edukacji Młodzieży KANA
- TRiPDU „Powrót z U”
- Stowarzyszenie Profilaktyki Społecznej SEDNO
- Stowarzyszenie TADA
- Agencja Doradztwa Zawodowego AD

Danuta Muszyńska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

SPIS TREŚCI

Rola rodziny w profilaktyce narkomanii Kampania Krajowego Biura ds.

Przeciwdziałania Narkomanii pod hasłem „Znajdź czas dla swojego dziecka”
Danuta Muszyńska 1

Narkomania w 1999 r. w Polsce

Dane Lecznictwa Stacjonarnego
Janusz Sierosławski 4

Badania szkolne na temat używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (ESPAD)

Janusz Sierosławski 16

Wizyta dyrektora Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanach (EMCDDA) w Polsce

Bogusława Bukowska 24

Badania mokotowskie – 2000 r.

Krzysztof Ostaszewski, Anna Borucka, Katarzyna Okulicz-Kozaryn 32

Szybka ocena i reakcja dotycząca zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży

Maria Tatarska 41

Narkomani w zakładach karnych i aresztach śledczych

Janusz Sierosławski 45

NARKOMANIA W 1999 r. W POLSCE DANE LECZNICTWA STACJONARNEGO

W 1997 r. zaczęła obowiązywać w Polsce X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10) zastępując stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję. Efektem tej zmiany jest znaczne ograniczenie porównywalności danych z latami poprzednimi. Zarówno ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu Rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany utrudniają śledzenie trendów i skłaniają do dużej ostrożności w dokonywaniu porównań. Rok 1999 jest trzecim rokiem obowiązywania nowej klasyfikacji. Dopiero dane z kolejnych lat mogą pozwolić na dokonanie oceny wpływu zmiany w systemie zbierania danych na zachowanie się trendu.

Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 1999 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się: „uzależnienie od leków” (304.0-304.9), nadużywanie leków bez uzależnienia (305.2-305.9) oraz psychozy lekowe (292). Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków”. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym ro-

zumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od leków uspokajających i nasennych czy morfiny, ale również od takich substancji, jak opiaty domowego wyrobu (tzw. „kompot”), marihuana, amfetamina czy nawet substancje wziewne - np. kleje. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia – nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten temat są pełniejsze, tzn. obarczone mniejszą liczbą braków danych, a tym samym lepsze, jednak nie do końca porównywalne z poprzednio zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą z perspektywy analiz epidemiologicznych zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”. W efekcie większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo po-

każna grupa licząca ok. 30-50%, wpada do kategorii „używanie różnych środków”. Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z poprzednimi latami. Można się spodziewać, że część lekarzy mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”, zamiast „uzależnienia mieszanego”, wybierze „uzależnienie od opiatów”.

Przed przystąpieniem do analizy danych wypada też przypomnieć, że lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z lecznictwa stacjonarnego są zatem dokładniejsze - nie są one obciążone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu ograniczę się do danych lecznictwa stacjonarnego, bowiem lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Dane za 1999 r. przedstawimy na tle danych z 1998 r. i 1997 r. a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych posłużymy się tu dwoma wskaźnikami wyliczonymi na podstawie danych lecznictwa stacjonarnego. Pierwszy, to liczba osób przyjętych w danym roku obejmu-

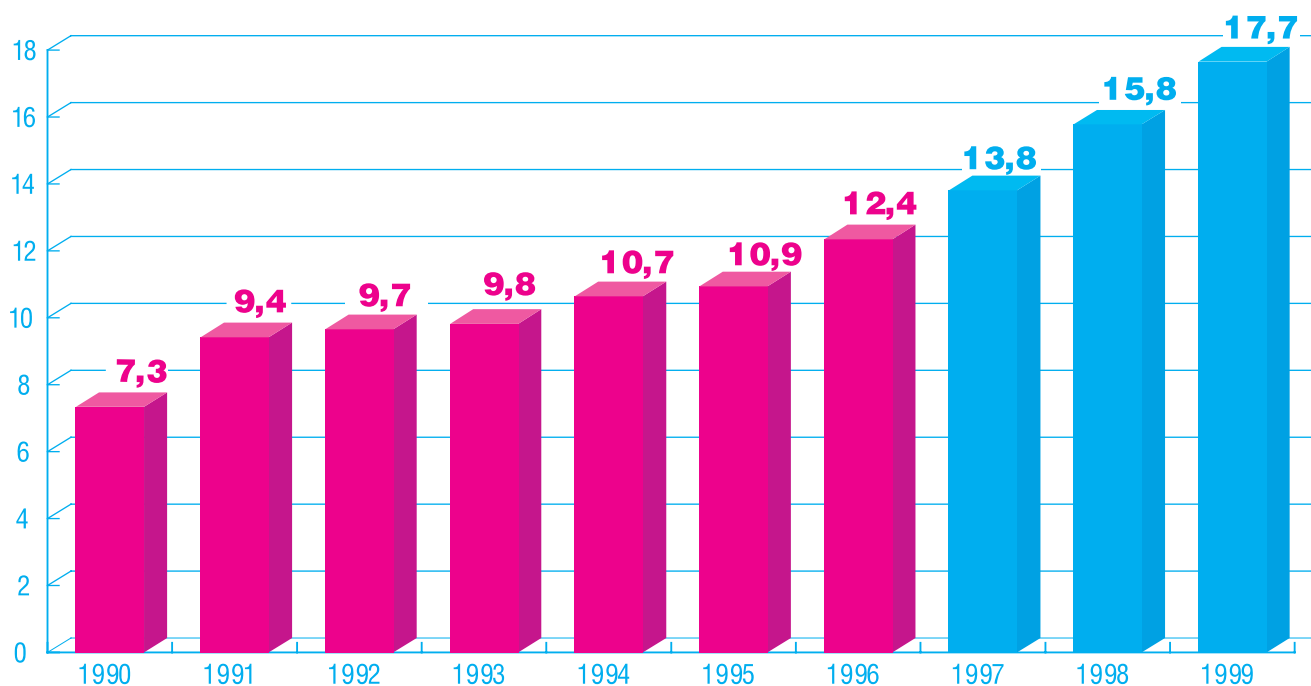
jąca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek niezależnie od tego czy je w danym roku zakończyły, czy też kontynuowały w roku następnym. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 1999 r. przyjęto do lecznictwa 6827 osób. Oznacza to wzrost o 11,9% w stosunku do 1998 r., kiedy to przyjęto 6100. Warto przypomnieć, że w 1997 r. leczenie podjęło 5336 osób, co także pokazuje wzrost między 1997 i 1998 r. wynosił więcej, bo 14,3% (tabela 1). Pamiętając o niepełnej porównywalności danych z lat poprzednich trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego trwającego od początku lat dziewięćdziesią-

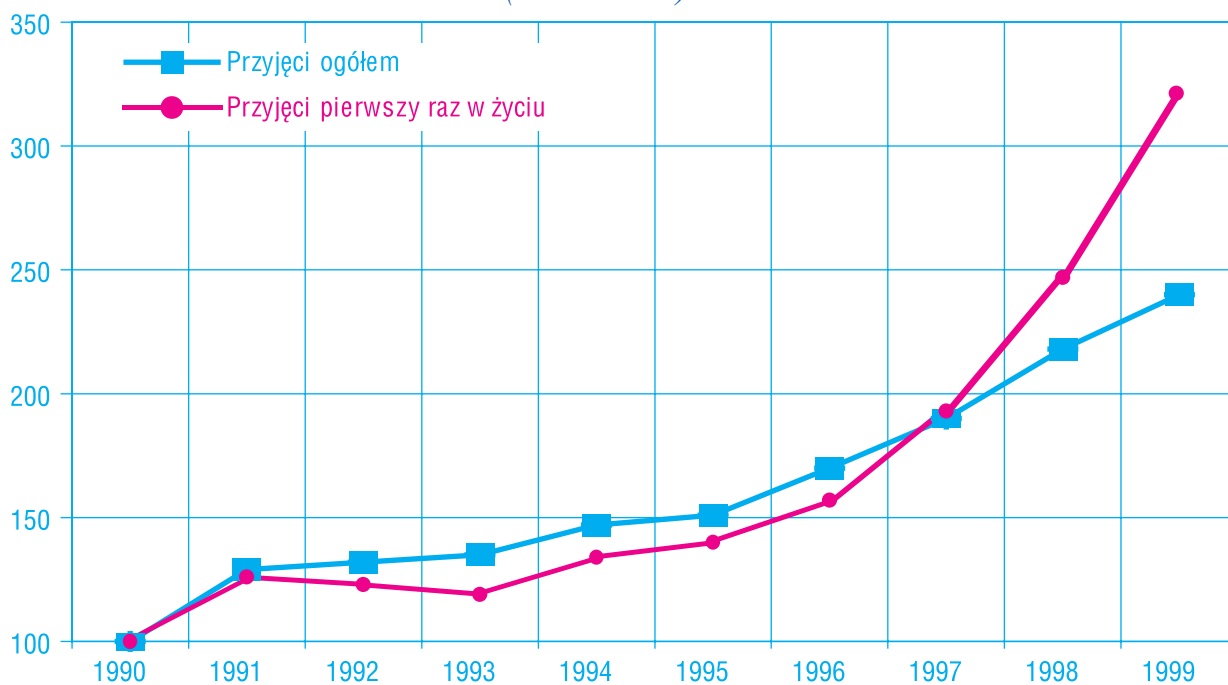
Tabela 1. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Lata	liczba osób	wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,34
1991	3614	9,42
1992	3710	9,66
1993	3783	9,82
1994	4107	10,65
1995	4223	10,94
1996	4772	12,35
1997	5336	13,81
1998	6100	15,78
1999	6827	17,66

Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990 - 1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 2. Dynamika wskaźników przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100)



tych (wykresy 1. i 2.). Wskaźnik przyjętych do leczenia stacjonarnego liczony na 100 tys. mieszkańców wzrastał każdego roku i jeśli dane z 1999 r. odnieść do 1990 r. wzrost jest ponad dwukrotny.

Inaczej jest, gdy analizuje się przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2). W początkach lat dziewięćdziesiątych udział pacjentów pierwszorazowych wśród przyjętych ogółem malał z 45% w 1990 r. do 40% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%.

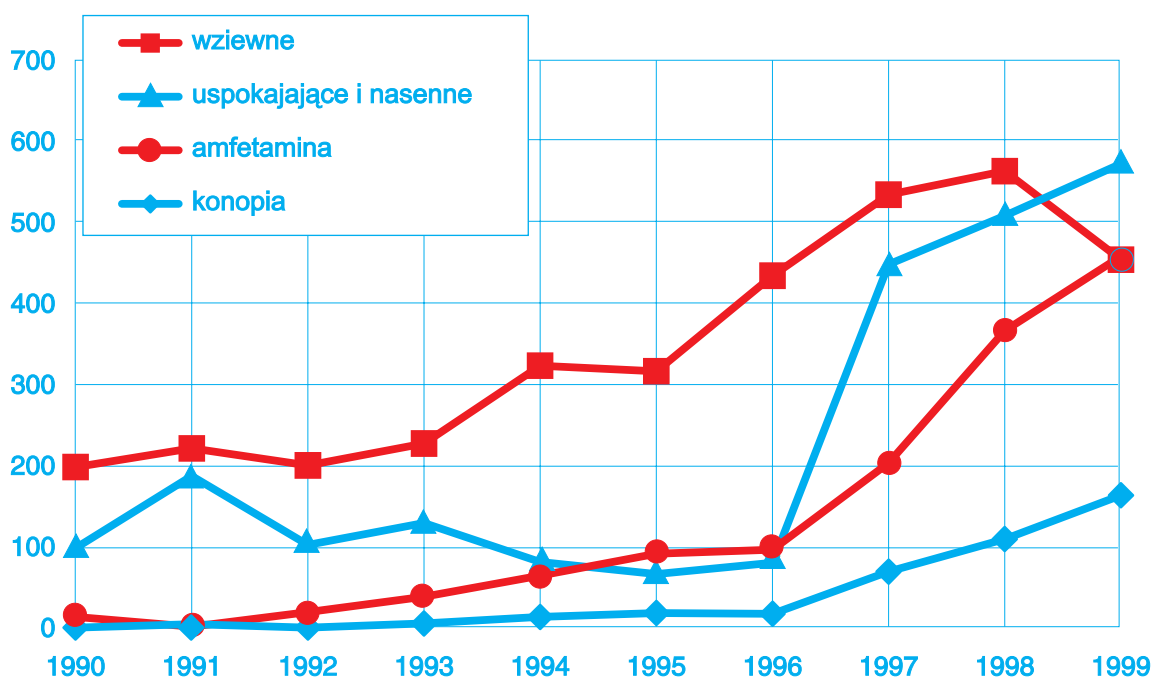
Oznacza to, że tempo wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo, jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 r. przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W następnych latach także obserwujemy wzrost, w 1998 r. odsetek ten wyniósł 51,1%, a 1999 – 59,2%. Oznacza to, że znacznie ponad połowa pacjentów zgłaszających się w 1999 r. do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu.

Zmiany w dynamice obu wskaźników są dobrze widoczne na wykresie (wykres 2).

Tabela 2. Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Pierwszorazowi	1260	1593	1547	1505	1693	1759	1980	2438	3115	4040
Wszyscy	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827
% pierwszorazowych	45,0	44,1	41,7	39,8	41,2	41,7	41,5	45,7	51,1	59,2

Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów)



W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, chociaż po 1995 r. wzrost nasilił się. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 1999 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. niespełna 2,4 razy, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie 3,2 raza.

Struktura diagnoz wg typu środka zaprezentowana w tabeli 3. unaocznia słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Ponad jedna trzecia osób znajduje się w kategorii mieszane i nieokreślone. O środkach używanych przez tą grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powie-

zieć. Najliczniejsza pozostaje grupa osób z problemem opiatów (39%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (8%), środków z grupy amfetamin (6%), substancji wziewnych (6%) i przetworów konopi (2%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 2%. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997-1999 (tabela 3) wskazuje na pewne zmiany. W latach 1997-1998 były one niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,0% w 1998 r. W 1999 r. odnotować trzeba dalszy wzrost odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 6,7%. Kolejne nowe zjawiska w 1999 r. to spadek odsetka osób z problemem opiatów i odsetka osób nadużywających substancji wziewnych. Wzrosły natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych. W konsekwencji tych zmian problem amfetaminy wysunął się na czwarte miejsce pod względem rozpowszechnienia w populacji leczonych stacjonarnie, po opiatach, uzależnieniu mieszanym i nieokreślonym oraz lekach uspokajających i nasennych.

Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Opiaty	2313	43,3	2569	42,3	2652	38,8
Uspokajające i nasenne	449	8,4	509	8,3	573	8,4
Kokaina	46	0,9	45	0,7	52	0,8
Konopie	70	1,3	110	1,8	164	2,4
Amfetamina	204	3,8	367	6,0	459	6,7
Halucynogeny	70	1,3	75	1,2	91	1,3
Wziewne	535	10,0	564	9,2	455	6,7
Mieszane i nieokreślone	1649	30,9	1861	30,5	2381	34,9
Ogółem	5336	100,0	6100	100,0	6827	100,0

Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Opiaty i mieszane z opiatami	2163	2821	2897	2791	2996	3083	3257	x	x	x
Uspokajające i nasenne i nasenne	99	188	103	130	82	67	81	449	509	573
Kokaina	2	2	4	-	2	2	4	46	45	52
Konopie	1	5	1	6	14	19	18	70	110	164
Amfetamina	14	2	20	39	65	92	97	204	367	459
Halucynogeny	5	1	8	9	10	4	14	70	75	91
Wziewne	199	222	201	228	321	317	435	535	564	455
Mieszane bez opiatów	167	196	124	93	90	115	169	x	x	x
Nieokreślone	137	159	128	135	147	110	209	x	x	x
Brak danych w czwartej cyfrze	16	18	224	352	380	414	488	x	x	x
Ogółem	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827

Porównanie danych z lat 1997-1999 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem (tabela 4). Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmowali również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a ostatnio coraz częściej amfetaminę. Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 4. i na wykresie 3. w 1999 r. zidentyfikować mo-

żemy następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Zahamowanie trendu wzrostowego, a nawet pewien spadek liczby nadużywających substancji wziewnych. Trend wzrostowy został zapoczątkowany w 1994 r., w latach 1995-1997 tempo wzrostu było szczególnie szybkie, w 1998 r. trochę osłabło.
- Kontynuacja trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1996 r. Wcześniej, w latach 1991-1995 przeważała tendencja spadkowa. W 1997 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźnika, skala wzrostu w 1998 r. była mniejsza. W 1999 r. utrzymuje się na takim samym poziomie jak w 1998 r.
- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r. wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy, w 1998 r. tempo wzrostu było większe niż latach poprzednich, w 1999 r. trochę osłabło.

Tabela 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Płeć	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Mężczyźni	3936	73,8	4519	74,1	5209	76,3
Kobiety	1400	26,2	1581	25,9	1618	23,7

- Kontynuacja trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przyspieszył w 1997 r. Nadal liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie jest znacznie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy. Także tempo wzrostu liczby osób z problemem przetworów konopi w lecznictwie jest mniejsze niż w przypadku amfetamin.
- Niewielki wzrost liczby osób nadużywających kokainy. Do 1996 r. spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 r. ich liczba skokowo wzrosła. W 1998 r. odnotowano stabilizację.
- Kontynuacja trendu wzrostowego liczby osób nadużywających halucynogenów. Trend wzrostowy pojawił się w 1997 r.

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. W latach 1997-1999 odnotować trzeba bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i – co się z tym wiąże – spadek odsetka kobiet. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 5. kobiety stanowiły w 1999 r. ok. 24% pacjentów leczonych stacjonarnie.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (tabela 6). Polegają one na konsekwentnym wzroście odsetka osób w wieku 16-24 lat i spadku odsetków z grup 25-39 lat. Proporcje najmłodszych, tj. do

Tabela 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

Struktura wieku	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
- 15	190	3,6	221	3,6	231	3,4
16-19	811	15,2	1130	18,6	1540	22,6
20-24	1303	24,5	1649	27,1	1977	29,0
25-29	969	18,2	1026	16,9	1020	15,0
30-34	789	14,8	733	12,1	617	9,0
35-39	536	10,1	522	8,6	515	7,6
40-44	367	6,9	374	6,1	431	6,3
45 +	357	6,7	427	7,0	489	7,2
Razem	5322	100,0	6082	100,0	6820	100,0
Brak danych	14		18		7	
Ogółem	5336		6100		6827	

Tabela 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1998-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci i rodzaju przyjmowanej substancji (odsetki badanych)

	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
1998 r.								
Ogółem	42,1	1,8	8,3	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5
Mężczyźni	43,3	2,2	4,5	0,7	5,8	1,3	11,0	31,1
Kobiety	38,8	0,6	19,2	0,8	6,5	0,9	4,2	28,8
1999 r.								
Ogółem	38,8	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	34,9
Mężczyźni	40,3	2,6	4,4	0,7	6,4	1,6	7,8	36,2
Kobiety	34,2	1,8	21,3	0,8	7,8	0,6	3,0	30,5

15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 40 roku życia są względnie stałe.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych jest kolejnym sygnałem narastania fali zjawiska. Stały, stosunkowo niewielki, odsetek osób poniżej 15 roku życia nie potwierdza potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci.

Dane o typach nadużywanych środków według płci zawarte w tabeli 7. ujawniają istotne różnice we wzorach używania substancji przez mężczyzn i kobiety. Wśród mężczyzn notuje się trochę większe odsetki nadużywających opiatów, konopi indyjskich, substancji wziewnych. Wśród kobiet wielokrotnie wyższe są odsetki używających leków uspokajających i nasennych. Podobne odsetki wśród przedstawicieli obu płci pojawiają się przy kokainie, amfetaminie i halucynogenach.

W 1999 r. w stosunku do poprzedniego roku struktura rozpoznań według płci nie uległa większym zmianom. Wśród kobiet nieznacznie zwiększył się odsetek nadużywających leków uspokajających i nasennych podczas gdy wśród mężczyzn pozostał taki sam.

Na wzór używania narkotyków silny wpływ ma też wiek (tabela 9.). Dla najmłodszych charakterystyczne są substancje wziewne, 45% pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 10% pacjentów, widoczne natomiast stają się opiaty – 34%. Środki z tej grupy wyraźnie dominują w kolejnych grupach wiekowych, aż do 44 roku życia. U pacjentów w wieku 45 lat i więcej najliczniejsza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (52%). Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 16-19 lat (12%), zaś halucynogeny wśród najmłodszych do 15 roku życia (4%), chociaż w grupie 16-19 lat też zdarzają się relatywnie często (3%).

Porównując strukturę rozpoznań według wieku z 1999 r. ze strukturą z 1998 r. trzeba odnotować dwie istotne różnice. Pierwsza z nich jest efektem spadku odsetka nadużywających substancji wziewnych w najmłodszej grupie z 64% do 45%. Wzrosły w tej grupie wieku wszystkie inne rozpoznania, przy czym najbardziej problem opiatów (z 7% w 1998 r. do 13% w 1999 r.). Druga zmiana to większy wzrost

Tabela 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1998 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	6,8	2,3	0,5	-	1,8	3,6	64,3	20,8
16-19	30,4	3,5	1,9	0,6	11,2	2,7	19,1	30,8
20-24	52,2	2,4	2,1	1,0	9,6	1,0	6,6	25,0
25-29	49,3	0,8	3,1	0,9	4,9	1,1	5,7	34,3
30-34	50,5	0,5	6,3	0,5	1,8	0,5	2,7	37,1
35-39	48,9	1,3	14,4	0,8	1,0	0,2	1,1	32,4
40-44	37,4	0,5	24,6	0,8	1,1	-	1,3	34,2
45+	16,6	1,2	48,7	0,5	1,2	0,9	1,4	29,5
Ogółem	42,1	1,8	8,4	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5

Tabela 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	13,0	6,5	1,7	0,9	3,9	3,9	45,0	25,1
16-19	33,7	5,3	0,7	0,8	12,3	2,8	10,4	34,0
20-24	50,1	2,0	1,1	0,8	8,9	1,4	4,8	31,0
25-29	43,4	1,1	2,6	0,1	5,5	0,4	6,2	40,7
30-34	39,4	0,5	7,3	1,3	2,4	0,5	3,1	45,5
35-39	40,8	0,6	17,1	0,6	1,4	0,6	1,9	37,1
40-44	32,7	0,9	28,1	1,2	0,7	-	0,2	36,2
45+	15,3	1,2	52,1	1,2	0,6	0,4	0,6	28,4
Ogółem	38,9	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	38,9

odsetków osób nadużywających leków uspokajających i nasennych wśród starszych grup wiekowych niż wśród młodszych.

Podobnie jak w latach ubiegłych w 1999 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych na wykresie 5. utrzymuje się znaczna rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o

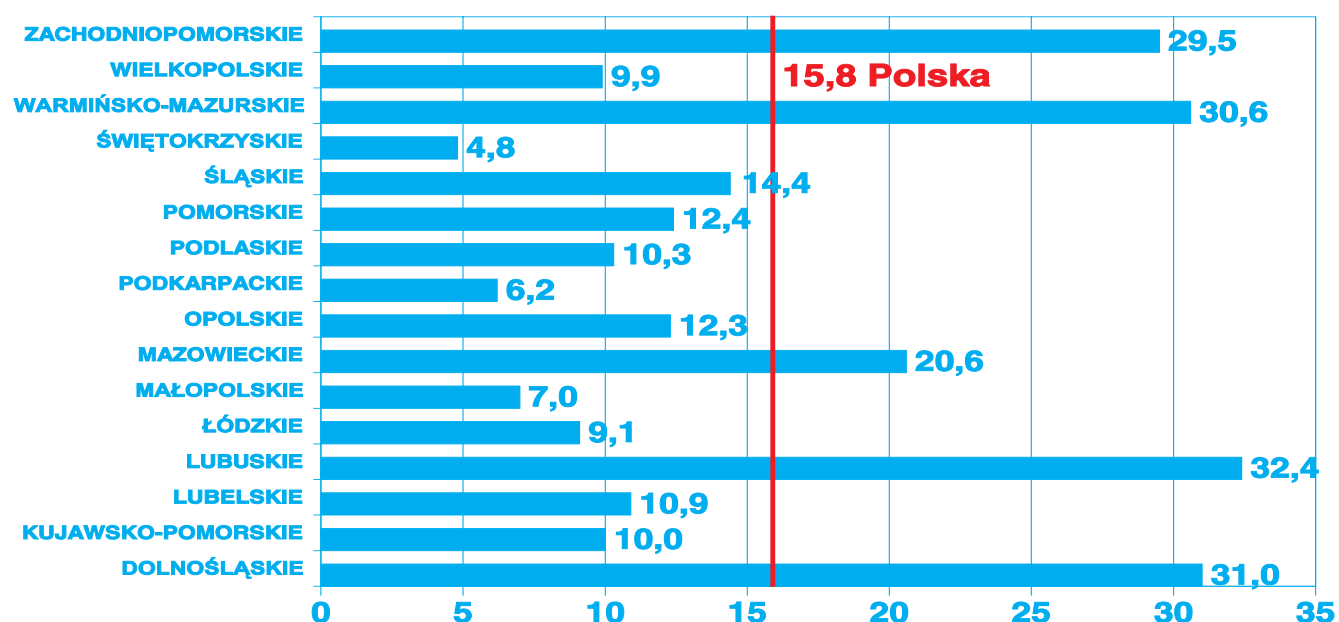
najwyższym rozpowszechnieniu (lubuskie – 44,4) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (świętokrzyskie – 5,8). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: warmińsko-mazur-

skie, dolnośląskie, zachodniopomorskie i mazowieckie. Wszystkie one z wyjątkiem mazowieckiego położone są w zachodniej, bądź północnej części kraju. W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa mazowieckie (1428 osób) i dolnośląskie (986 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

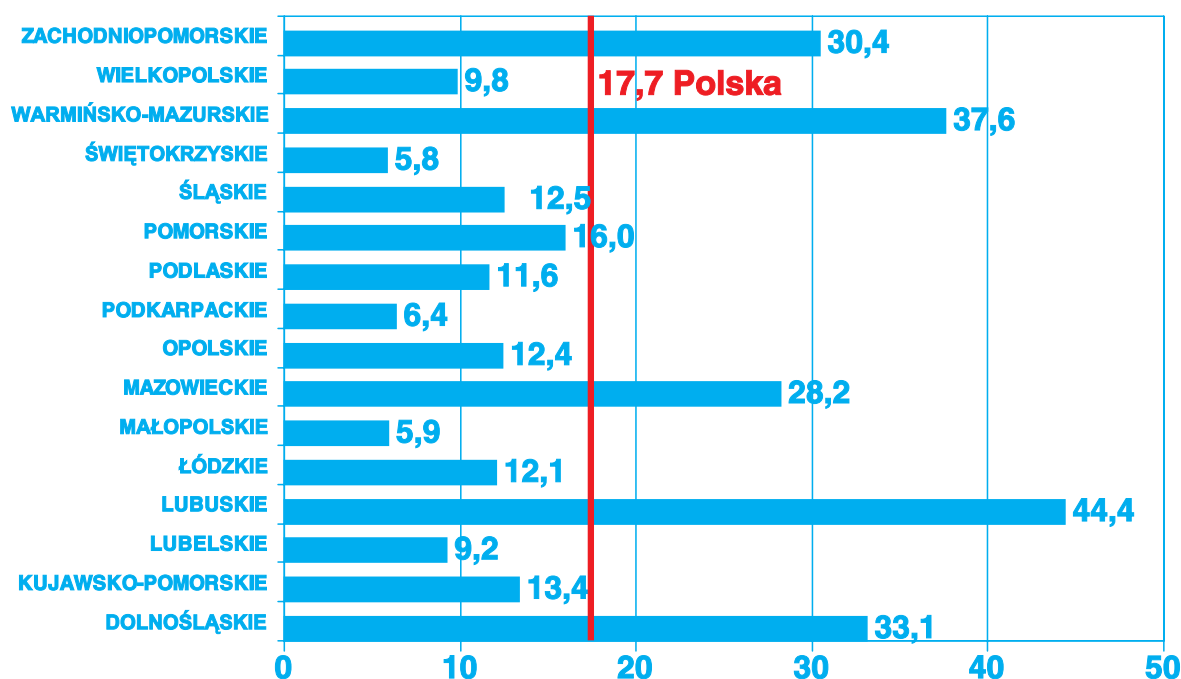
Zebrane dane pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 1998 r. i 1999 r. Wzrost wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło narkomanów. Sytuacja pod tym względem jest silnie zróżnicowana. O wzroście możemy mówić w 12 województwach, spadek nastąpił w czterech. Także wzrosty i spadki są zróżnicowane. Najsilniejszy spadek wystąpił w województwach lubelskim i małopolskim (o 6%), najmniejszy w wielkopolskim (o 1%).

Jeszcze silniej zróżnicowane okazały się wzrosty wskaźników. Największy wystąpił w województwach lubuskim i mazowieckim – o 37%, najmniejszy w opolskim – o 1%. Wśród województw, gdzie nastąpił wzrost trzeba wyróżnić te, w których wzrost był większy niż średnio w kraju. Obok lubuskiego w tej grupie mieszczą się kujawsko-pomorskie, mazowieckie, pomorskie, łódzkie, warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie. Warto zauważyć, że wśród 7 województw, w których nastąpił najsilniejszy wzrost znalazły się cztery, które odznaczały się w 1998 r. wskaźnikami niższymi niż średnia krajowa, w tym województwo o najniższym wówczas wskaźniku – świętokrzyskie. Jednocześnie jeden z najwyższych wzrostów nastąpił w województwie o najwyższym wskaźniku (lubuskie). Mamy zatem do czynienia z dwoma przeciwstawnymi tendencjami: jednej – polegającej na wyrównywaniu się poziomów rozpowszechnienia oraz drugiej – do wzrostu zróżnicowania. Najbliższa przy-

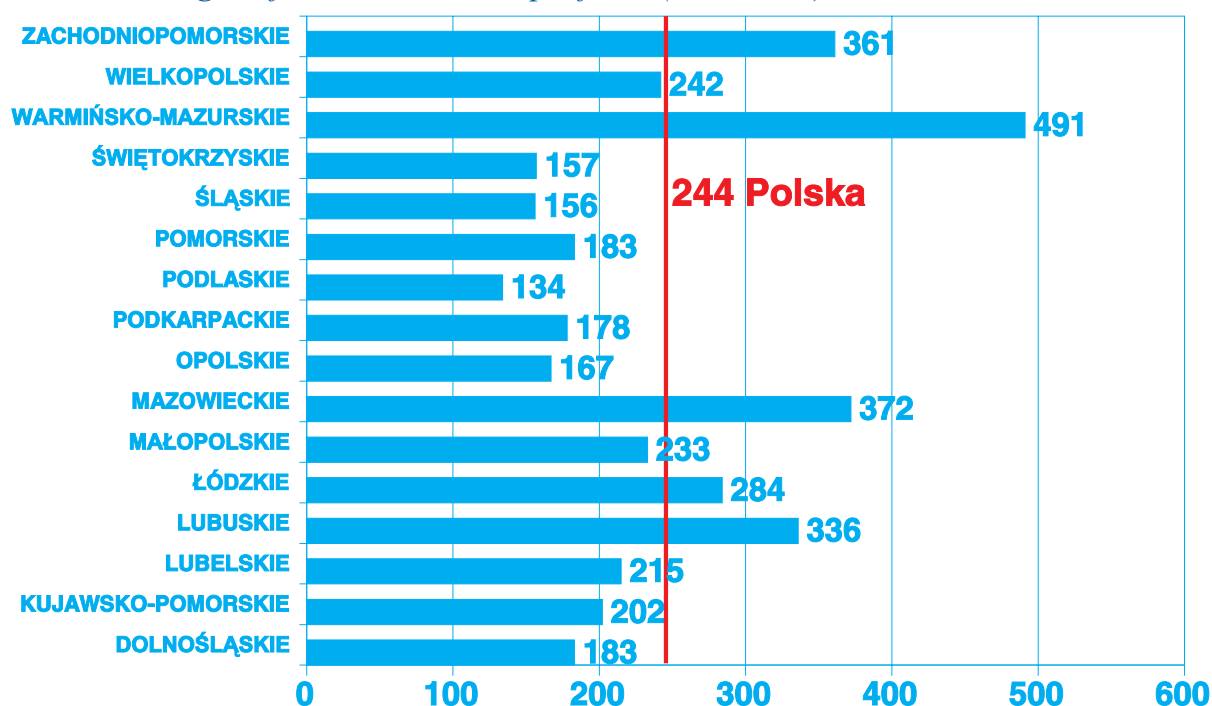
Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1998 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1990 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (1990=100)



szłość powinna pokazać, która z nich okaże się dominująca.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte na wykresie 6. Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1990 r. i 1999 r. Zarówno dane za 1990 r. jak dane za 1999 r. zostały przeliczone na układ nowego podziału administracyjnego kraju obowiązujący od 1999 r. Zabieg taki pozwala śledzić sytuację epidemiologiczną na terenach, które weszły w skład nowych województw. Dzięki temu dostarczamy władzom wojewódzkim danych do lepszego rozumienia i przewidywania rozwoju sytuacji na ich terenie. Porównanie zmian w ostatnich dziewięciu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 218%, z jednej strony spotykamy województwo o tak silnym wzroście jak 400% (warmińsko-mazurskie) i tak słabym, że graniczącym ze stabilizacją (podlaskie – wzrost o 19%). Do województw o największym wzroście należą poza warmińsko-mazurskim – zachodniopomorskie, małopolskie i mazowieckie. Najmniejszą skalą wzrostu, oprócz podlaskiego, odznaczają się świętokrzyskie pomorskie i kujawsko-pomorskie. Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o znikomym obecnie nasileniu zjawiska, ale nie jest to reguła bez wyjątku. Przykładami odstępstw od niej może być województwo małopolskie, gdzie wskaźnik wzrósł silniej niż średnio w kraju, a jednak nadal utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie – niższym niż średnia ogólnopolska. Z drugiej strony w województwie dolnośląskim mamy do czynienia ze wskaźnikiem znacznie przekraczającym średnią dla kraju, a wzrost wskaźnika w ostatnich latach był niższy, niż w całej Polsce. Przykłady te pokazują, że o poziomie zagroże-

nia epidemiologicznego decyduje nie tylko rozwój sytuacji w obecnej dekadzie, ale także to, co działo się w latach wcześniejszych.

Podsumowując prezentację danych za 1999 r. trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego zjawiska. Znacznie szybszy wzrost wskaźnika przyjętych pierwszy raz w życiu niż przyjętych ogółem w 1999 r. z jeszcze większą siłą wskazuje na narastanie problemu.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają nowe środki, takie jak amfetamina. Bardziej widoczne w lecznictwie stacjonarnym stają się halucynogeny i przetwory konopi, pojawia się także w sposób bardziej widoczny kokaina. Równoległe do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych.

Wzory używania substancji psychoaktywnych są silnie różnicowane przez płeć i wiek pacjentów. Dla kobiet charakterystyczne są leki uspokajające i nasenne. Dla najmłodszych substancje wziewne, dla najstarszych także leki uspokajające i nasenne. Pozostali to przede wszystkim użytkownicy opiatów.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary zwiększonego rozpowszechnienia: zachodnia część kraju, województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. Na terenach tych zintensyfikowania wymagają programy pomocy – leczenie i redukcja szkód.

Dane z 1999 r., podobnie jak dane z lat 1997-1998, ze względu na zmianę klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów, należy interpretować z dużą ostrożnością, a wnioski traktować jako wstępne, wymagające potwierdzenia.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

BADANIA SZKOLNE NA TEMAT UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ (ESPAD)

POLSKA MŁODZIEŻ W LATACH 1995-1999 NA TLE EUROPY

Wprowadzenie

Europejskie Badanie w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Narkotyków (European School Survey Project on Alcohol and Drugs - ESPAD) dostarcza obrazu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną na naszym kontynencie. Badanie to zostało przeprowadzone dwukrotnie w 1995 r. i 1999 r. Dane zostały zebrane jednocześnie w 26 krajach europejskich w pierwszej połowie 1995 r. oraz w 30 krajach w pierwszej połowie 1999 r. Populacją poddaną badaniu w 1995 r. byli uczniowie urodzeni w 1979 r., a w 1999 r. uczniowie urodzeni w 1983 r. Oznacza to, że w momencie realizacji badania mieli oni 15-16 lat. Kraje, które brały udział w programie w 1995 r. to: Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Islandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Turcja, Ukraina, Węgry, Wielka Brytania (Anglia, Północna Irlandia, Szkocja, Walia), Włochy i Wyspy Owcze. W 1999 r. dołączyły do programu jeszcze Bułgaria, Grecja, Francja, Grenlandia, Holandia, Macedonia, Rosja (Moskwa) oraz Rumunia. Z krajów uczestniczących w programie w 1995 r. zrezygnowała z badań w 1999 r. Turcja. Ponadto w Wielkiej Brytanii zamiast czterech oddzielnych prób dla Anglii, Północnej Irlandii, Szko-

cji i Walii zrealizowano jedną próbę obejmującą całe Zjednoczone Królestwo. W efekcie porównanie wyników osiągniętych w 1999 r. z wynikami z 1995 r. możliwe jest tylko w przypadku 21 krajów.

Program został zainicjowany i był koordynowany przez Szwedzką Radę do Spraw Informacji o Alkoholu i innych Narkotykach (CAN) przy współpracy z Grupą Pompidou (Rada Europy). Badania ESPAD zostały przeprowadzone według wspólnej, wystandardyzowanej metodologii. We wszystkich krajach starano się ujednoczyć warunki badania. Zastosowano taki sam kwestionariusz. Poprzez podwójne tłumaczenia z angielskiego w jakim opracowano kwestionariusz, na język ojczysty, a następnie z języka ojczystego na angielski i porównanie z oryginałem starano się zminimalizować zniekształcenia wynikające z przekładu. Badania prowadzono w tym samym czasie, wedle takiego samego protokołu. W szczególności zadbano o wystandardyzowanie badanej populacji oraz sposobu doboru prób badawczych. Wszystkie te zabiegi miały na celu dostarczenie danych, które byłyby w jak największym stopniu porównywalne między wszystkimi krajami uczestniczącymi w programie i pomiędzy poszczególnymi badaniami. Zadbano także o to, aby badanie wykonane w 1999 r. było w możliwie

największym stopniu porównywalne z badaniem z 1995 r.

Planowanie badań i zbieranie danych zostało przeprowadzone w ścisłej współpracy badaczy z poszczególnych krajów. Każdy z nich był odpowiedzialny za zdobycie funduszy, a także za zebranie danych i ich przetworzenie. W Polsce badanie w 1999 r. zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a w 1995 r. także przez Biuro oraz przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Rząd Szwecji.

Dane zostały zebrane przy pomocy kwestionariuszy wypełnianych audytoryjnie przez losowo dobranych uczniów. Badaniu poddawano całe klasy szkolne. Badania prowadzili nauczyciele lub ankieterzy spoza systemu oświaty odpowiednio do tradycji badawczych poszczególnych krajów. Uczniowie odpowiadali na pytania ankiety anonimowo, wypełnione kwestionariusze wkładali do oddzielnych kopert, zaklejali je i w tej postaci zwracali osobie prowadzącej badanie. Anonimowość badań dotyczyła nie tylko poszczególnych uczniów, ale również klas i szkół. Oznacza to, że wyniki publikowane były w sposób uniemożliwiający identyfikację poszczególnych szkół. Wielkość prób uczniów poddanych badaniu różniła się znacznie w poszczególnych krajach, jednak większość oscylowała wokół zalecanego poziomu 2400 uczniów lub nawet go przekraczała.

Wszystkie kraje złożyły raporty przygotowane według standardowego formatu. Stały się one podstawą do opracowania międzynarodowego raportu, na którym opiera się niniejszy artykuł. Jego przedmiotem są międzynarodowe porównania wyników badania z 1999 r. z

badaniami z 1995 r. bazujące na danych z 21 krajów, które uczestniczyły w obu badaniach.

Wyniki

Analizy wskaźników używania narkotyków wśród młodzieży szkół średnich przeprowadzone w 1999 roku na podstawie wyników międzynarodowych badań ESPAD z 1999 r. i 1995 r. wykazały znaczny wzrost rozpowszechnienia tego zjawiska w ostatnich latach w naszym kraju. Znacząco wzrosły zarówno odsetki młodych ludzi podejmujących próby z narkotykami, jak i odsetki okazjonalnych użytkowników. W jeszcze większym stopniu zwiększyły się frakcje używających substancji względnie często, przynajmniej jeśli chodzi o najbardziej rozpowszechnioną substancję nielegalną, tj. przetwory konopi. Największy wzrost rozpowszechnienia eksperymentowania odnotowano w przypadku takich substancji, jak heroina do palenia (tzw. brown sugar) oraz amfetamina. Środkiem dominującym na scenie lekowej pozostają przetwory konopi, przynajmniej na poziomie eksperymentowania i okazjonalnego, rekreacyjnego używania. Znacznie rozpowszechnione jest też używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza.

Obecnie wyniki tego badania możemy zestawić z wynikami uzyskanymi w innych krajach, w których badanie ESPAD zrealizowano w 1995 r. i 1999 r. W efekcie porównań przekonamy się, w jakim stopniu trendy obserwowane w Polsce odzwierciedlają tendencje europejskie.

W Polsce, w 1999 r. używanie jakiegokolwiek substancji nielegalnej potwierdziło 18% badanych, co sytuuje nasz kraj na 9 miejscu wśród 21 krajów uczestniczących w badaniu w 1995 i

1999 (*wykres 1*). Najwyższym wskaźnikiem odznacza się Wielka Brytania (36%), najniższym - Cypr (3%). W ciągu ostatnich 4 lat w zdecydowanej większości krajów wskaźniki wzrosły, tylko w 4 krajach spadły. Wśród nich znalazły się kraje o najwyższym w 1995 r. rozpowszechnieniu tj. Wielka Brytania i Irlandia. W pierwszym z nich w 1995 r. jakąkolwiek substancję nielegalną używało 42% badanych w drugim z nich - 37%. Polska znalazła się w grupie krajów o znacznym wzroście. W 1995 r. w naszym kraju do używania jakiejkolwiek substancji przyznało się 9% uczniów. Wynik ten sytuował nasz kraj na 11 miejscu. W Polsce odsetek eksperymentujących z narkotykami podwoił się w czasie ostatnich czterech lat. Dość znaczny wzrost nastąpił też w Czechach, Słowenii i na Litwie. Warto zauważyć, że wszystkie kraje o największej dynamice wzrostu leżą w Europie Centralnej i Wschodniej. Większość tych krajów odznaczała się w 1995 r. nikłym rozpowszechnieniem. Wzrost w tych krajach w 1999 r. w połączeniu ze spadkiem w krajach o największym rozpowszechnieniu oznacza wyrównywanie się różnic, co można być interpretowane w kategoriach procesu kulturowej homogenizacji obserwowanego także na wielu innych wymiarach stylu życia.

Jeśli pozostaniemy na gruncie substancji nielegalnych, to najbardziej popularne wśród młodzieży szkolnej – praktycznie we wszystkich krajach – są przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz (*wykres 2*). Odsetki młodych ludzi, którzy sięgnęli chociaż raz po te substancje niewiele odbiegają od cytowanych już odsetków uczniów używających jakichkolwiek środków nielegalnych. Podobnie też układa się zróżnicowanie między krajami. Pod tym względem Polska młodzież niewiele odbiega od młodzieży z innych krajów. Rozpowszechnienie doświadczeń

z konopiami (14%) lokuje nasz kraj w środkowej strefie rankingu, na 9 miejscu. Najwyższe rozpowszechnienie notuje się w Wielkiej Brytanii i Czechach (35%) oraz Irlandii (32%), najniższe - na Cyprze (2%). Zmiany jakie obserwujemy w czasie ostatnich 4 lat są podobne do zmian wskaźnika doświadczeń z jakąkolwiek substancją nielegalną. W Polsce, podobnie jak w większości krajów obserwujemy wzrost. Skala tego wzrostu mieści się w zakresie szeroko pojętej średniej europejskiej. W 1995 r. 8% polskiej młodzieży potwierdziło używanie chociaż raz w życiu przetworów konopi. Oznacza to, że ostatnie cztery lata przyniosły wzrost wskaźnika o 75%. Największy wzrost odnotowano na Litwie, gdzie w 1995 r. odsetek wynosił 1%, a w 1999 r. - 12%. Znacznie wyższy niż w Polsce, bo ponad dwukrotny wzrost odnotowano na Słowacji – z 9% w 1995 do 19% w 1999 r. Innymi przykładami krajów o bardzo dużej skali wzrostu może być Słowenia – z 13% do 25%, czyli o ponad 90% czy Estonia – z 7% do 13% (o ponad 85%). Generalnie największe wzrosty obserwujemy w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Chociaż tendencja wzrostowa charakterystyczna jest dla większości krajów, to trzeba zaznaczyć, że w niektórych krajach nastąpił spadek. Jest on widoczny przede wszystkim w krajach, w których w 1995 r. rozpowszechnienie było największe, czyli w Wielkiej Brytanii i Irlandii. Spadek nastąpił także na Wyspach Owczych, Malcie i Cyprze.

Pierwsze próby z narkotykami należy traktować jako poważny sygnał ostrzegawczy, nie są one jednak tożsame z narkomanią. Dopiero powtarzane mogą doprowadzić do powstania problemu. Większość młodych ludzi, którzy mają za sobą pierwsze doświadczenia z substancjami nielegalnymi poprzestaje na nich, a tylko pewna część kontynuuje używanie narkotyków wchodząc do

grupy tzw. aktualnych, rekreacyjnych użytkowników. Proporcje młodych ludzi, którzy nie rezygnują z narkotyków przedstawiają się różnie, w różnych krajach. Dynamika ich zmian w ostatnich latach jest też zróżnicowana. Możemy zobaczyć to na przykładzie używania najbardziej rozpowszechnionej substancji nielegalnej, tj. marihuany, w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (wykres 3). Polska młodzież w 1999 r. pod względem tego wskaźnika lokuje się na szóstym miejscu wśród krajów, które zrealizowały badanie w 1995 r. i 1999 r. Najwyższą wartość wskaźnika odnotować trzeba w Wielkiej Brytanii - 24%, najniższą na Cyprze i na Wyspach Owczych - 1%. Zmiany w okresie 1995-1999 są silnie zróżnicowane. W znacznej części krajów odsetek używających przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem nie uległ większym zmianom. W Irlandii, a szczególnie w Wielkiej Brytanii nastąpił znaczący spadek. Polska znalazła się wśród czterech krajów o najsilniejszym wzroście. W 1995 r. 3% badanych używało marihuany w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, w 1999 r. już 7%. Oznacza to, że odsetek używających wzrósł grubo ponad dwukrotnie. Wzrost ten jest większy niż w przypadku używania przetworów konopi w czasie całego życia. Największy wzrost tego wskaźnika nastąpił w Słowenii – z 5% w 1995 r. do 13% w 1999 r. – tj. ponad 2,5 raza. Pozostałe dwa kraje o podobnie silnym wzroście to Czechy i Słowacja. Na tym przykładzie ponownie potwierdza się teza o szczególnie wysokiej dynamice problemu w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Wszystkie kraje o największych wzrostach wskaźników leżą w tym regionie.

Zobaczmy teraz jak przedstawia się używanie środków nielegalnych innych niż marihuana lub haszysz. Substancje nielegalne inne niż przetwory konopi, to szeroki wachlarz takich środków, jak heroina, kokaina, crack, amfetamina, LSD,

ecstasy itp. Wszystkie one, chociaż znacznie różnią się między sobą, odznaczają się tym, że są bardziej groźne niż marihuana, przynajmniej jeśli chodzi o niebezpieczeństwo powikłań zdrowotnych w wyniku ich używania. Wskaźnik analizowany poniżej skonstruowano w następujący sposób: jako używających chociaż raz w życiu substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi traktowano respondentów, którzy przyznali się, że chociaż raz w życiu użyli przynajmniej jednej z wymienionych wyżej substancji.

W zdecydowanej większości krajów europejskich doświadczenia z substancjami innymi niż przetwory konopi są, generalnie rzecz biorąc, stosunkowo mało rozpowszechnione (wykres 4). Polska w 1999 r. z wynikiem 11% znalazła się wśród trzech krajów o największym rozpowszechnieniu. Wyższy wynik notuje się tylko w Wielkiej Brytanii (12%), taki sam jak w Polsce uzyskano na Łotwie (11%). Najniższy odsetek używających substancji nielegalnych, innych niż konopie, występuje w Finlandii (2%). Tylko w 3 krajach w czasie ostatnich 4 lat wskaźnik obniżył się, w jednym utrzymał się na tym samym poziomie, w pozostałych krajach wzrósł. Tu również spadek odnotowuje się w Wielkiej Brytanii i w Irlandii, czyli krajach o najwyższym w 1995 r. rozpowszechnieniu. Polska znalazła się wśród krajów o najwyższej skali wzrostu. Najwyższą dynamiką wzrostu odznaczają się poza Polską - Litwa, Estonia i Czechy. Jeszcze w 1995 r. Polska należała do dużej grupy krajów o niskim rozpowszechnieniu 1-4%. Wyższe niż 4% wyniki uzyskano wówczas tylko w Wielkiej Brytanii (22%), Irlandii (16%) i we Włoszech (8%). W 1999 r. ten rozkład uległ znacznym zmianom i jest obecnie, jak to widać na wykresie, znacznie bardziej równomierny.

Już w 1995 r. polska młodzież znalazła się na pierwszym miejscu pod względem używa-

nia leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza z wynikiem 18% (wykres 5). Następna pod względem rozpowszechnienia była Litwa z odsetkiem 15%, a potem Czechy, Włochy i Dania z rozpowszechnieniem na poziomie 11%. W 1999 r. odsetek młodych Polaków sięgających po te leki nie uległ zmianie, także wynosił 18%. W tym samym czasie na Litwie nastąpił spadek do poziomu 12%, zaś w Czechach wzrost do 18%, co pod względem rozpowszechnienia zrównało czeską młodzież z młodzieżą naszego kraju. Kraje o najniższych wskaźnikach, to Ukraina (3%) i Estonia (2%). Generalnie w większości krajów pojawiła się tendencja do stabilizacji.

Wnioski

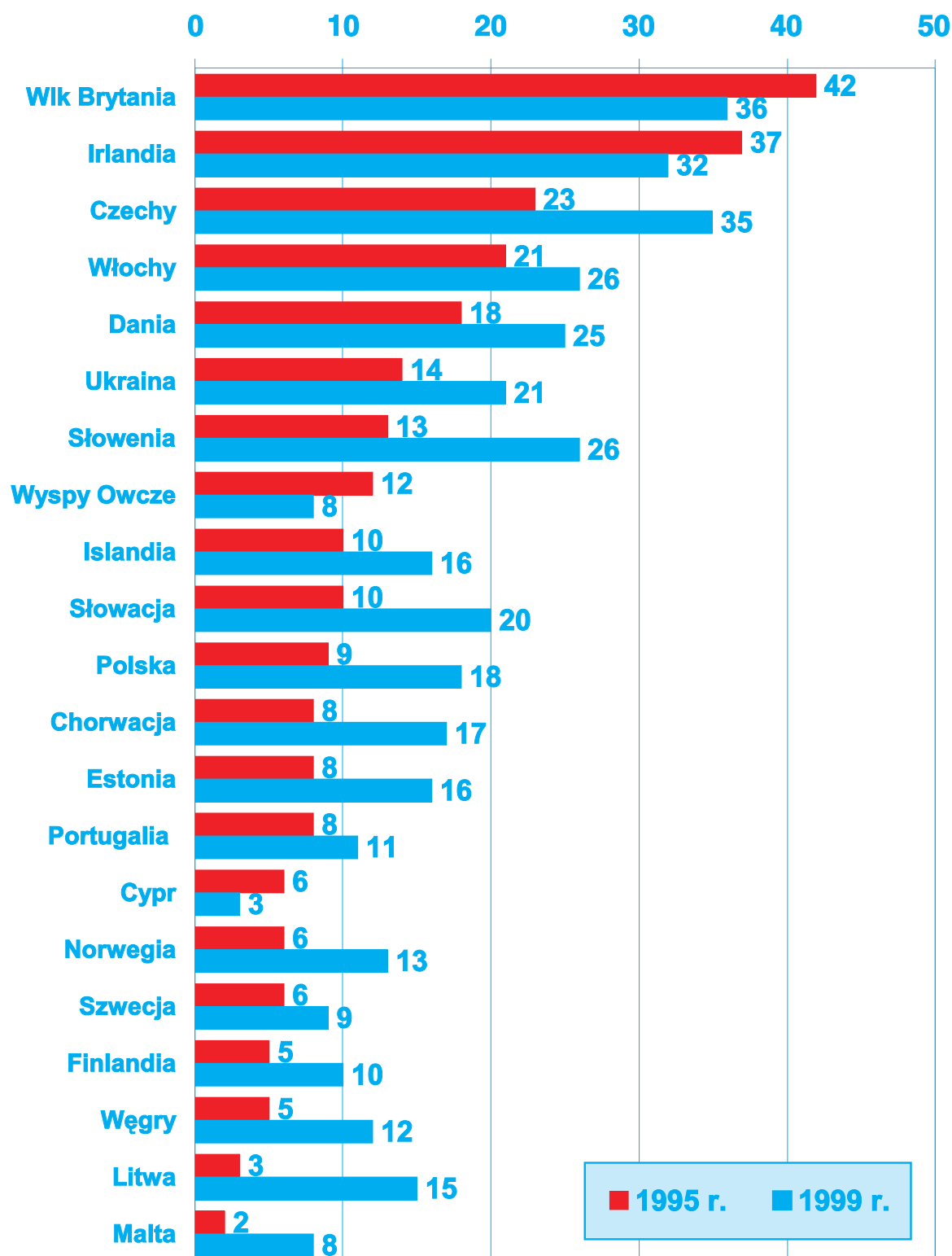
W 1999 r. polska młodzież pod względem większości wskaźników niewiele odbiegała od średniej dla wszystkich badanych krajów. To co ją wyróżnia - to zdecydowanie większe niż średnia rozpowszechnienie doświadczeń z lekami uspokajającymi i nasennymi bez przepisu lekarza oraz z substancjami nielegalnymi innymi niż przetwory konopi. Jeśli chodzi o leki, to już w 1995 r. znacznie przewyższaliśmy średnią europejską lokując się na pierwszym miejscu wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu. Znacznie większe niż średnia dla wszystkich krajów rozpowszechnienie doświadczeń z narkotykami innymi niż marihuana i haszysz jest efektem dynamiki ostatnich czterech lat. W 1995 r. znajdowaliśmy się wśród krajów o średnim lub nawet niższym niż średnie rozpowszechnieniu, w 1999 r. znaleźliśmy się w pierwszej trójce. Oznacza to, że polska młodzież wpisuje się w ogólny trend wzrostu zainteresowania narkotykami w sposób szczególnie destruktywny,

preferując środki bardziej groźne z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych. Potwierdzeniem tej tezy jest też znaczny wzrost w naszym kraju odsetka okazjonalnych użytkowników marihuany lub haszyszu, większy niż odsetka eksperymentujących z tymi substancjami i większy niż ma to miejsce w innych krajach.

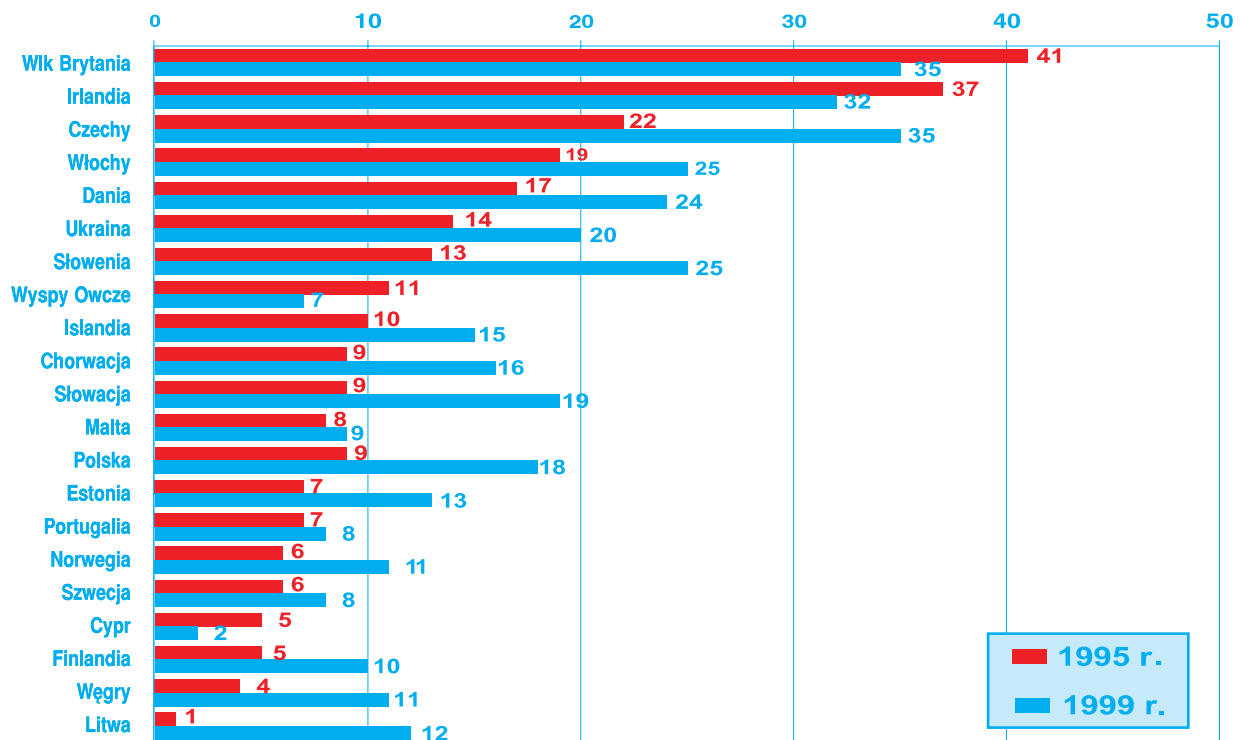
W świetle wszystkich wskaźników, popytu na narkotyki wśród młodzieży - jak dotychczas - nie udało się zahamować. Mało tego, zdaje się on kierować w stronę substancji szczególnie niebezpiecznych. Mogłoby się zatem wydawać, że wysiłek w osiąganiu efektu ograniczenia popytu na narkotyki był całkiem bezowocny. Stwierdzenie takie wydaje się nie w pełni uzasadnione. Trend wzrostowy obserwujemy w większości krajów europejskich. Nie wiadomo, czy gdyby nie podejmowano działań profilaktycznych, to tempo wzrostu popytu na narkotyki nie byłoby jeszcze większe.

Wyniki porównań międzynarodowych wskazują na potrzebę przemyślenia dotychczas obowiązującej strategii profilaktycznej. Warto rozważyć w szczególności modyfikację priorytetów. W Polsce dotychczas główny nacisk kładzie się na wczesną profilaktykę zaniedbując, jak się wydaje, działania skierowane na użytkowników substancji, którym daleko jeszcze do uzależnienia. Znaczne rozmiary grup silnie zaangażowanych w używanie substancji skłaniają do przemyślenia na nowo priorytetów w strategii prewencyjnej. Zastanowienia wymaga kwestia oferty dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych lub pijących często, w ilościach prowadzących do nietrzeźwości. Wielu z nich nie udało się przekonać do zmiany tego stylu życia, toteż konieczne wydaje się zadbanie o minimalizację szkód do jakich to może prowadzić.

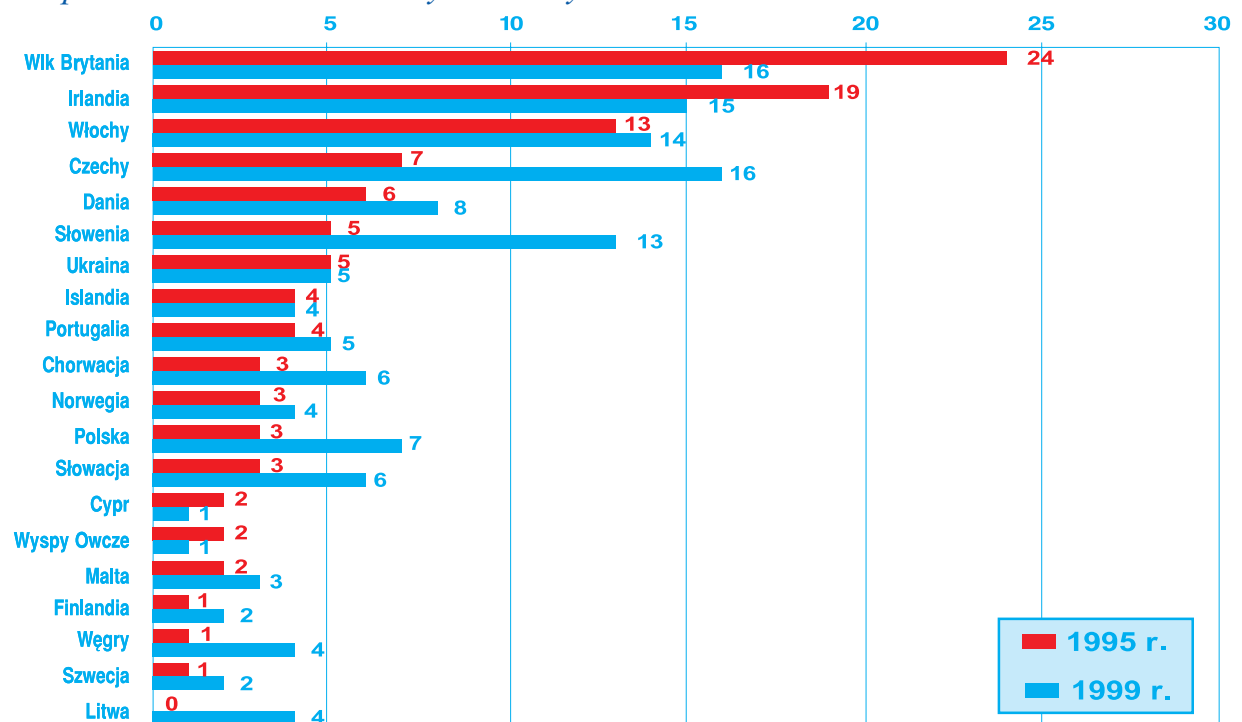
Wykres 1. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek środka nielegalnego



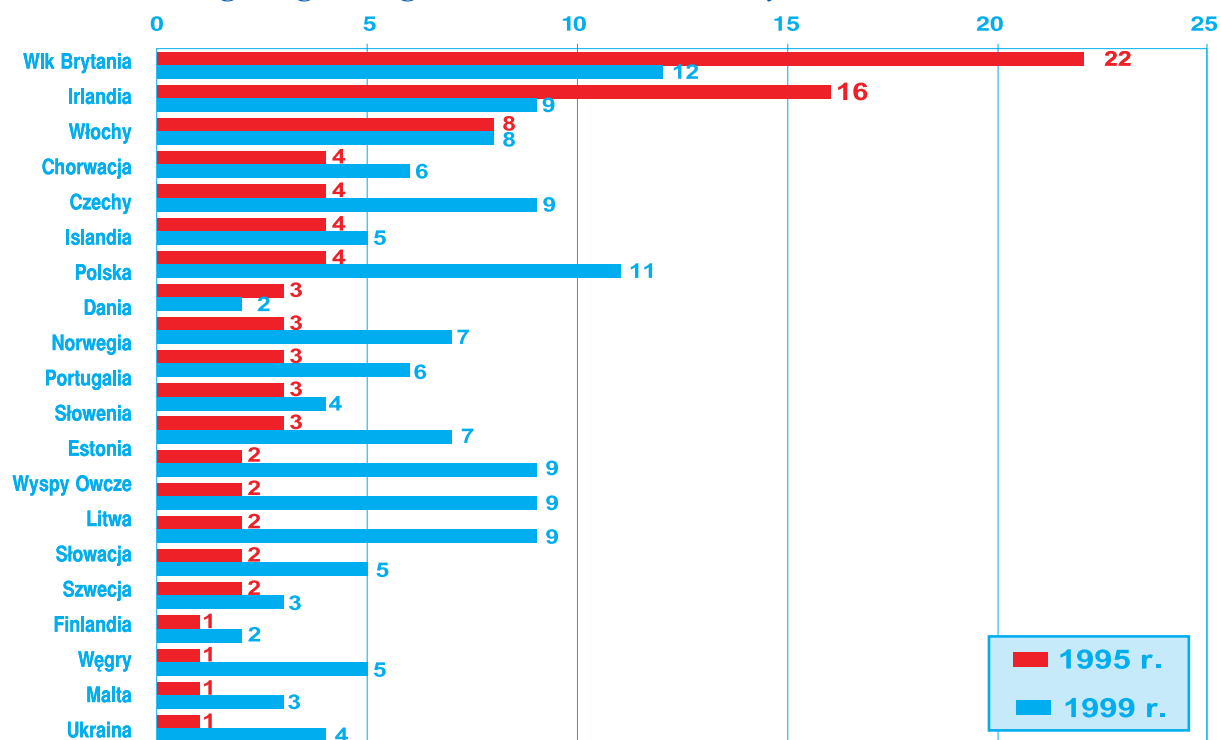
Wykres 2. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu marihuany lub haszyszu



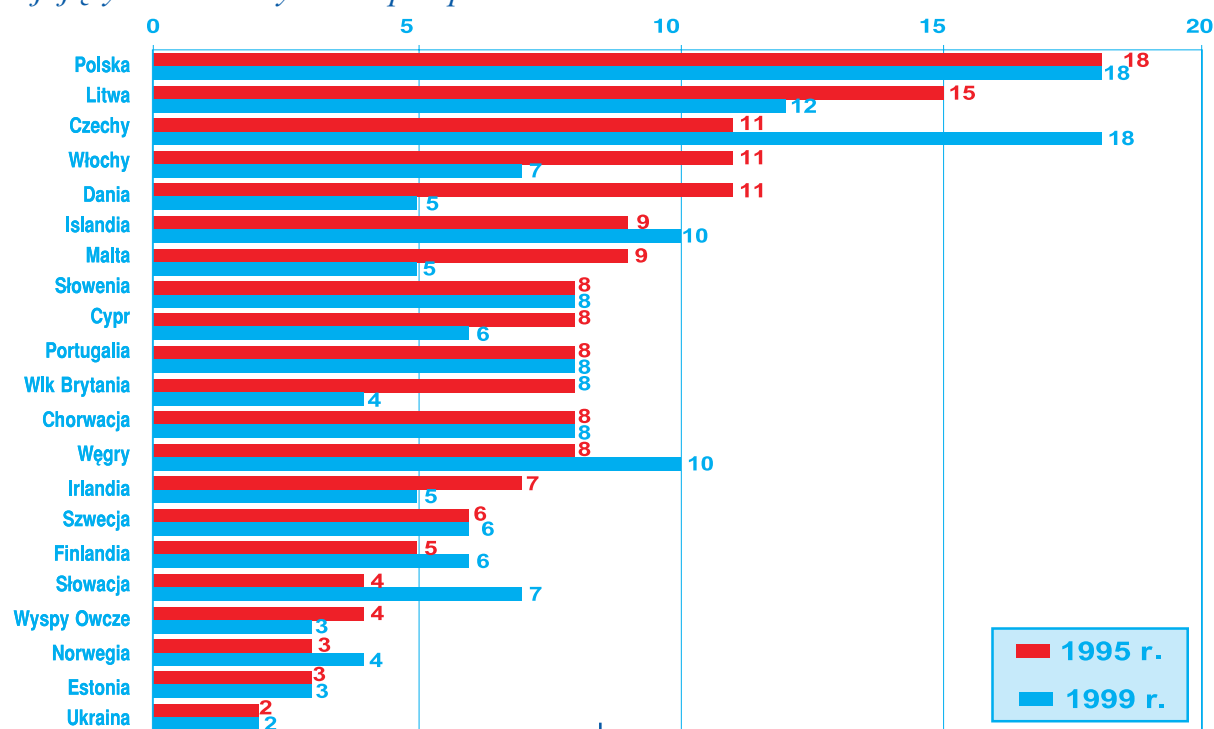
Wykres 3. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem marihuany lub haszyszu



Wykres 4. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek środka nielegalnego innego niż marihuana lub haszysz



Wykres 5. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza



W zmieniającej się rzeczywistości kulturowej młodzież wydaje się iść w czołowiec zmian. Można zatem oczekiwać, że kwestia używania substancji nielegalnych przez młodzież także podlegać będzie znacznej dynamice. Głównym celem badania ESPAD było dostarczenie dających się porównać oszacowań na temat picia alkoholu i używania narkotyków wśród uczniów w Europie. Jednak najważniejszym,

długoterminowym celem jest porównanie trendów w różnych krajach. Dlatego planowane jest kontynuowanie badań w latach następnych. Najbliższe badanie przewidziano na 2003 r., tak więc już niebawem będziemy mogli się przekonać, czy w Polsce utrzyma się nadal trend wzrostowy.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

WIZYTA DYREKTORA EUROPEJSKIEGO CENTRUM INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANACH (EMCDDA) W POLSCE

Wstęp

Od kilku lat trwają w Polsce dyskusje na temat uruchomienia Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii współpracującego z Europejskim Centrum, którego siedzibą jest Lizbona. Decyzją Ministra Zdrowia zadania Krajowego Centrum tzw. *focal point* pełni obecnie wyodrębniona w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii komórka organizacyjna.

W pierwszych dniach czerwca gościł w Polsce dyrektor Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (EMCDDA) – Georges Estievenart. Wizyta miała charakter roboczy i odbyła się na zaproszenie Krzysztofa Tronczyńskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Celem wizyty było dokonanie oceny w zakresie możliwości i ograniczeń Polski w pod-

jęciu współpracy z Europejskim Centrum oraz siecią Retoix skupiającą krajowe centra państw członkowskich Unii. W szczególności koncentrowano się na 2 zagadnieniach.

Po pierwsze starano się ocenić jakie są możliwości naszego kraju w zakresie gromadzenia danych wg ustalonych przez EMCDDA standardów dotyczących rozpowszechnienia i konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków.

Po drugie próbowano określić warunki technicznej współpracy pomiędzy Polską a Europejskim Centrum oraz zakres i obszar ewentualnej pomocy.

Z Dyrektorem Europejskiego Centrum spotkał się m.in. Krzysztof Tronczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz Barbara Labuda, Podsekretarz Stanu w Kancelarii Prezydenta RP. W ciągu 4 dni wizyty odbyło się także szereg roboczych spotkań z przedstawicielami instytucji i resortów odpowiedzial-

nych za przeciwdziałanie narkomanii, parlamentarzystami oraz przedstawicielami organizacji pozarządowych.

W skład delegacji EMCDDA wchodził także ekspert zajmujący się poszczególnymi obszarami problemowymi, Alexis Goosdeel – dyrektor departamentu odpowiedzialnego za wdrożenie programu przygotowującego państwa ubiegające się o członkostwo w UE do przystąpienia do Europejskiego Centrum, R. Hartnoll odpowiedzialny za badania epidemiologiczne, oraz J. M. Costes - dyrektor francuskiego Centrum Informacji.

Poniżej zamieszczamy wywiad, którego udzielił dyrektor Europejskiego Centrum – Georges Estievenart oraz dyrektor departamentu odpowiedzialnego za podjęcie współpracy z krajami aspirującymi do członkostwa w Unii – Alexis Goosdeel.

• Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii zostało powołane do życia w 1993 r. przez państwa członkowskie Unii Europejskiej. Jakie były powody utworzenia takiej instytucji? Jak Centrum rozwijało się na przestrzeni 8 lat?

G.E. W późnych latach 80. państwa członkowskie zrozumiały, że problemu narkotykowego nie można rozpatrywać w sposób izolowany, wyłącznie na płaszczyźnie poszczególnych krajów. Coraz więcej osób, które miały wpływ na politykę przeciwdziałania narkomanii podejmowało wspólne rozmowy na temat narkotyków. Zrozumiano, że pierwszym krokiem powinno być powołanie instytucji, która będzie monitorować i prezentować aktualną sytuację w zakresie narkotyków w krajach Unii Europejskiej, a wcześniej wspólnoty europejskiej. Planowano, że Centrum będzie pomoc-

ne w podejmowaniu decyzji w obszarze ochrony zdrowia. Chodziło o to, aby w oparciu o wiarygodne informacje lepiej planować polityczne działania oraz skuteczniej przeciwdziałać narkomanii.

W rozwoju Centrum można wyróżnić kilka etapów. W pierwszym okresie głównym zadaniem było zgromadzenie szczegółowych informacji, które do tej pory były dostępne jedynie na poziomach krajowych. Sprawdzało się też czy jest możliwe ustanowienie centrów krajowych, tzw. *focal point*, które mogłyby być użyteczne dla wspólnoty europejskiej. Podczas pierwszych lat funkcjonowania powyższe kwestie zdominowały nasze działania. Znalazło to odzwierciedlenie w corocznych raportach, które były publikowane na temat sytuacji narkotykowej w Europie. Obecna druga faza to nie tylko zbieranie i analizowanie danych przekazywanych do Centrum przez państwa członkowskie, ale to także działania na rzecz harmonizacji sposobu, w jaki dane te są gromadzone w poszczególnych krajach. Jest to trudne zadanie. Wymaga nie tylko postępu technicznego w sposobach gromadzenia i rozpowszechniania danych przez państwa, ale przede wszystkim ze względu na decyzje polityczne, które w tej fazie muszą być podjęte.

Takie decyzje Komisja Europejska podjęła w 2000 r. podczas spotkania w Portugalii. Uchwalono wówczas, że należy zharmonizować 5 podstawowych wskaźników w obszarze problemów narkotykowych na poziomie Unii Europejskiej. Obecnie dyskutujemy, jak wdrożyć tę decyzję w życie, jaki powinien być wkład Europejskiego Centrum, jaki powinien być wkład państw członkowskich w wyprodukowanie zharmonizowanych danych. Tak więc proces zbierania, analizowania i harmo-

nizowania sposobów gromadzenia informacji systematycznie rozwija się.

Chciałbym też zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt sprawy. Poprzez europejską integrację państwa członkowskie zostały pod wieloma względami „wrzucone do jednego worka”.

Dotyczy to także obszaru narkomanii, w którym poszczególne kraje mają wiele podobnych problemów, jak np. syntetyczne narkotyki, w zakresie których sytuację należy ocenić jako krytyczną.

Wspólne problemy oznaczają, że powinniśmy szukać wspólnych odpowiedzi. Do tego musimy mieć właściwe podstawy, by prawidłowo ocenić sytuację i podjąć właściwe decyzje. Z doświadczeń wynika, że większe skupienie się na sposobach w jakich państwa członkowskie zbierają informacje oznacza większe skupienie się na polityce i nastawienie na rozwiązanie problemu. Sądzę, że upowszechnianie wiedzy na ten temat w ostatecznym rozrachunku doprowadzi do ujednoczenia polityki antynarkotykowej. To nie spowoduje pełnej uniformizacji strategii zapobiegawczych, ale przyczyni się do wypracowania wielu wspólnych elementów. Zatem, jeśli już jest polityczna wola harmonizowania zbierania informacji to oznacza, że w perspektywie jest myślenie o wspólnym rozwiązywaniu problemu.

• ***Jakie są obecnie główne obszary zainteresowania Europejskiego Centrum?***

G.E. W 1993 r., kiedy zostało utworzone Centrum zakładano, że powinno ono objąć wszystkie zakresy problemu nielegalnych narkotyków i że należy skoncentrować się na następujących priorytetach: 1) redukcji popytu, 2) narodowych i lokalnych strategiach oraz aktywności politycznej, 3) międzynarodowej

współpracy oraz geopolityce podaży, 4) kontroli handlu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami 5) ekonomicznymi implikacjami zjawiska narkotyków na producentów, konsumentów, kraje tranzytowe (w tym pranie brudnych pieniędzy). Wymienione obszary obejmują cały zakres narkotykowego problemu, jednak trudno było zająć się nimi wszystkimi w tym samym czasie. Dlatego też zdecydowano, że w pierwszym roku należy koncentrować się na redukcji popytu. Decyzję taką podjęto z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że kwestia ta była zaniedbana w przeszłości. Koncentrowano się głównie na zbieraniu danych w aspekcie przestrzegania prawa, a nie na redukcji popytu. Po drugie ustalono, że należy wprowadzić w polityce przeciwdziałania narkomanii bardziej zrównoważone podejście pomiędzy redukcją popytu a redukcją podaży. To jest długi proces, nad którym pracujemy od wielu lat. Obecna, druga faza, o której mówiłem wcześniej, także sprzyja temu procesowi.

Po doświadczeniach pierwszych lat w 2000 r. zdecydowano, że należy objąć wszystkie zakresy aktywności, które zostały przewidziane w dyrektywie powołującej Centrum. Obecnie wdrażamy 4 duże programy.

Pierwszy program polega na monitorowaniu sytuacji w aspekcie substancji, jakie są używane w różnych krajach. W tym zakresie istnieje wiele podobieństw, ale także występują pewne różnice.

Program drugi dotyczy monitorowania polityki zdrowotnej i ma na celu rozpoznanie kwestii związanych z prewencją, leczeniem, rehabilitacją, readaptacją i redukcją szkód, a także oceny jak wygląda dostępność do tych form, jaki jest ich zakres oraz potrzeba rozwijania.

Posiadamy też specjalny program ukierunkowany na narkotyki syntetyczne, które stanowią nowe wyzwanie w krajach piętnastki. Dążymy do tego, aby powstał system wczesnego ostrzegania i oceny ryzyka związanego z używaniem nowych, syntetycznych narkotyków pojawiających się na rynku, który wiązałby proces zbierania danych z naukową oceną ryzyka związanego z ich używaniem. W efekcie takich działań powinny zostać podjęte polityczne decyzje dotyczące objęcia tych substancji kontrolą oraz wprowadzenia innych kroków zaradczych.

Ostatni z programów, ukierunkowany jest na monitorowanie strategii, narzędzi i mechanizmów koordynacji w różnych krajach. Umożliwia on wymianę doświadczeń oraz opracowanie instrumentów potrzebnych do ewaluacji wpływu podejmowanych działań na sytuację w zakresie problemu narkotykowego, szczególnie w ramach planu działania przyjętego przez UE na lata 2000-2004.

Mamy zatem program na 5 lat, który powinien przyczynić się do realizacji celów przedłożonych przez UE czyli zmniejszenia rozpowszechnienia używania nielegalnych narkotyków, szczególnie wśród młodych ludzi poniżej 18 roku życia, zmniejszenia przypadków śmierci i szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków, zwiększenia liczby osób, które z sukcesem zakończyły leczenie, zmniejszenia liczby przestępstw związanych z narkotykami, zmniejszenia dostępności do nielegalnych środków odurzających, zmniejszenia rozmiarów prania brudnych pieniędzy oraz handlu prekursorami.

Mamy nadzieję, że przyjęty program umożliwi krajom członkowskim oraz tym, które zostaną przyjęte do Europejskiego Centrum, osiągnięcie wytyczonych celów. Równocześnie oczekujemy, że wyniki ewaluacji programu po-

zwolą przygotować następny program, na kolejne lata, z realnie określonymi jakościowymi i ilościowymi celami.

• *Biorąc pod uwagę różne rozwiązania prawne przyjęte w poszczególnych krajach wydaje się, że porównywanie danych i tworzenie spójnego obrazu jest przedsięwzięciem bardzo trudnym. W jaki sposób Europejskie Centrum próbuje rozwiązywać te problemy?*

G.E. Tak, to prawda. W związku z tymi różnicami spotykamy się z pewnymi ograniczeniami. Dlatego też jednym z podstawowych zadań Europejskiego Centrum jest poprawa w zakresie porównywalności zbieranych danych w krajach członkowskich czy też uczestniczących w pracach Centrum. W programie na lata 2000-2004 ustalono, że w 5 podstawowych wskaźnikach dotyczących rozpowszechnienia i konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków dane będą zbierane w sposób zapewniający porównywalność. Dla każdego z wskaźników został opracowany standard dotyczący zakresu i sposobu zbierania, analizy i raportowania danych. Te 5 wskaźników, w zakresie których uzyskano consensus to:

- używanie narkotyków w ogólnej populacji,
- oszacowanie rozpowszechnienia problemowego używania narkotyków,
- choroby zakaźne związane z używaniem narkotyków – HIV, HBV, HCV,
- zgony związane z używaniem narkotyków,
- zapotrzebowanie i zgłaszalność do leczenia.

• *Mówił Pan o konieczności wypracowania bardziej zrównoważonego podejścia pomiędzy działaniami na rzecz redukcji popytu i redukcji podaży. Jak Pan ocenia, czy wysiłki skierowane na wypracowanie takiej strategii przy-*

noszą oczekiwane rezultaty? Czy w tym zakresie występują istotne, korzystne zmiany?

G.E. Rozpatrując rzecz w kategoriach politycznych, sądzę że obecnie w krajach Unii kładzie się zdecydowanie większy nacisk na redukcję popytu, w tym na działalność profilaktyczną jako kluczową część polityki antynarkotykowej. W ramach działań na rzecz redukcji popytu duże znaczenie ma także ograniczanie szkód zdrowotnych oraz społeczny i medyczny aspekt problemu.

W przeszłości dużo większą wagę przypisywano do aktywności struktur porządku publicznego. Aktywności, która często skierowana była nie tylko przeciwko handlarzom narkotyków, ale także przeciwko konsumentom. Obecnie w większości krajów dokonuje się zdecydowanego rozróżnienia pomiędzy tym, co należy do obszaru używania i posiadania narkotyku na własny użytek a tym co jest handlem, w szczególności handlem na międzynarodowym poziomie. W tym ostatnim aspekcie nacisk kładziony jest na przestrzeganie prawa. To jest realna zmiana, która dokonała się w krajach Unii w przeciągu ostatnich 10 lat.

• W jakim zakresie strategia oparta na bardziej zrównoważonym podejściu między działaniami na rzecz redukcji popytu i podaży jest rozwijana w krajach Centralnej i Wschodniej Europy?

G.E. Trudno jest porównać sytuacje w krajach UE oraz Centralnej i Wschodniej Europy. Wiadomo, że kraje waszego regionu są ważnym szlakiem tranzytowym w międzynarodowym handlu narkotykami pomiędzy Azją a Europą Zachodnią. Oznacza to bardzo specyficzne problemy. Ponadto w tej części Europy

w latach 60. i 70. narkotyki nie były rozważane w kategoriach problemu, w związku z czym nie sformułowano silnego i wyraźnie określonego sposobu walki w tym obszarze. Dlatego teraz niektórzy chcą wzmocnić działania ukierunkowane na przestępczość narkotykową, a aktywność struktur porządku publicznego jest częścią tych działań. Równocześnie inne bardzo ważne pytania dotyczące wzorów używania, przyczyn sięgania po narkotyki, tendencji w tym zakresie – oczekują na znalezienie lub pogłębienie odpowiedzi. Sądzę, że w tych obszarach możemy pracować razem. Są to kwestie, w badaniu których jesteśmy trochę bardziej zaawansowani. To są ważne powody, dla których warto zacieśniać współpracę.

Należy także brać pod uwagę bardzo istotny fakt, że w przyszłości kraje UE będą poszerzały współpracę z krajami spoza Unii w związku z nieuniknionymi zmianami politycznymi. Dzięki rozmowom i spotkaniom, w których mogłem uczestniczyć podczas wizyty w Polsce dowiedziałem się jak ogromne problemy mają również takie kraje, jak np. Rosja, która aktywnie poszukuje współpracy z Polską w obszarze redukcji popytu. Dla UE są to nowe i dynamicznie kształtujące się aspekty sprawy, które należy brać pod uwagę formułując odpowiedzi na problem.

• Obecnie z Europejskim Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii współpracuje 16 krajów (15 krajów Unii oraz Norwegia – przyp. red.), które utworzyły własne Centra. Jakie trudności zwykle występowały na etapie ich powstawania? Które z tych trudności wydają się mieć uniwersalny charakter?

A.G. Gdy 6 lat temu Europejskie Centrum rozpoczęło swoją działalność nie było żad-

nego odpowiedniego modelu w tym zakresie. Przez wiele osób krajowe centra były spostrzegane w kategoriach dodatkowego warunku rekrutacji postawionego przez Komisję Europejską. Niektóre kraje przyjmowały postawę bierną wyrażającą się w oficjalnym powołaniu Centrum i przekonaniu, że jest on głównie potrzebny UE. Upraszczając można powiedzieć, że niekiedy spotykaliśmy się z postawą wyrażającą się w stwierdzeniu „chcieliście mieć focal point, więc go utworzyliśmy, reszta nas nie interesuje”. Ryzyko wystąpienia takiego podejścia istnieje także dzisiaj. Dlatego jednym z ważnych powodów naszej wizyty było wyjaśnienie tej kwestii i wskazanie, że powołanie krajowego centrum to nie kwestia dodatkowych warunków stawianych przez Komisję Europejską. Zależy nam aby wskazać, że krajowe centrum może być dla Polski użytecznym narzędziem, służącym rozwiązywaniu konkretnych problemów. Narzędziem, w którego rozwój warto zainwestować.

Inny często występujący problem, który wydaje się wart podkreślenia, to brak współpracy pomiędzy podmiotami i instytucjami odpowiedzialnymi za gromadzenie danych w różnych obszarach. Krajowe centra należy traktować w kategoriach systemu, w którym bardzo ważną rolę odgrywa sieć współpracujących ze sobą ludzi i instytucji.

G.E. Nawet w Centrum w Lizbonie przez pierwsze 2-3 lata istniało nieporozumienie na temat roli krajowych *focal point*. Uważano, że samo centrum powinno produkować na poziomie krajowym wszystkie informacje. Obecnie wiemy, że nie na tym polega jego rola. Jego zadaniem jest przede wszystkim zbieranie danych od priorytetowych instytucji zajmujących się ich gromadzeniem. Najczęściej leży to w

gestii naukowych instytutów i ciał administracyjnych. Jest to zatem przede wszystkim rola koordynująca czy też animująca. Dlatego bardzo ważną kwestią jest posiadanie przyzwolenia prawnego zarówno na poziomie politycznym jak i finansowym. Należy dążyć do tego, aby centrum było silnie związane z krajowym ośrodkiem koordynacyjnym (np. Krajową Radą do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii – przyp. red.). Tylko takie rozwiązania umożliwiają uzyskiwanie danych od różnych odpowiedzialnych instytucji. Reasumując, jest to o wiele bardziej skomplikowany system niż nam się wydawało na początku, kiedy sądziliśmy, że wystarczy zorganizować zespół badaczy, posiadać odpowiednią bazę lokalową oraz zaplecze techniczne. Obecnie wiemy, że krajowe centrum nie wytwarza informacji, a raczej je zbiera, analizuje i organizuje. Wymaga to współpracy z wieloma różnymi podmiotami.

A.G. Nasza rola jako Europejskiego Centrum polega na tym, aby przekazywać krajom tworzącym i rozwijającym swoje centra użytecznych informacji i instrukcji pozwalających uniknąć wielu błędów, które my popełniliśmy wcześniej tworząc Europejskie Centrum. Każdy kolejny krajowy *focal point* powinien stać się częścią europejskiej sieci Retoix. Dla nas ważne jest, że silne i dobrze pracujące centra krajowe dostarczają użytecznych informacji dla Europejskiego Centrum i wspólnoty państw europejskich.

• Przyjęcie jakich rozwiązań organizacyjnych i regulacji prawnych sprzyja skutecznemu funkcjonowaniu krajowych centrów?

G.E. W różnych krajach zostały przyjęte różne rozwiązania. Przede wszystkim trzeba

mieć poparcie władzy, która poprzez zapisy prawne jest zdolna wprowadzić pewne konkretne rozwiązania. Europejskie Centrum powstało na mocy rozporządzenia Rady EWG (w 1993 r. EWG przekształciło się w UE - przyp. red.). Taka regulacja stanowi bardzo silny instrument w UE. Sądzę, że na poziomie narodowym sytuacja wygląda podobnie. Optymalne rozwiązanie to takie, w którym instytucje te powstają w oparciu o odpowiednie zapisy prawne. Jeśli nie zostaną wprowadzone odpowiednie zmiany legislacyjne, to warunkiem niezbędnym do powołania wymienionych instytucji jest wola i decyzja polityczna. Wówczas, krajowe centrum powinno być powiązane z ciałem koordynacyjnym zajmującym się problemem narkotyków na najwyższym możliwym poziomie władzy. Przyjęcie takiego rozwiązania także daje pewne usankcjonowanie prawne dla powołania i funkcjonowania centrum. Jeśli ciało o charakterze międzyresortowym podejmuje decyzję i wyznacza odpowiednią instytucję do pełnienia zadań krajowego centrum współpracującego z Europejskim Centrum oznacza to, że inne instytucje będą musiały uczestniczyć w jego pracach i dostosować procedury zbierania danych do obowiązujących wymogów w tym zakresie. Osobiście sądzę, że jeśli jedno ministerstwo jest odpowiedzialne za zbieranie danych, to należy się liczyć z poważnymi trudnościami we współpracy z innymi priorytetowymi instytucjami. Jeśli zagadnienia te znajdują się np. wyłącznie w gestii Ministerstwa Zdrowia, to będzie bardzo trudno współpracować z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych. Jeśli jest to możliwe, należy dążyć do ustanowienia ciała koordynującego, umiejscowionego blisko najwyższej siły politycznej kraju np. premiera czy prezydenta. Takie rozwiązanie jest zasadniczo lepsze, ponieważ wówczas wszystkie re-

sorty są zobowiązane podjąć współpracę. Ale tak jak powiedziałem na początku, istnieją w tym zakresie różne modele i rozwiązania.

A.G. Chciałbym podkreślić jeszcze dwie kwestie. Kiedy zdecydujemy się już zbierać informacje, to należy zadbać o dokładne określenie celu zbierania danych. W wielu krajach mogliśmy obserwować sytuacje, w których np. instytucje lecznicze nie chciały przekazać informacji policji, ponieważ myślały, że policja chce te placówki w jakiś sposób sprawdzać czy też, że przekazane dane epidemiologiczne będą służyły do oceny ich działalności merytorycznej, co mogłoby mieć wpływ na wysokość dotacji budżetowej.

Kolejna trudność polega na tym, że jeśli chcemy mieć partnerów do współpracy, uzyskiwać nie tylko wypełnione kwestionariusze, ale mieć gwarancję ich jakości, to nie możemy tylko zobowiązać instytucji leczniczych czy jakichkolwiek innych do wypełnienia kwestionariusza i przesłania go do krajowego centrum. Takie podejście jest zdecydowanie niewystarczające. Zawsze powinniśmy pamiętać, że jest to wymiana informacji i że dla naszego partnera powinniśmy być absolutnie czytelni odnośnie celów i sposobów wykorzystania danych. Jeśli pokażemy instytucjom, że zbieranie danych przynosi również korzyści im samym, to można wówczas podjąć negocjacje w sprawie szczegółowych kwestii i dążyć do wykreowania sytuacji, w której każdy z uczestników coś wygrywa, odnosi jakieś korzyści. Jeśli np. leczniczą instytucję, psychologa czy lekarza chcemy zobowiązać do wypełnienia kwestionariusza po zakończonej terapii często okazuje się to bardzo trudne, szczególnie jeśli nie posiadamy odpowiednich środków finansowych. Można jednak znaleźć rozwiązanie tego problemu np. dając tym placówkom odpowiednie narzędzia np. format Excela lub Accessa, aby samodzielnie propowa-

dzali dane. W niektórych państwach członkowskich UE instytucje lecznicze same formułują raporty na temat swojej aktywności, które stanowią ważny argument przy ubieganiu się o środki finansowe na działalność placówki, co znacznie zwiększa motywację do współpracy z nami. Oczywiście, zawsze można powiedzieć, że są to lecznicze instytucje, finansowane z publicznych funduszy, a zatem dane mają publiczny charakter i powinny być dostarczane do krajowego centrum. Wówczas mamy do czynienia wyłącznie z formalnym zobowiązaniem, a to jest tylko jedna i niewystarczająca część tego, czego naprawdę potrzebujemy. Aby system zbierania danych rzeczywiście pracował, potrzebujemy wspomnianego formalnego zobowiązania oraz negocjacji. Sądzę, że w Polsce kwestie powyższe są dobrze rozumiane przez Ministerstwo Zdrowia. W trakcie wizyty w Polsce wielokrotnie podkreślano konieczność ustawowego mianowania Krajowego Centrum przez Radę Ministrów, co ułatwiłoby negocjacje z wieloma innymi priorytetowymi partnerami jak Policja, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji czy Ministerstwo Edukacji Narodowej.

• Czy Europejskie Centrum realizuje jakiś specyficzny program w krajach Europy Centralnej i Wschodniej uwzględniający potrzeby i oczekiwania tych państw?

A.G. To jest właśnie druga, ważna przyczyna naszej wizyty w Polsce. W marcu br. Komisja Europejska podpisała projekt, którego celem jest przygotowanie państw ubiegających się o członkostwo w UE do przystąpienia do Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Głównym celem tego projektu jest określenie warunków technicznej współpracy. Chcielibyśmy wspólnie z polskimi profesjonalistami ustalić, ja-

kie są możliwości Polski w gromadzeniu danych w każdym z ustanowionych wskaźników w Planie Działania na lata 2000-2004. Jednym słowem zależy nam na określeniu jakie są możliwości Polski, a jakie ograniczenia we wniesieniu swojego wkładu do aktywności Europejskiego Centrum. Wspólnie z polskimi ekspertami analizujemy, które informacje są już dostępne, co można zrobić, aby były lepiej wykorzystywane w planowaniu konkretnych działań, w jaki sposób je prezentować, aby były czytelne i użyteczne zarówno dla tych, którzy podejmują polityczne decyzje, jak i dla przeciętnego czytelnika zainteresowanego problematyką narkomanii.

W przeszłości w Europejskim Centrum popełniliśmy błąd w sposobie prezentowania wyników naszych badań i analiz. Odbiorcy, wśród nich także ci, którzy podejmują polityczne decyzje, po przeczytaniu naszego raportu mieli wiele pomysłów i wyobrażeń na temat problemu, ale nie mieli sformułowanych najważniejszych idei, konkluzji i wniosków. Dlatego obecnie przywiązujemy dużą wagę do sposobu prezentowania analiz. Zawsze zawieramy podsumowanie dla każdego z omawianych celów. I tak na przykład jeśli weźmiemy pod uwagę „zmniejszenie szkód zdrowotnych i przypadków śmierci z powodu używania narkotyków” to wskaźnikami mówiącymi nam o realizacji zaplanowanego celu są dane dotyczące zakażeń HIV, AIDS, HCV, HBS, gruźlicy wśród osób używających narkotyków. Staramy się, w aspekcie tak gromadzonych danych, przedstawić analizę dotyczącą zapotrzebowania na leczenie i jego optymalnego zakresu. To jest bardzo ważne, aby gromadzić, zbierać dane ze względu na określone cele i prezentować je w kontekście określonych potrzeb.

G.E. Ważnym celem naszej wizyty, jest także zdefiniowanie zakresu i obszaru pomocy ja-

kiej powinno udzielić Polsce Europejskie Centrum. Oferta tej pomocy może być bardzo szeroka, począwszy od programów szkoleniowych dla jednostek, instytucji zajmujących się gromadzeniem danych, poprzez adaptację oprogramowania niezbędnego dla zbierania informacji zgodnie z ustalonymi wskaźnikami, może też polegać na zaproszeniu polskich ekspertów do pracy w grupach roboczych Europejskiego Centrum zajmujących się analizą konkretnych problemów. Ustalenie tych szczegółowych kwestii zależy od waszych potrzeb i priorytetów. Chcielibyśmy podpisać z Polską umowę na następne 3 lata, w trakcie których mamy nadzieję, że wspólnie wypra-

cujemy standardy w zakresie zbierania, analizowania i oceniania informacji, przystające do kryteriów Europejskiego Centrum.

Ponadto do końca bieżącego roku planujemy opublikować obszerny raport na temat sytuacji w zakresie narkomanii w krajach Europy Centralnej i Wschodniej. Rozmowy i informacje, które uzyskujemy podczas tej wizyty przybliżają nam te zagadnienia.

• *Dziękuję za rozmowę.*

*Wywiad przeprowadziła Bogusława Bukowska
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

BADANIA MOKOTOWSKIE – 2000 r.

Kiedy cztery lata temu publikowaliśmy w Serwisie Informacyjnym wyniki badań z lat 1984-1996, obraz trendów w używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież ze szkół Mokotowa był jednoznaczny. Wskaźniki używania przez młodzież substancji psychoaktywnych zdecydowanie rosły (Ostaszewski 1998). Od końca lat 80. do roku 1996 na Mokotowie systematycznie zwiększały się odsetki 15-latków pijących alkohol i upijających się. Zmniejszała się grupa niepijących. Wyraźnie wzrastał również odsetek młodzieży eksperymentującej z narkotykami, a jednocześnie zwiększała się dostępność i popularność tych substancji w kręgach młodzieży. W tym okresie zwiększyły się również wskaźniki dotyczące palenia papierosów i przyjmowania leków uspokajających. Podobne tendencje, świadczące o upowszechnianiu się wśród młodzieży mody na używanie substancji psychoaktywnych, zostały również

zaobserwowane w badaniach i sondażach ogólnopolskich. Wielu specjalistów wiązało te niekorzystne zmiany w stylu życia młodzieży z procesami przemian społeczno-politycznych zachodzących w naszym kraju, kryzysem rodziny oraz upowszechnianiem się konsumpcyjnej kultury masowej (por. m.in. PARPA 1998).

W październiku 2000 roku miała miejsce kolejna edycja badań. Podobnie jak w poprzednich edycjach, zostały one przeprowadzone metodą audytoryjną przez przeszkolonych ankieterów spoza szkoły, przy zachowaniu instrukcji zapewniającej anonimowość odpowiedzi uczniów, klas oraz szkół. Grupę badaną stanowili uczniowie (N=2492) rozpoczynający naukę w szkołach ponadpodstawowych (wiek 15 lat) dawnego Mokotowa¹. Przeprowadzenie badań w 2000 roku umożliwiło nam „uchwycenie” zmian zachodzących w drugiej połowie lat 90.

Poniżej prezentujemy najważniejsze wyniki tych badań. Są one interesujące nie tylko dlatego, że dodają nowy punkt na krzywej oznaczającej trendy, ale także z perspektywy toczącej się publicznej dyskusji na temat skuteczności działań profilaktycznych podjętych w naszym kraju w latach 90. W ostatnim okresie coraz częściej w gronie specjalistów można usłyszeć pogląd, że profilaktyka prowadzona wśród młodzieży okazała się nieskuteczna. W tej dyskusji jednym z głównych argumentów są wyniki badań (głównie badań znanych jako ESPAD 1995-1999) pokazujących wzrost w używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież. Wzrost, dodajmy, obserwowany mimo wielu działań profilaktycznych. Wyniki badań mokotowskich dostarczają nowych informacji, które warto wziąć pod uwagę w publicznej dyskusji na temat zmian w zachowa-

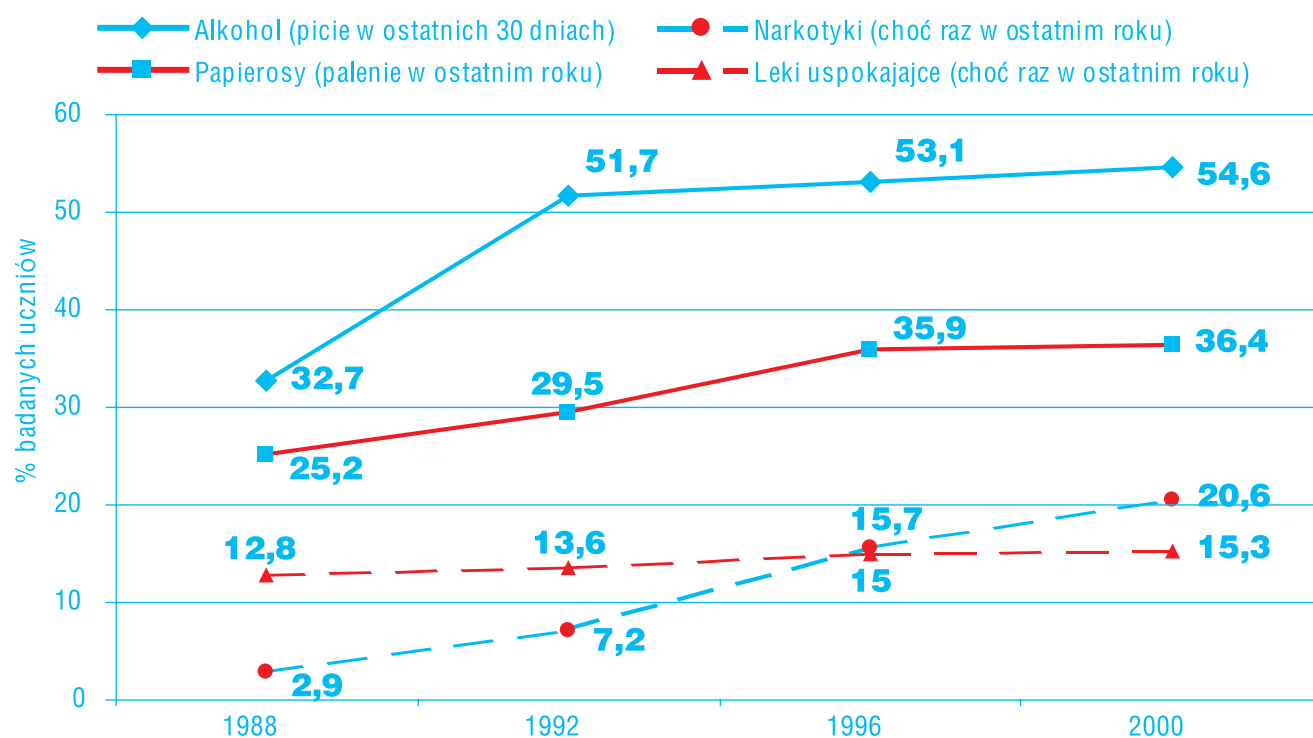
niach ryzykownych młodzieży, a także skuteczności działań zapobiegawczych.

Ogólne trendy

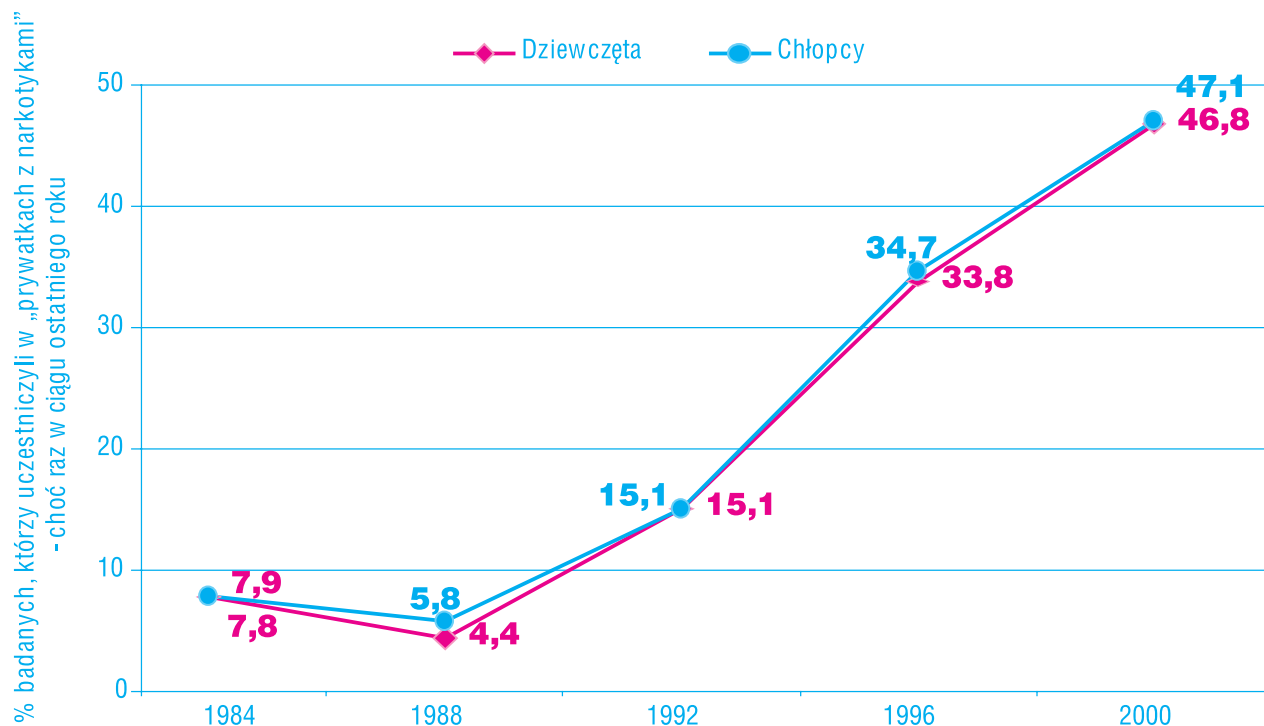
Wyniki badań mokotowskich z lat 1996-2000 pokazują, że w drugiej połowie lat 90. kontynuowany był trend wzrostowy w zakresie używania narkotyków, natomiast w zakresie picia alkoholu, palenia tytoniu i używania leków uspokajających nastąpiła pewna „stabilizacja” trendu, co oznacza utrzymywanie się zjawiska używania tych substancji na poziomie osiągniętym w poprzednich latach, (*rycina 1*).

Narkotyki. W przypadku narkotyków pogłębiły się niekorzystne tendencje obserwowane w poprzednich latach. W latach 1996-2000 o pięć punktów procentowych zwiększyła się

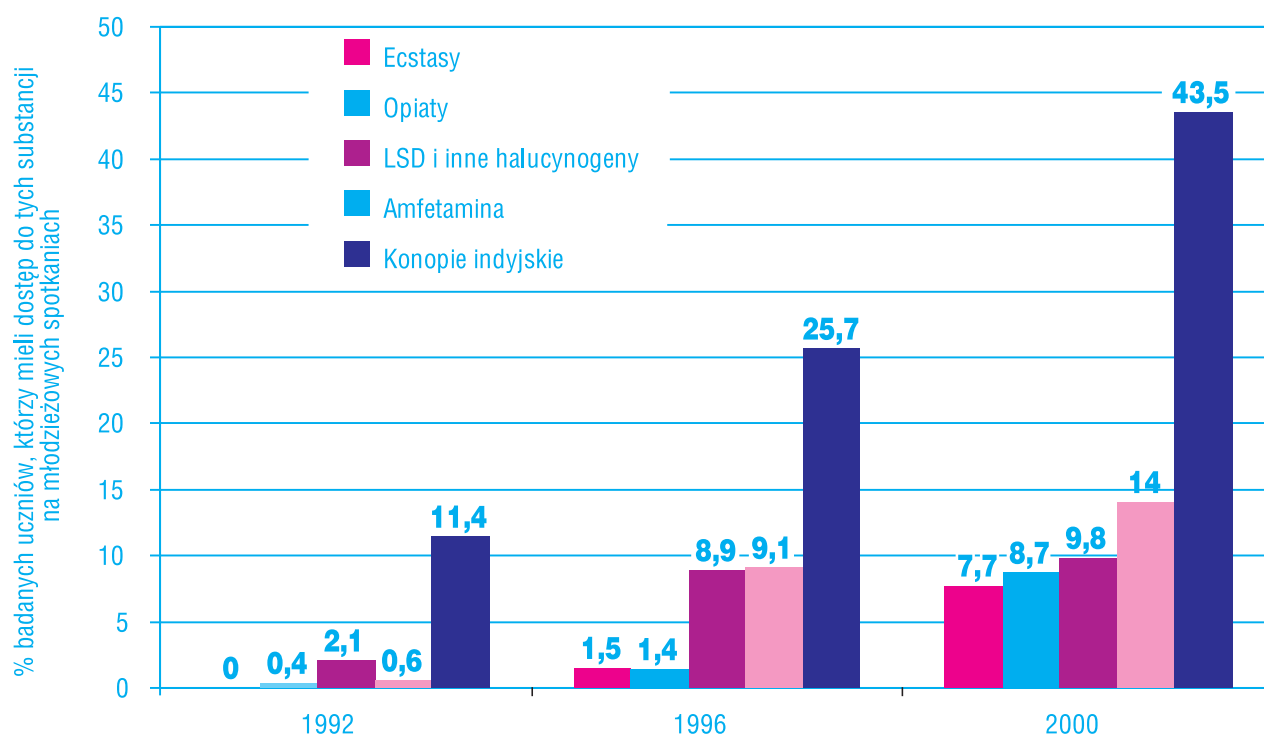
Rycina 1. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w latach 1998-2000.



Rycina 2. Udział w młodzieżowych spotkaniach towarzyskich, gdzie używano narkotyków, lata 1984-2000.



Rycina 3. Popularność i dostępność narkotyków na młodzieżowych spotkaniach towarzyskich w latach 1992-2000.



grupa uczniów „eksperymentujących” z tymi substancjami. W 2000 roku nieco ponad 20% 15-latków przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku użyło jednego z narkotyków, (*rycina 1*). Jednocześnie wyraźnie powiększyła się grupa uczniów, którzy często (kilkanaście razy lub częściej w ciągu ostatniego roku) sięgali po narkotyki. Świadczy to o kształtowaniu się grupy nastolatków regularnie używających nielegalnych substancji psychoaktywnych. W 2000 roku około 6% uczniów, czyli w liczbach bezwzględnych około 200 uczniów pierwszych klas ponadpodstawowych z Mokotowa należało do grupy osób często używających narkotyków. Są to potencjalni klienci specjalistycznych poradni i ośrodków terapii uzależnień. W 1996 roku takich uczniów było prawie o połowę mniej, a w latach 80. grupa uczniów często „używających” nie przekraczała 1% badanych.

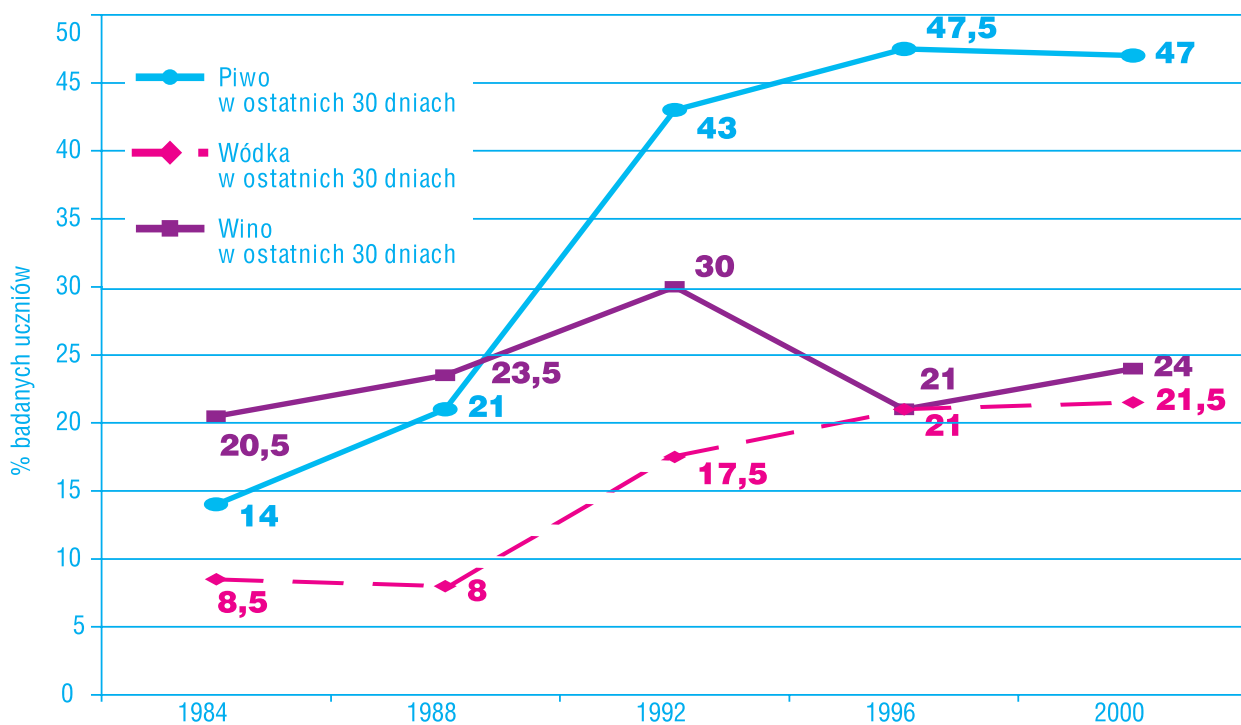
Wzrost grupy „używających” jest mocno powiązany ze wzrostem dostępności i popularności narkotyków wśród młodzieży. Pomiedzy rokiem 1996 i 2000 skokowo (o kilkanaście punktów procentowych) wzrosła liczba uczniów uczestniczących w spotkaniach towarzyskich, podczas których używano narkotyków. W 1996 roku około jedna trzecia badanej młodzieży uczestniczyła - przynajmniej raz w czasie ostatniego roku - w tego typu spotkaniach. Cztery lata później dotyczyło to już około połowy badanej populacji, (*rycina 2*). W drugiej połowie lat 90. znacznie poszerzyła się oferta nielegalnych substancji psychoaktywnych dostępnych młodzieży szkolnej. Najbardziej popularnymi narkotykami używanymi podczas młodzieżowych imprez były przetwory konopi indyjskich (marihuana i haszysz). W latach 1992-2000 systematycznie powiększała się grupa młodzieży, która podczas młodzieżowych spotkań mogła spróbować marihuany. W latach

1992-1996 dynamicznie zwiększyła się popularność/dostępność amfetaminy oraz LSD, a w latach 1996-2000 znacznie wzrosła popularność ecstasy, heroiny (brown sugar). W rezultacie w 2000 roku ponad 40% badanej młodzieży miało dostęp do marihuany na imprezach towarzyskich, a około 8-13% uczestniczyło w imprezach, gdzie dostępna była amfetamina, LSD, heroina i ecstasy, (*rycina 3*).

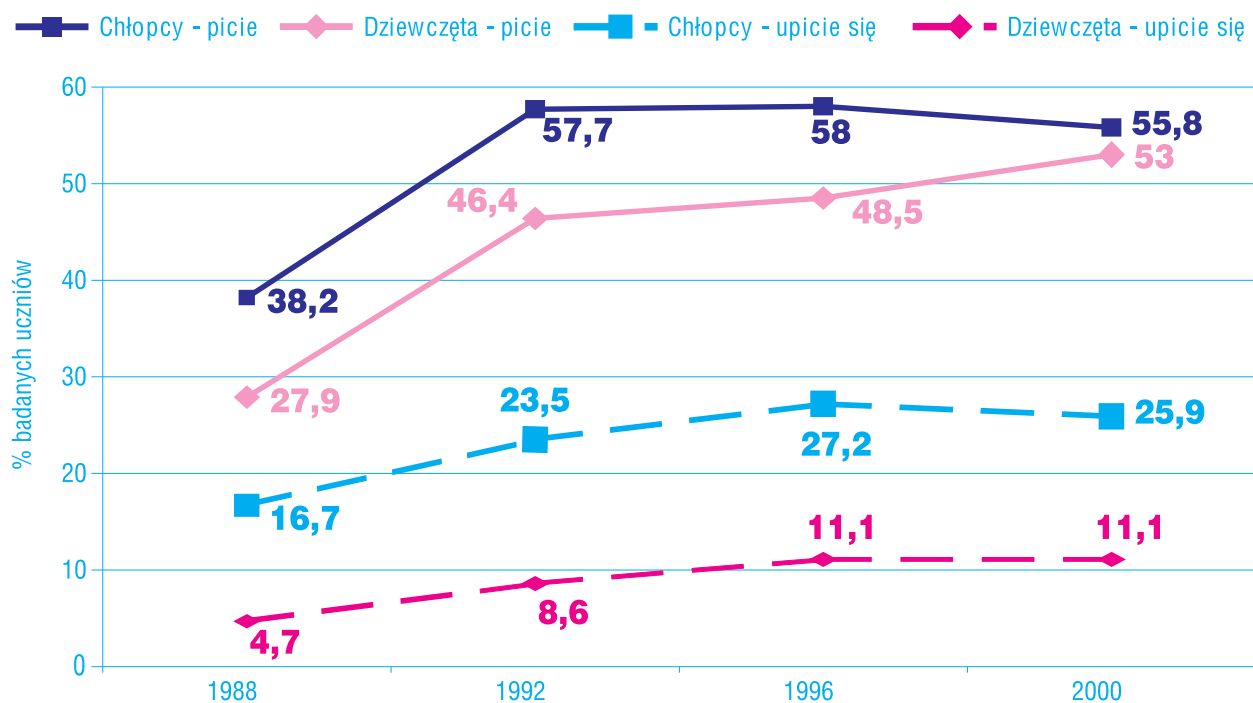
Leki uspokajające. Na tle szybkich przemian na scenie narkotykowej sytuacja na Mokotowie była dość stabilna w zakresie używania leków uspokajających lub nasennych. W drugiej połowie lat 90. około 15% badanych uczniów przyjmowało tego typu leki przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku, (*rycina 1*). Wyniki z lat 1996-2000 wskazują, że obserwowany wcześniej słaby trend wzrostowy w zakresie używania leków uspokajających i nasennych uległ zahamowaniu. Warto w tym miejscu dodać, że odsetek młodzieży w Polsce przyjmującej leki uspokajające lub nasenne bez zalecenia lekarza należy do najwyższych w Europie (Sierosławski 1999).

Alkohol. W 2000 roku na Mokotowie odsetek 15-latków, którzy często pili alkohol (picie alkoholu w ciągu 30 dni poprzedzających badanie) pozostawał mniej więcej na tym samym poziomie, co w 1996 roku. W latach 1996-2000 ponad połowa 15-latków (53-54%) często sięgała po alkohol, (*rycina 1*). Najbardziej rozpowszechnionym wśród młodzieży napojem alkoholowym pozostawało piwo. W drugiej połowie lat 90. częste picie piwa dotyczyło prawie połowy (47%) 15-latków z Mokotowa, częste picie wódki jednej piątej (21%), a częste picie wina oscyloowało wokół jednej piątej /jednej czwartej (21-24%) populacji, (*rycina 4*).

Rycina 4. Picie poszczególnych napojów alkoholowych przez młodzież w latach 1984-2000.



Rycina 5. Picie alkoholu i upijanie się przez młodzież, lata 1988-2000.



W latach 1996-2000 nie stwierdzono istotnych zmian w liczbie abstynentów, a także we wskaźnikach oznaczających częste nadużywanie alkoholu (wypicie 60 i więcej gramów czystego alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni). Około 10% badanej populacji nigdy nie piło alkoholu, a co szósty uczeń (ok. 18%) pił często alkohol w ilościach prowadzących do upicia się.

Papierosy. W latach 1996-2000 na Mokotowie odsetek uczniów, którzy palili papierosy nie uległ istotnej zmianie. Nieco ponad jedna trzecia badanej grupy z różną częstotliwością paliła papierosy, (*rycina 1*). Odsetek uczniów palących codziennie utrzymywał się na poziomie nieco poniżej 20%.

Płeć a trendy

Wyniki uzyskane na Mokotowie w latach 1996-2000 dość dobrze ilustrują niekorzystne zmiany w zachowaniach dziewcząt, na co zwraca uwagę wielu specjalistów. Ogólnie rzecz biorąc dynamika wzrostu używania substancji psychoaktywnych obserwowana na Mokotowie wśród dziewcząt była silniejsza niż u chłopców. Było to najbardziej widoczne na przykładzie zmian w picciu alkoholu i paleniu papierosów. W latach 1996-2000 odsetek dziewcząt pijących często alkohol wzrósł z 48% do 53%. W tym samym czasie, odsetek często pijących chłopców pozostawał, mniej więcej, na stałym poziomie (około 56%), (*rycina 5*). Podobny przebieg miały zmiany w codziennym paleniu papierosów. W 2000 roku ponad 19% chłopców i około 18% dziewcząt paliło codziennie papierosy, podczas gdy w 1996 roku odsetki te wynosiły odpowiednio 19% i 15%. Należy dodać, że w okresie pomiędzy 1988 i 2000 rokiem wśród dziewcząt obserwowana była stała ten-

dencja wzrostowa w regularnym paleniu papierosów, (*rycina 6*).

Można powiedzieć, że w drugiej połowie lat 90. na Mokotowie „zatarły się” wcześniej występujące różnice w częstym picciu alkoholu i codziennym paleniu papierosów pomiędzy dziewczętami a chłopcami. Innymi słowy dziewczęta „dogoniły” chłopców w tych dwóch wymiarach. Należy jednak dodać, że nadal większa grupa chłopców (ok. 26%) niż dziewcząt (11%) pije alkohol w dużych ilościach prowadzących do upijania się, (*rycina 5*).

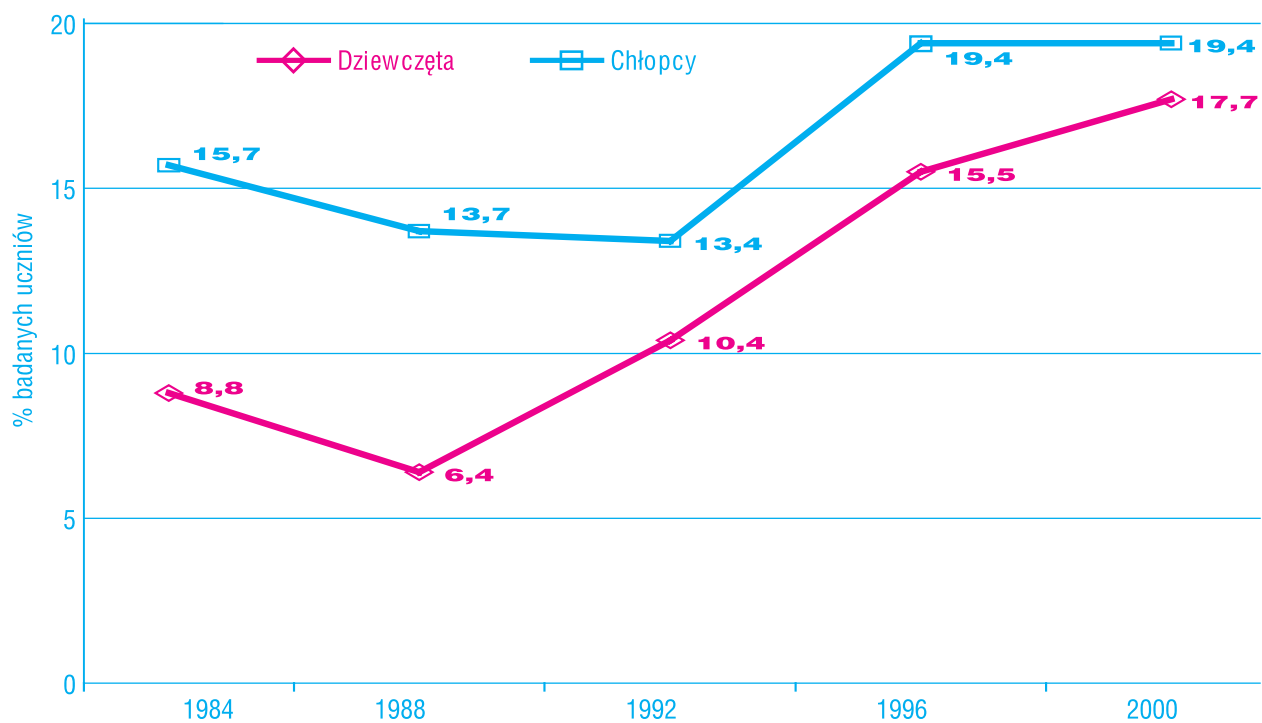
W przypadku narkotyków nie zaobserwowano aż tak dużego „przyspieszenia” u dziewcząt, choć w latach 1996-2000 dynamika wzrostu używania narkotyków była nieco silniejsza wśród dziewcząt niż wśród chłopców. W badaniach mokotowskich zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców obserwowany był wyraźny wzrost używania narkotyków. Niemniej jednak większa grupa chłopców niż dziewcząt sięgała po narkotyki. Ta tendencja utrzymywała się przez całe lata 90., (*rycina 7*).

Najbardziej odporne na zmiany w czasie okazały się różnice ze względu na płeć w zakresie używania leków uspokajających i nasennych. Ponad dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców używało tych leków. Ta tendencja utrzymywała się przez wszystkie lata badań, (*rycina 8*).

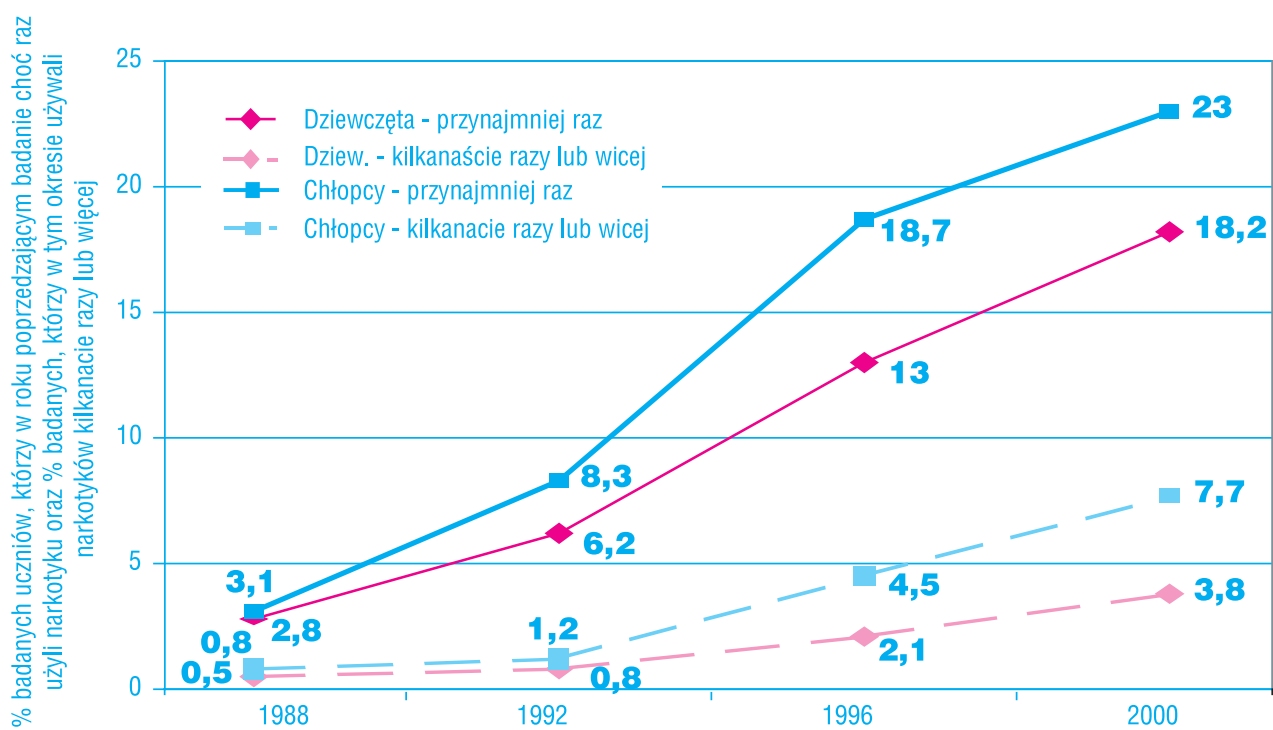
Badania mokotowskie a badania ogólnopolskie

Podobieństwa. Wyniki badań mokotowskich są w wielu punktach zgodne z wynikami badań o zasięgu ogólnopolskim, które podjęto w latach 90. Najbardziej porównywalne ze względu na wiek uczniów są badania J. Sierosławskiego i A. Zielińskiego z lat 1995-99

Rycina 6. Codzienne palenie papierosów przez młodzież, lata 1984-2000.



Rycina 7. Używanie narkotyków przez młodzież w latach 1988-2000.



(ESPAD) oraz badania B. Woynarowskiej i współautorów nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, które obejmują okres od 1990 do 1998 roku (Woynarowska i Mazur 2000). W obu tych projektach uwzględniano populację 15-latków.

Istnieje znaczna zgodność dotycząca trendów w używaniu narkotyków oraz leków uspokajających pomiędzy badaniami mokotowskimi i badaniami ESPAD. W obu przypadkach wyniki badań wskazują na zwiększanie się liczby młodzieży eksperymentującej z różnymi narkotykami oraz na „stabilizację trendu” w zakresie używania leków uspokajających lub nasennych (Sierosławski i Zieliński 2000a).

Dość duża zgodność wyników dotyczy zmian w zachowaniach dziewcząt. Niekorzystne zmiany stwierdzone w grupie mokotowskich dziewcząt w zakresie picia alkoholu i palenia papierosów znajdują potwierdzenie w tendencjach obserwowanych w całej populacji piętnastolatek w Polsce (Mazur i wsp. 2000, Szymański i wsp. 2001).

Różnice. Zahamowanie trendu wzrostu picia alkoholu przez piętnastoletnią młodzież stwierdzone w badaniach mokotowskich nie znajduje odzwierciedlenia w badaniach o charakterze ogólnopolskim (Szymański i wsp. 2001, Sierosławski i Zieliński 2000b). Wyniki tych badań wskazują na utrzymywanie się od połowy lat 90. ogólnego trendu wzrostu w zakresie częstego picia alkoholu przez młodzież i upijania się.

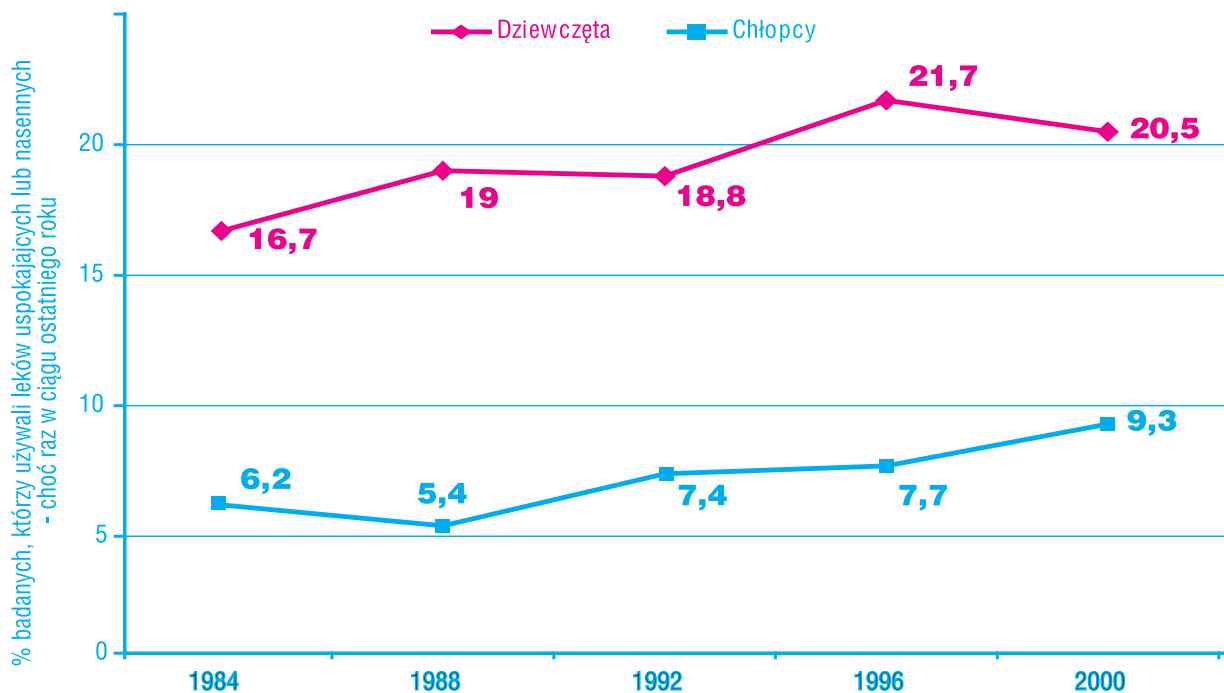
Uwagi końcowe

Obraz trendów, jaki wyłania się po ostatniej edycji badań mokotowskich w 2000 roku nie jest już tak jednoznacznie niekorzystny, jak to było

w 1996 roku. Nadal uzasadniony niepokój budzą wyniki świadczące o utrzymywaniu się tendencji wzrostowych w używaniu, dostępności i popularności narkotyków w kręgach młodzieży szkolnej. Niepokojące są również zmiany obserwowane wśród dziewcząt, które szybko doganiają chłopców w częstości zachowań ryzykownych. Zwracają uwagę wysokie wskaźniki spożycia napojów alkoholowych przez nastolatków. Niemniej jednak warto odnotować pewne pozytywne sygnały. W przypadku alkoholu, papierosów i leków uspokajających wyniki łączne dla dziewcząt i chłopców wskazują na zahamowanie wcześniejszych tendencji wzrostowych na Mokotowie. Trudno dziś przesądzać, na ile ten kierunek zmian okaże się trwały i w jakim kierunku rozwijać się będzie sytuacja w najbliższej przyszłości. Nie wiemy też, jaki wpływ na ograniczenie wzrostu spożycia alkoholu, palenia tytoniu i używania leków uspokajających wśród uczniów uczących się na Mokotowie miały lokalne i ogólnokrajowe działania profilaktyczne. Wyniki badań mokotowskich mogą jednak, choć nie muszą, zapowiadać początek bardziej korzystnych zmian w zachowaniach młodzieży w populacji ogólnopolskiej. Pewne mody czy tendencje obserwowane w zachowaniach młodzieży z dużych miast, takich jak Warszawa, mogą wyprzedzać zachowania młodzieży wiejskiej i z małych miast. Następne edycje badań ogólnopolskich zapowiedziane na lata 2002 i 2003 pozwolą wkrótce zweryfikować te hipotezy.

Nie ulega wątpliwości, że obecna populacja młodzieży szkolnej jest w dużym stopniu narażona na kontakty z substancjami psychoaktywnymi, a co za tym idzie, na doświadczanie rozmaitych problemów związanych z ich używaniem. Potrzebą chwili staje się dołączenie do istniejących już form działań zapobiegawczych systemu wczesnej interwencji profi-

Rycina 8. Używanie leków uspokajających lub nasennych przez młodzież w latach 1984-2000.



laktycznej w szkole, który byłby ukierunkowany na uczniów z grup zwiększonego ryzyka. Chodzi tu, między innymi, o wprowadzenie do statutów szkół odpowiednich zapisów umożliwiających adekwatne reagowanie na sygnały używania substancji psychoaktywnych przez uczniów, przeszkolenie kadry pedagogów i nauczycieli do prowadzenia takich interwencji, podejmowanie współpracy z rodzicami oraz – jeśli zajdzie taka potrzeba – kierowanie zagrożonych uczniów do specjalistycznych placówek terapii uzależnień.

Piśmiennictwo

1. Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A. *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu*. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000; 20-29.
2. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. *Picie alkoholu przez młodzież z mokotowskich szkół średnich w latach 1984-2000*. „Alkoholizm i Narkomania”, Warszawa 2001; 14 (2); 245-259.
3. Ostaszewski K. *Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*. „Serwis Informacyjny Narkomania”, 1(8) 1998; 30-38.
4. Ostaszewski K. *Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie - kontynuacja*. „Alkoholizm i Narkomania” 14 (3), Warszawa 2001; 387-406.
5. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. *Materiały Konferencji „Perspektywy polskiej profilaktyki problemowej”*, Nieborów 2-4.XI.1998.
6. Sierosławski J. *Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych*. „Alkoholizm i Narkomania”, Warszawa 1999, 2/35; 165-207.
7. Sierosławski J., Zieliński A. *Narkotyki a młodzież*. „Serwis Informacyjny Narkomania”, Warszawa 2000a, 12/13, 26-46.

8. Sierosławski J., Zieliński A. *Młodzież i alkohol - wyniki badań szkolnych ESPAD*. „Świat Problemów”, Warszawa 2000b, 9 (92); 4-7.
9. Szymański J., Woynarowska B., Mazur J. *Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998*. „Alkoholizm i Narkomania” Warszawa 2001; 14 (2); 213-228.

10. Woynarowska B., Mazur J. *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998*. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000.

*Krzysztof Ostaszewski, Anna Borucka,
Katarzyna Okulicz-Kozaryn*

Pracownia „Pro-M”

Zakład Promocji Zdrowia Psychicznego

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

¹ W latach 1983-1996 badania prowadzono na terenie dawnej warszawskiej dzielnicy Mokotów. Jest to obszar obejmujący obecnie dzielnice Mokotów Gminy Warszawa-Centrum, Gminę Warszawa-Ursynów oraz Gminę Warszawa-Wilanów

SZYBKĄ OCENĄ I REAKCJĄ DOTYCZĄCĄ ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

W lutym 2000 roku pod patronatem WHO, UNDP i UNICEF zainicjowano projekt zatytułowany „Szybka Ocena i Reakcja” – SOR, (RAR- *Rapid Assessment and Response*). Zarówno ocena, jak i reakcja dotyczą kwestii rozpowszechnienia wśród młodzieży ryzykownych zachowań sprzyjających nadużywaniu substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów przedwczesnego podejmowania kontaktów seksualnych. Do uczestnictwa w warsztatach służących przygotowaniu i przeprowadzeniu tego projektu w grupie reprezentującej Polskę zaproszeni zostali: Elżbieta Milczarek – pedagog, specjalista ds. profilaktyki w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dr Jacek Mo-

skalewicz – socjolog, pracownik naukowy Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dr Grażyna Świątkiewicz – psycholog, pracownik naukowy Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Maria Tatarska – pedagog w Poradni Profilaktyki Społecznej „Maraton”.

Mieliśmy świadomość, że podejmowane są różnorodne i rozległe przedsięwzięcia adresowane do dzieci i młodzieży, ale ich realizatorzy działają często intuicyjnie. Opierają się, co prawda, na istniejących badaniach związanych z ryzykiem używania substancji psychoaktywnych, ale często nie są one jednak związane ze specyfiką konkretnej społeczności lokalnej. Zatem nie można mieć do końca

pewności, czy te oddziaływania rzeczywiście odpowiadają zapotrzebowaniu określonej grupy odbiorców.

Wobec rosnącego zagrożenia uzależnieniem od substancji psychoaktywnych coraz więcej instytucji i organizacji podejmuje oddziaływania profilaktyczne. Istnieje wiele programów mających dobre recenzje, a mimo to nie zawsze przynoszą one oczekiwane efekty w konkretnych środowiskach. Badania przeprowadzone przez zespół ekspertów przy WHO dowodzą, iż można zwiększyć skuteczność oddziaływań przeprowadzając wcześniej badania dotyczące sytuacji zagrożenia w danej społeczności, a wówczas adekwatnie do nich podejmować stosowne przedsięwzięcia.

Z powyższych przesłanek wynikała nasza gotowość do przeprowadzenia pierwszej takiej diagnozy problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież oraz przedstawienia rekomendacji służących minimalizowaniu tych zagrożeń.

Walorem projektu jest, z góry założony czas trwania badań – trzy miesiące, a także zastosowana w nim metodologia. Są to badania jakościowe. Wykorzystuje się w nich metodę triangulacji, tzn. na podstawie kilku wyznaczonych punktów szuka się kolejnych przybliżeń, ponieważ każdy z zastosowanych w tych badaniach sposobów uzyskiwania informacji jest niedoskonały i mało precyzyjny. A jednocześnie każdy jest ważnym elementem mozaiki. Dopiero złożenie ich w całość pokazuje pewien obraz badanej rzeczywistości.

W naszych badaniach tymi wyznaczonymi punktami były trzy grupy narzędzi:

- zbieranie informacji na podstawie rutynowych danych statystycznych, istniejących badań oraz częściowo ustrukturalizowane

wywiady w instytucjach mających ofertę dla młodzieży,

- wywiady zogniskowane (focus grupy),
- nieuczestniczące obserwacje miejsc i sytuacji zwiększonego ryzyka.

Wybór Ursynowa jako pierwszej w Polsce gminy, w której realizowany był projekt Szybkiej Oceny i Reakcji nie był przypadkowy. Tradycyjnie realizację projektów profilaktycznych lokuje się w gminach o szczególnym nasileniu problemów. Przyjęło się nazywać Ursynów „wielką sypialnią” Warszawy. Większość jego dorosłych mieszkańców wyjeżdża do pracy w godzinach porannych, a powraca późnym wieczorem. Istotną cechą Ursynowa jest także młoda, na tle innych gmin warszawskich populacja młodzieży, która pozostaje długo bez opieki dorosłych, co podnosi ryzyko niewłaściwych zachowań.

Poszukując miejsca realizacji dla badań SOR staraliśmy się także oszacować prawdopodobieństwo „reakcji”, rozumianej jako podjęcie przez gminę działań zwiększających skuteczność i ekonomizację oferty profilaktycznej.

Projekt ten został sfinansowany przez: Gminę Ursynów, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ministerstwo Edukacji Narodowej, United Nations Development Program - Polska i Łotwa.

Przedmiotem badań było oszacowanie wielkości problemów dotyczących młodzieży między 10 a 19 rokiem życia i sposobów reakcji na nie oraz sformułowanie stosownych rekomendacji.

Przystępując do realizacji projektu sformułowaliśmy cele szczegółowe:

1. Ocena społecznych i kulturalnych problemów Ursynowa.

2. Oszacowanie rozpowszechnienia zdrowotnych i socjalnych problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, z uwzględnieniem zatruć, wypadków, ofiar i sprawców agresywnych zachowań, z kryminalizacją włącznie.
3. Ocena czynników ryzyka i czynników chroniących.
4. Identyfikacja lokalnych instytucji, których działalność adresowana jest do dzieci i młodzieży, oszacowanie atrakcyjności ich oferty i liczby dzieci korzystających z ich usług.
6. Opisu istniejących zajęć pozalekcyjnych.
7. Rozpowszechnienia chorób przenoszonych drogą płciową wśród 10-19- latków.
8. Liczby niepełnoletnich matek.
9. Liczby użytkowników narkotyków odnotowanych w miejscowych poradniach.
10. Liczby uzależnionych hospitalizowanych.
11. Liczby wypadków i szkód powodowanych przez niepełnoletnich.
12. Liczby przestępstw popełnianych przez nieletnich.

Integralną częścią realizowanych przez nas badań było powołanie, przy zespole realizatorów, społecznego zespołu doradczego. W jego skład weszli przedstawiciele instytucji i organizacji działających na terenie gminy: pełnomocnik zarządu gminy ds. zapobiegania patologiom społecznym, przedstawiciele służby zdrowia, pomocy społecznej, lokalnej policji, wydziału edukacji, sądu rodzinnego oraz organizacji pozarządowych. Zadaniem członków tego zespołu było zaprezentowanie problemów młodych ursynowian z perspektywy reprezentowanej instytucji czy organizacji.

Zakres badań

Przy realizacji tego projektu korzystaliśmy z rutynowych danych statystycznych w zakresie:

1. Poziomu bezrobocia.
2. Liczby rodzin korzystających z pomocy społecznej.
3. Liczby dzieci w wieku 10-19 lat.
4. Demograficznej charakterystyki miejscowej populacji.
5. Liczby dzieci nie realizujących obowiązku szkolnego.

Chcieliśmy zebrać dane z czterech-, pięciu lat, by móc zaobserwować pojawiające się trendy. Jednak z uwagi na reformę administracyjną Warszawy i istniejących w niej instytucji ważne dla nas dane, z wyodrębnieniem Ursynowa, odnotowywane są od 1998 roku.

Chcieliśmy również dane z Gminy Ursynów zobaczyć w szerszym tle. Można było dokonać różnego wyboru, zależnie od stawianego celu. Zdecydowaliśmy by kontekstem dla Ursynowa była warszawska Gmina Centrum.

Dokonałiśmy także przeglądu istniejących badań dotyczących:

1. Rozpowszechnienia używania narkotyków wśród poborowych – badania Ursynowa, 1998 r.
2. Rozpowszechnienia używania alkoholu i narkotyków wśród 16-latków – badanie obejmujące warszawskie szkoły, IPiN, 1999 r.
3. Rozpowszechnienia używania alkoholu wśród młodzieży 12-18 letniej – badania ursynowskie, jesień 1999 rok.
4. Dostępności alkoholu dla niepełnoletnich – badania PARPA, 1999 r.

Częściowo ustrukturalizowane wywiady z przedstawicielami lokalnych instytucji mają-

cych ofertę dla młodzieży, poprzedzone *screeningiem* ankietowym wśród istniejących instytucji umożliwiły:

1. Stworzenie mapy istniejących instytucji, włączając miejsca rekreacji.
2. Opis ich oferty i cel ich działalności.
3. Poznanie zawartości prezentowanej edukacji w zakresie uzależnień i zachowań seksualnych.
4. Poznanie dostępności czasowej i ekonomicznej oferty.
5. Ocenę aktywności tych instytucji w środowisku (*outreach*).

Kolejną zastosowaną przez nas metodą były badania grup focusowych. Jest to dyskusja przeprowadzona w małej grupie osób dobranych tak, by była ona w miarę jednolita pod względem interesujących badacza cech. Dyskusję zorganizowaliśmy na kilku wyraźnie zdefiniowanych kwestiach:

1. Budżet czasu.
2. Dostępność (również ekonomiczna) alternatyw spędzania wolnego czasu.
3. Ocena atrakcyjności oferty.
4. Kieszonkowe – wielkość i rodzaj wydatków.
5. Dostępność alkoholu i innych substancji psychoaktywnych z włączeniem legalnych leków.
6. Ryzykowne zachowania – narkotykowe i seksualne.
7. Opinia o edukacji narkotykowej i seksualnej.
8. Wiedza i opinie o istniejących instytucjach i ich ofercie dla młodzieży.

Ważną rolę w metodologii SOR odgrywają badania obserwacyjne. Są one bardzo przydatne jako uzupełnienie informacji uzyskanych drogą pośrednią (wywiady, dokumenty, grupy focusowe). W tym projekcie dokonaliśmy

obserwacji miejsc i sytuacji zwiększonego ryzyka. Dzięki temu uzyskaliśmy:

1. Szczegółowy opis wzoru picia alkoholu i używania narkotyków.
2. Szczegółowy opis gwałtownych zachowań.
3. Szczegółowy opis sytuacji zwiększonego ryzyka.

Kolejnym etapem projektu, po przeprowadzeniu badań, było zorganizowanie Konferencji „Młodzież, problemy i co dalej?”. Jej celem była publiczna debata wokół wstępnych rekomendacji.

Efektom przeprowadzenia powyższych badań jest pisemny raport o stanie zagrożenia dzieci i młodzieży z Ursynowa. Zawarte są w nim wskazania dotyczące rodzaju oddziaływań profilaktycznych. Sądzymy, iż zwiększy się skuteczność i ekonomiczność podejmowanych działań. Mamy także nadzieję na rozpowszechnianie tego projektu w innych społecznościach lokalnych.

Nie udało się nam, niestety, uniknąć potknięć. Zbyt późno powołaliśmy zespół doradczy. Jego wcześniejsze ukonstytuowanie znacznie ułatwiłoby nam gromadzenie istniejących danych statystycznych, ustalenie miejsc zwiększonego ryzyka.

Za sprzyjający tym badaniom fakt należy uznać dobór zespołu wykonawców. Byli w nim zarówno badacze jak i praktycy. Wśród nich – osoby reprezentujące instytucje państwowe jak i pozarządowe. Stworzyło to zespół mający dużo różnorodnych doświadczeń i umiejętności.

Maria Tatarska

koordynator projektu

Poradnia Profilaktyki Społecznej „MARATON”

NARKOMANI W ZAKŁADACH KARNYCH I ARESZTACH ŚLED CZYCH¹

Wprowadzenie

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

Problemy narkotyków i narkomanów w warunkach pozbawienia wolności znajdują się też w centrum zainteresowania organizacji międzynarodowych. Przykładem może być Rada Europy, która wprowadziła tą tematykę do Programu Grupy Pompidou na lata 1997-2000 przyjętego na konferencji ministrów krajów członkowskich w Tromsø (Norwegia). Kwestie te znalazły się też w nowym Programie na lata 2001-2004 przyjętym na konferencji ministrów w październiku 2000 r w Sintrze (Portugalia).

Kwestie narkotyków i narkomanów w systemie penitencjarnym budzą także zainteresowanie innych organizacji międzynarodowych, takich jak Komisja Europejska, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Według danych EMCDDA problemy narkotyków i narkomanów w zakładach karnych są stosunkowo słabo rozpoznane w krajach Unii Europejskiej. Tylko kilka krajów dysponuje w miarę rzetelnymi danymi o liczbach użytkowników narkotyków obywateli karę pozbawienia wolności. Szacuje się, że w zakładach karnych użytkownicy narkotyków stanowią 25-70% wszystkich osadzonych. Narkomani, czyli osoby używające narkotyków regularnie w sposób stwarzający poważne problemy stanowią 20-50% populacji wszystkich osadzonych.

Cel i przedmiot badań

Celem trzyletniego programu badawczego podjętego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w 2000 roku jest ocena rozmiarów i charakteru problemów używania narkotyków i narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych oraz monitorowanie systemu pomocy narkomanom w systemie penitencjarnym.

W pierwszym etapie projektu przygotowano i poddano pilotażowi narzędzia badawcze – kwestionariusze, instrukcje, procedury zbierania i analizowania danych, a także uruchomiono zbieranie danych w ambulatoryjnych placówkach więziennej służby zdrowia. Przedmiotem tej części badania są wzory używania substancji psychoaktywnych wśród osób, które kiedykolwiek w życiu używały narkotyków, tj. substancji nielegalnych.

¹ Badania zostały sfinansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wdrożono system zbierania danych w oddziałach specjalnych dla narkomanów placówek penitencjarnych. W przypadku każdego osadzonego dane zbierane są w momencie przyjęcia na oddział. W fazie pilotażowej tego zadania zebrano od wszystkich pacjentów przebywających w oddziałach dane, które zostały poddane analizie i przedstawione w raporcie. Niniejszy artykuł zawiera najważniejsze z nich.

Analizę danych dotyczącą narkomanów leczonych w oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających poprzedzimy omówieniem rozmiarów przestępczości związanej z narkotykami.

Przestępczość przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii

Dane policji

W Polsce policja nie prowadzi statystyki interwencji wobec osób używających narkotyków. W sposób półformalny, bez odpowiednich narzędzi zbierane były dane o liczbie osób używających narkotyków, które w związku z możliwością popełniania przestępstwa znajdują się w sferze zainteresowania policji. Zestawienia liczbowe powstawały w drodze sumowania liczb pochodzących z meldunków komend rejonowych. Ich źródłem były dane operacyjne zbierane w trakcie penetracji środowiska. Gdyby próbować zdefiniować zjawisko ujęte w tych statystykach, to najbliższe byłoby to odnotowaniu przez policję w związku z przyjmowaniem narkotyków. W 1997 r. policja przerwała zbieranie tych danych. Dane za lata 1990-1996 układały się w trend wzrostowy, podobny w kształcie do trendu danych lecznictwa stacjonarnego. W 1996 r. policja odnotowała 19.868 narkomanów. W 1999 r. policja powróciła do zbierania tych danych i przedstawiła liczbę ok. 46.000

osób, co jest podwojoną liczbą odnotowanych przypadków. Z pewnym przybliżeniem można zatem przyjąć, że ok. 23.000 osób odpowiada liczbie odnotowanych przypadków, z grubsza porównywalną z danymi zbieranymi do 1996 r.

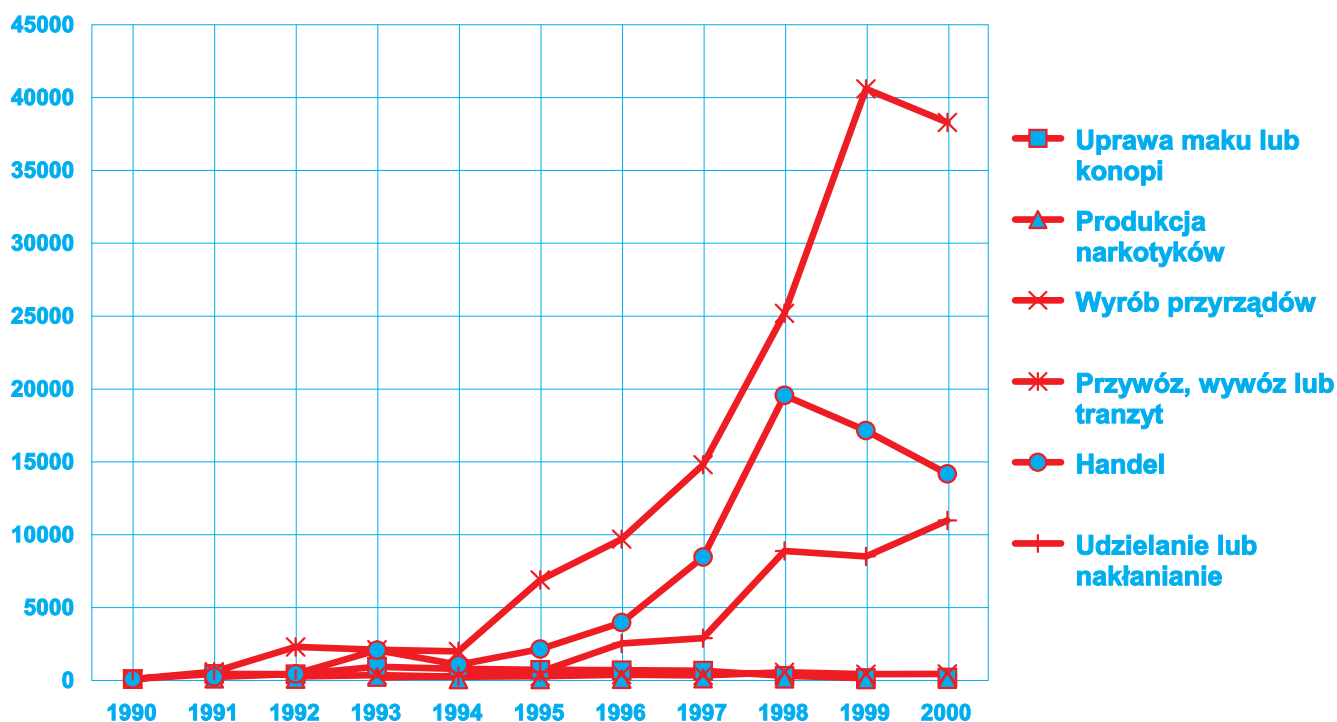
W ramach systemu sprawozdawczego policji zbierane są dane o liczbie przestępstw wykrytych. Dane o przestępstwach przeciw ustawie o zapobieganiu narkomanii (do połowy 1997 r.) i o przeciwdziałaniu narkomanii (od połowy 1997 r.) zawiera *wykres 1*.

Do 1998 r. dane pokazywały trend wzrostowy liczby takich przestępstw, jak nielegalne wprowadzanie do obrotu środków odurzających, nielegalne ich udzielanie lub nakłanianie do zażywania, nielegalny przywóz, wywóz lub tranzyt. Trend w zakresie nielegalnego wyrobu środków odurzających pozostawał względnie stały, zaś trend nielegalnych upraw maku lub konopi po wroście trwającym do 1993 r. od 1994 r. wykazywał tendencję spadkową. W 2000 r. odnotować trzeba odwrócenie tej tendencji. W 2000 r. obserwujemy kontynuację zapoczątkowanego w 1999 r. trendu spadkowego liczby przypadków wprowadzania narkotyków do obrotu. Po silnym wroście w latach poprzednich spadła liczba przestępstw nielegalnego przywozu, wywozu lub tranzytu. Liczba czynów polegających na nakłanianiu do używania narkotyków po nieznacznym spadku w 1999 r. uległa dalszemu wzrostowi. Trend liczby przypadków produkcji narkotyków, mimo pewnych wahań należy nadal uznać za stabilny.

Skazania przez sądy

Sprawy karne za naruszenie przepisów Ustawy są rozpatrywane przez sądy rejonowe, właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Zestawienia zbiorcze dostępne w

Wykres 1. Dynamika przestępczości związanej z narkotykami wg danych policji (przestępstwa stwierdzone)

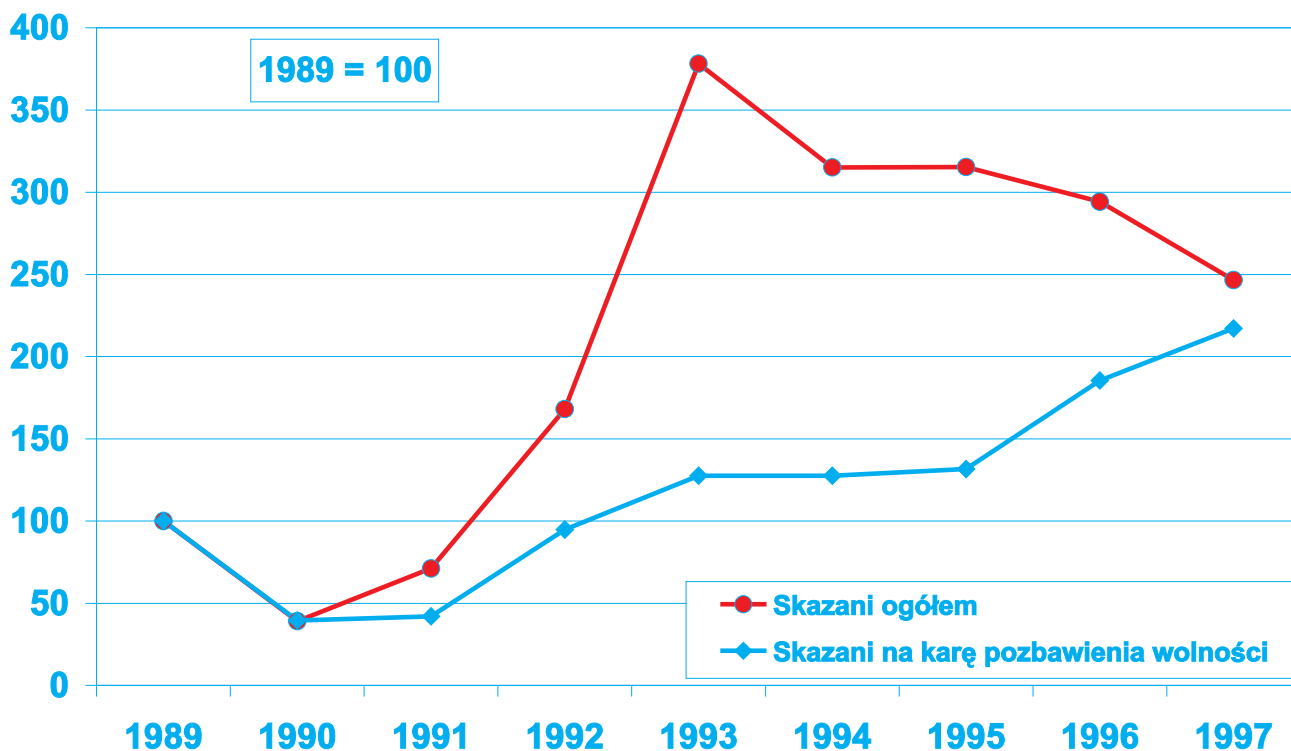


sądach zawierają tylko ogólną kategorię skazań za łamanie postanowień ustawy „o zapobieganiu narkomanii”, nie dając podstaw do rozbicia na poszczególne artykuły. Trzeba pamiętać, że w obrazie przestępczości przeciw ustawie ważne miejsce zajmowały przestępstwa polegające na nielegalnych uprawach maku. Znaczna część z tych przestępstw nie wiąże się bezpośrednio z narkomanią, w tym sensie, że słoma makowa z tych upraw nie trafiała do producentów „kompotu”. Są to często niewielkie uprawy przyzagrodowe prowadzone zgodnie z tradycją, z których mak przeznaczony jest na własne potrzeby, a słoma makowa ulega zniszczeniu. Istnienie tych upraw przyczynia się jednak do wzrostu zagrożenia poprzez zwiększenie dostępności słomy, a w sezonie mlecza makowego, nawet wtedy, gdy właściciele nie zamierzają udostępnić ich producentom nar-

kotyków. Słoma, czy mleczo z tych upraw stanowić może przedmiot zaboru i tą drogą trafiać na nielegalny rynek substancji psychoaktywnych.

Zestawienie danych o prawomocnych wyrokach skazujących za przestępstwa przeciw ustawie o zapobieganiu/przeciwdziałaniu narkomanii w latach 1989-1998 (wykres 2) pokazuje na skokowy wzrost w 1993 r., następnie rozpoczął się trend spadkowy trwający do 1997 r. Innego obrazu dostarczają natomiast dane o skazaniach na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciw ustawie. Jak wynika z danych zawartych na wykresie 3, w 1998 r. notujemy kontynuację wzrostu liczby skazanych na karę pozbawienia wolności zapoczątkowanego w 1993 r. W 1998 r. odnotować trzeba przyspieszenie tempa wzrostu, szczególnie wyroków w zawieszeniu. Liczba postanowień

Wykres 2. Skazani ogółem oraz skazani na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciw ustawie o zapobieganiu narkomanii (wskaźniki dynamiki)



bezwzględnej kary pozbawienia wolności rośnie nieco wolniej. Można przypuszczać, że jest to efekt polityki ścigania i karania dążącej do represyjnych zmian legislacyjnych. Dane o prawomocnych wyrokach skazujących za 1999 r. nie są jeszcze dostępne.

Narkomani leczeni w oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających

Dane na temat narkomanów leczonych w oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od środków odurzających zbierane są w drodze wywiadu przy użyciu indywidualnych kwestionariuszy wypełnianych przy przyjęciu do oddziału. Zastosowanie identyfikatora składającego się z inicjałów (dwie pierwsze litery nazwiska i imienia) oraz daty urodzenia po-

zwala uniknąć wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli korzystały w danym roku z pomocy więcej niż jednego oddziału. Kwestionariusz zawiera podstawowe dane społeczno-demograficzne oraz informacje o statusie prawnym badanego i o wzorze przyjmowania narkotyków w czasie ostatnich 30 dni poprzedzających pozbawienie wolności (narkotyk podstawowy i ewentualnie dwa dodatkowe, częstość i sposób przyjmowania, okres używania), dane dotyczące przyjmowania narkotyków w iniekcjach, używania wspólnych igieł i strzykawek, informacje o zakażeniach HIV oraz dane na temat przyjmowania narkotyków w warunkach pozbawienia wolności kiedykolwiek w życiu.

Przed przeprowadzeniem wywiadu badanemu wyjaśnia się jego cel, zakres wykorzystania danych oraz kwestie anonimowości i ochro-

ny danych jednostkowych. Dane wykorzystywane są tylko w postaci bezimiennych zestawień statystycznych w celu prowadzenia analiz. Indywidualne kwestionariusze (anonimowe) przechowywane są pod zabezpieczeniem, a następnie przesyłane bezpośrednio do Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Do realizacji wywiadu konieczne jest uzyskanie zgody badanego, odmowa uczestniczenia w badaniu nie rodzi żadnych skutków dyscyplinarnych.

Materiał poddany analizie składa się z 309 kwestionariuszy wypełnionych w ramach pilotażu we wszystkich 10 oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków odurzających przebywających w oddziałach. Liczby kwestionariuszy zebranych w poszczególnych oddziałach zawarte są w *tabeli 1*.

Osoby leczone w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków odurzających pochodzą z całego kraju, a także z zagranicy. W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane jest województwo dolnośląskie, a najmniej licznie podlaskie. Województwa o najwyższych wskaźnikach to także dolnośląskie, a ponadto warmińsko-mazurskie, lubuskie i zachodniopomorskie.

Dla większości leczonych obecna kara pozbawienia wolności nie jest pierwszym tego typu doświadczeniem. Tylko 38,5% leczonych nie było poprzednio karanych pozbawieniem wolności.

Tabela 1. Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających wg zakładów

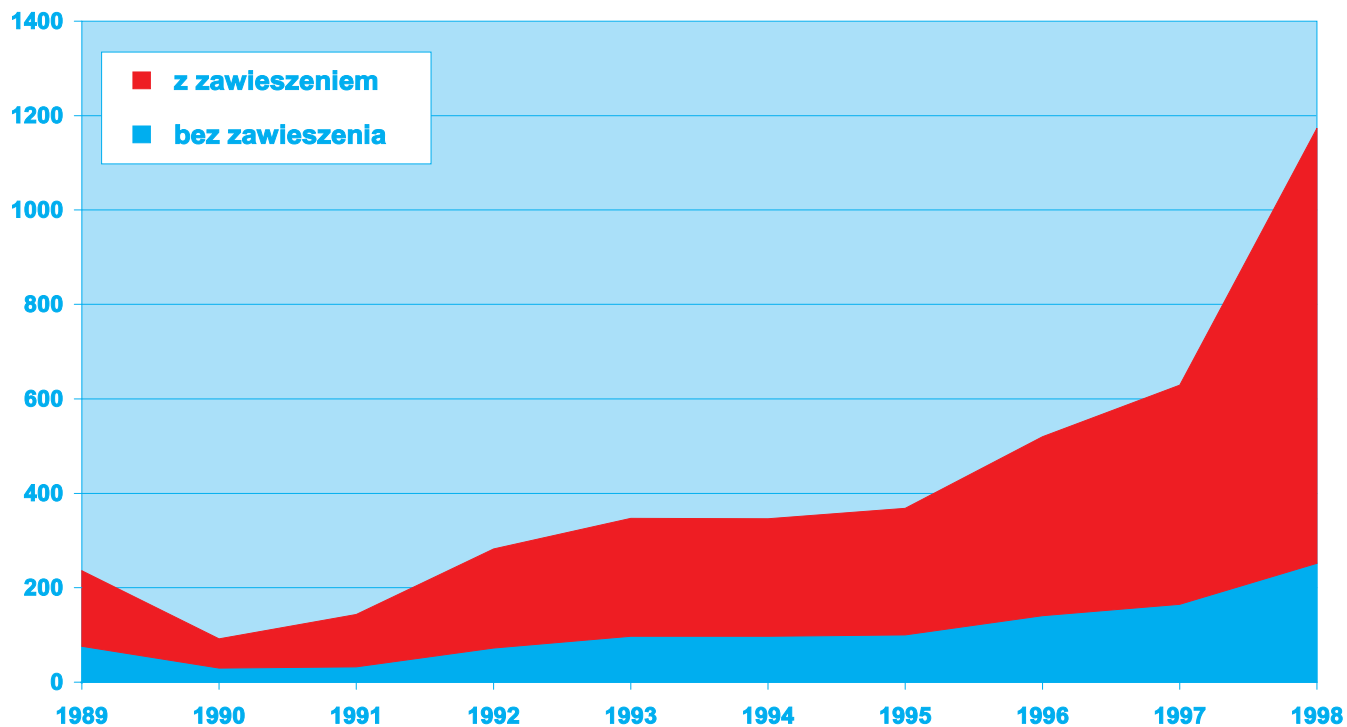
Nazwa zakładu	Liczba osób	Odsetek
AŚ Elbląg	31	10,0
ZK Lubliniec	17	5,5
AŚ Kielce	32	10,4
ZK Łowicz	31	10,0
ZK Rawicz	45	14,6
ZK Wronki	32	10,4
ZK Rzeszów	23	7,4
AŚ Warszawa Służewiec	32	10,4
ZK Kłodzko	22	7,1
ZK Wrocław	44	14,2
Ogółem	309	100,0

Charakterystykę demograficzną osób leczonych zawiera *tabela 2*. Średni wiek osób leczonych wynosi 28 lat. Kobiety są średnio trochę starsze od mężczyzn. Wśród osób dotychczas nie karanych, które są młodsze od recydywistów różnica między średnim wiekiem kobiet i mężczyzn jest znacznie większa niż wśród ogółu. Prawidłowość ta przybiera przeciwny kierunek wśród osób, dla których obecne pozbawienie wolności nie jest pierwszym tego typu doświadczeniem. W tej grupie średni wiek kobiet jest niższy niż średni wiek mężczyzn. Konstatacje te trzeba opatrzyć zastrzeżeniem – liczba kobiet jest stosunkowo mała, stąd wrażliwa na odchylenia losowe.

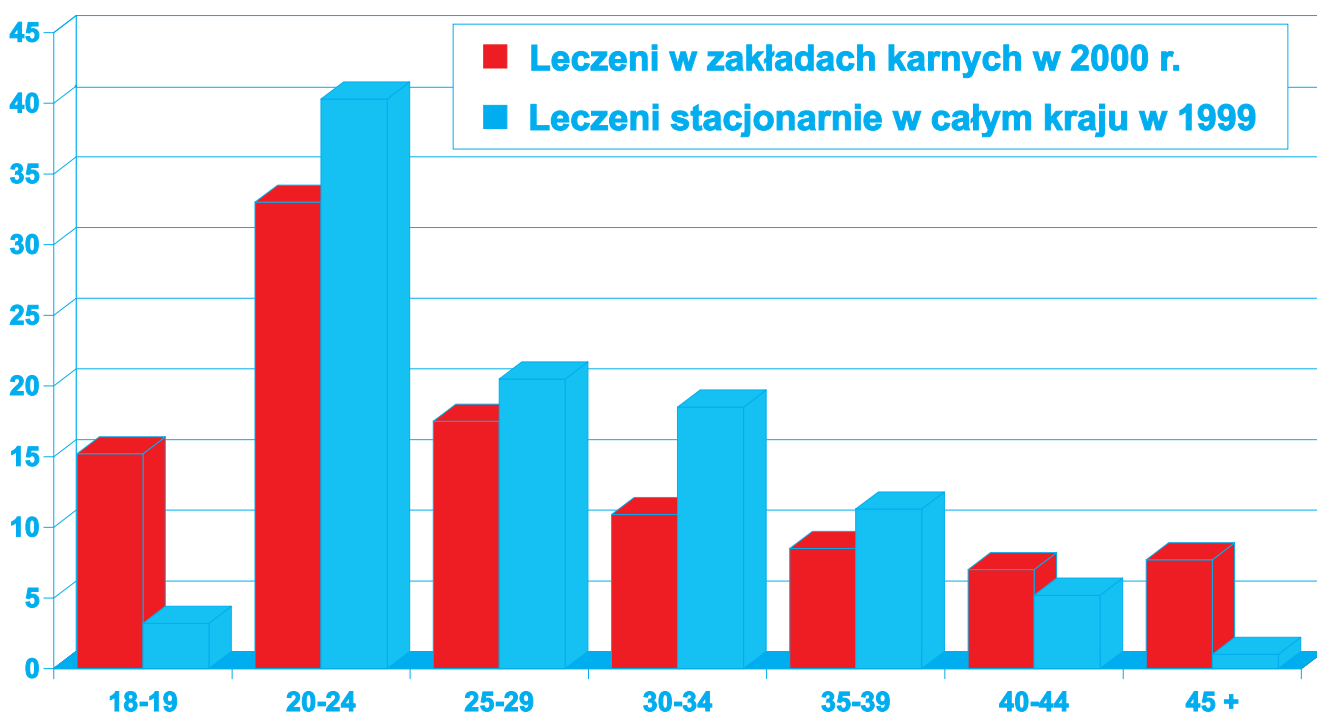
Tabela 2. Charakterystyka demograficzna osób leczonych w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających

	% leczonych pierwszy raz w życiu	Średni wiek			odsetek osób poniżej 25 roku życia	% kobiet
		mężczyźni	kobiety	ogółem		
Ogółem	46,0	28	30	28	43,5	5,6
Pierwszy raz karani	50,0	24	31	24	69,6	7,7
Powtórnie karani	44,2	30	28	30	27,2	4,4

Wykres 3. Skazani na karę pozbawienia wolności z ustaw o zapobieganiu i przeciwdziałaniu narkomanii



Wykres 4. Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających oraz pełnoletni przyjęci do leczenia stacjonarnego na wolności wg wieku (odsetki badanych)



Odsetek osób poniżej 25 roku życia wśród ogółu leczonych wynosi 43,5%. Był on wyższy wśród poprzednio nie karanych i niższy wśród osób, które odbywały już wcześniej karę pozbawienia wolności. Podobnie jest z proporcją kobiet. Wśród ogółu leczonych kobiety stanowiły 5,6%, wśród odbywających swój pierwszy wyrok jest on niższy, wśród pozostałych – wyższy.

Wśród leczonych możemy wyróżnić grupę osób, dla których leczenie w zakładzie karnym jest pierwszym leczeniem w życiu. Osób, które nigdy wcześniej nie korzystały z oferty leczenia na wolności jest 46%. Wśród osób poprzednio nie karanych pozbawieniem wolności odsetek ten wynosi 50%, wśród recydywistów jest on równy 44,2%.

Jak wynika z rozkładu wieku badanych zawartego na wykresie 4. dominującą grupę stanowią osoby w wieku 20-29 lat (60,7%). Najmłodszy – poniżej 20 lat stanowią jedynie 3,2% badanych. Najstarszych przekraczających 45 lat jest 1%.

Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków odurzających legitymują się w większości stosunkowo niskim cenzusem wykształcenia (tabela 3). Ponad połowa nie osiągnęła nawet wykształcenia zasadniczego zawodowego. Osoby które legitymują się co najmniej średnim wykształceniem stanowią 7,2% badanych. Tylko dwie osoby (0,7%) nadal kontynuują naukę szkolną.

Wbrew przewidywaniom większość leczonych w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków odurzających popełniła przestępstwa ścigane nie z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a w oparciu o kodeks karny (tabela 4). Osoby pozbawione wolności na podstawie przepisów karnych ustawy stanowiły 20,3% leczonych, w tym 5,1% popełniało zarówno przestępstwa ścigane z ustawy jak i na

Tabela 3. Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających wg wykształcenia (odsetki badanych)

Podstawowe nieukończone	5,9
Podstawowe ukończone	42,0
Zasadnicze zawodowe nieukończone	9,2
Zasadnicze zawodowe ukończone	30,2
Średnie nieukończone	4,9
Średnie ukończone	6,2
Wyższe	1,0
Nadal się uczy	0,7

Tabela 4. Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających wg podstawy prawnej skazania (odsetki badanych)

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii	15,2
Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii i kodeks karny	5,1
Kodeks karny	79,7

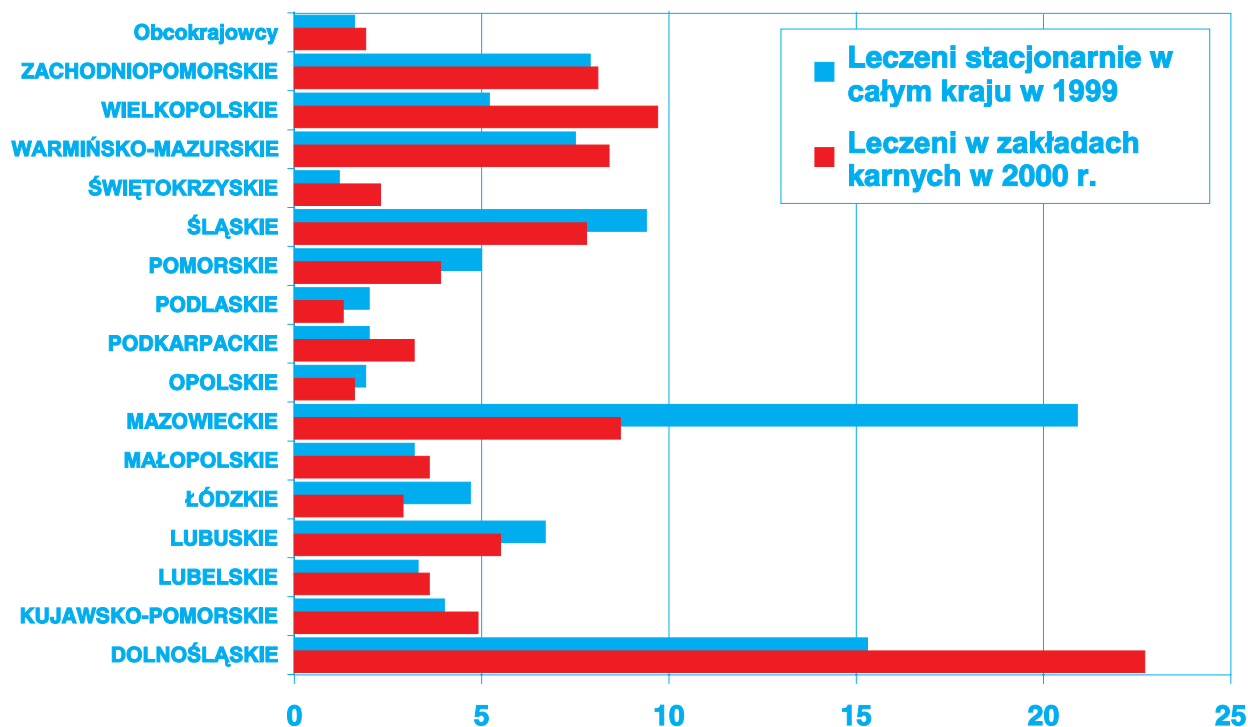
Tabela 5. Długość wyroku w miesiącach - leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających (odsetki badanych)

-12	6,8
13-24	27,9
25-36	23,4
37-48	14,9
49-60	7,5
61-72	7,5
73 +	12,0

Tabela 6. Wiek inicjacji używania narkotyków przez osoby leczone w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających (odsetki badanych)

- 9	2,0
10-14	40,3
15-19	46,6
20-24	7,4
25-29	2,0
30 +	1,7

Wykres 5. Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających oraz pełnoletni przyjęci do leczenia stacjonarnego na wolności wg województw (odsetki badanych)



mocy kodeksu karnego. W przypadku 79,7% badanych podstawą skazania był tylko kodeks karny, a więc nie były przestępstwa bezpośrednio związane z kontrolą substancji odurzających.

Ponad połowa leczonych w zakładach karnych (58,6%) odsiaduje tam względnie krótkie wyroki, tj. do trzech lat (*tabela 5*). Wyroki powyżej 6 lat ma zasądzone 12% badanych.

Kariera narkotykowa w przypadku zdecydowanej większości leczonych w systemie penitencjarnym (86,9%) rozpoczęła się, gdy mieli oni pomiędzy 10 a 19 lat (*tabela 6*). Warto zauważyć, że dla 40,3% badanych moment inicjacji przypadła na wiek 10-14 lat. Dla 11,1% leczonych pierwsze przyjęcie narkotyku przypada na okres po 19 roku życia, co jest kolejnym sygnałem wkraczania – jeszcze nieśmiałego – narkotyków jako wzoru kulturowego w świat dorosłych (Sierosławski, Zieliński 1998).

Narkotyki jakie posłużyły do inicjacji (*tabela 7*), to nie tylko konopie (32,5%), leki uspokajające i nasenne, substancje wziewne czy halucynogeny (31,2%), ale także opioidy (27,2%). Stosunkowo najrzadziej w tej roli występowały stymulanty (8,6%).

Wzór używania narkotyków w okresie bezpośrednio poprzedzającym pozbawienie wolności był zróżnicowany, zarówno co do rodzajów przyjmowanych substancji, jak i sposobów wprowadzenia ich do organizmu.

Zawarta w *tabeli 8*. analiza rozkładu podstawowego narkotyku we wzorze używania środków przed osadzeniem w zakładzie karnym przez narkomanów leczonych w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od środków odurzających wykazała, że dla większości rolę tę pełniły opioidy – 59,4%. Stymulanty, głównie amfetamina, jako narkotyk podstawowy występ-

powiały u 20,1%, konopie – u 7,4%, a inne środki – u 13,1%. Jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie narkotyki używane w czasie ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności, to opioidy występują u 61,5% leczonych, stymulanty u 65,0%, przetwory konopi u 28,2%, a inne u 40,5% (tabela 8). Zamieszczone wyżej rozkłady wskazują na uzależnienie od opioidów jako główny problem leczonych. Środki z tej grupy są często łączone ze stymulantami, szczególnie amfetaminą. Dość znaczną grupę badanych stanowią też osoby, dla których stymulanty stanowiły narkotyk podstawowy. Warto zauważyć, że wśród osób z opioidami jako narkotykiem podstawowym 67,8% używało także stymulantów, zaś wśród osób dla których stymulanty pełniły rolę narkotyku podstawowego tylko 15% sięgało także po opioidy.

Silna pozycja opiatów wiąże się ze zróżnicowanym wzorem używania środków z tej grupy. Jak przekonują dane z tabeli 9. wśród używających opioidów największą grupę stanowią używający heroiny, głównie w odmianie przeznaczonej do palenia tzw. brown sugar. Drugą liczącą się grupą są użytkownicy opiatów domowej produkcji (głównie tzw. „kompot”). Praktycznie nie spotyka się osób używających innych opioidów. Tylko jedna osoba przyznała się do używania tramalu.

Ze zróżnicowaniem w rodzaju dominującego środka korespondują różnice w sposobie przyjmowania (tabela 10). Najbardziej niebezpieczny sposób przyjmowania narkotyków, tj. w drodze iniekcji, był udziałem 38,5% badanych. Wzór oparty na heroinie wydaje się pod tym względem mniej destrukcyjny, bowiem środek ten w przeważającej większości przypadków przyjmowany był w drodze palenia. Natomiast opiaty domowej produkcji w niemal wszystkich przypadkach przyjmowane są przez iniekcje.

Tabela 7. Narkotyki używane w czasie inicjacji przez osoby leczone w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających (odsetki badanych)

Typy środków	odsetki
opioidy	27,7
stymulanty	8,6
konopie	32,5
inne	31,2

Tabela 8. Narkotyki używane w czasie ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności - odsetki wśród leczonych w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków

	Narkotyk podstawowy	Wszystkie trzy narkotyki
opioidy	59,4	61,5
stymulanty	20,1	65,0
konopie	7,4	28,2
inne	13,1	40,5

Tabela 9. Opioidy używane w czasie ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności - leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających (Odsetek wśród wszystkich badanych)

Opioidy	61,5
- w tym:	
opiaty domowej produkcji	25,0
heroina	36,9
tramal	0,3

Tabela 10. Odsetki używających narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności wśród:

wszyscy	38,5
wcześniej nie leczeni	33,3
wcześniej nie karani	24,6

Tabela 11. Odsetki używających wspólnych igieł i strzykawek wśród osób używających narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności wśród:

wszyscy	22,4
wcześniej nie leczeni	25,0
wcześniej nie karani	20,7

Odsetek przyjmujących narkotyki w iniekcjach wśród leczących się pierwszy raz w życiu jest trochę mniejszy, niż wśród wszystkich pacjentów. Znacząco mniejsza jest natomiast frakcja używających narkotyków w iniekcji wśród osób dotychczas nie karanych.

Zachowaniem szczególnie ryzykownym dla zdrowia jest dzielenie się igłami i strzykawkami. Dane na temat stosowania tego proceduru w czasie ostatnich 30 dni przed pozbawieniem wolności zaprezentowano w tabeli 11. Odsetek osób używających wspólnych igieł i strzykawek wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach wynosi 22,4%. Odsetek ten jest podobny wśród ogółu pacjentów, wśród osób dotychczas nie leczonych i wśród poprzednio nie karanych.

Jedną z najbardziej dramatycznych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków w zastrzykach są zakażenia HIV. Dane na ten temat zawiera tabela 12. Podstawą analizy są osoby, które kiedykolwiek w życiu używały narkotyków w iniekcjach. Wśród nich odsetek osób, które podały się badaniu na obecność przeciwciał HIV wynosi 89%. Wśród osób badanych odsetek zakażonych HIV jest dość wysoki i wynosi 30,3%.

Na koniec tej części analiz przytoczmy dane odnoszące się do używania narkotyków w warunkach pozbawienia wolności. Jak widać w tabeli 13, prawie połowa badanych (45,9%) przyznała się do używania narkotyków w zakładzie karnym. Tylko 4% badanych odmówiło odpowiedzi na to pytanie. Trzeba tu podkreślić, że pytanie dotyczyło używania narkotyków w warunkach pozbawienia wolności kiedykolwiek w życiu, a więc nie odnosiło się do obecnego skazania, a tym bardziej do pobytu w oddziale terapeutycznym. Można przypuścić, że przynajmniej część z osób, które sięgały po narkotyki w zakładzie karnym robiła to dawno temu i być może incydentalnie. Wydaje się jednak, że przy-

Tabela 12. Badania na obecność przeciwciał HIV wśród osób używających kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach, w tym status HIV - osoby leczone w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających

	liczba	%
Osoby stosujące kiedykolwiek iniekcje, w tym:	219	
badani na HIV	195	89,0
w tym:		
HIV+	59	30,3
HIV-	126	64,6
wynik nieznany	10	5,1

Tabela 13. Przyjmowanie narkotyków w więzieniach kiedykolwiek w życiu przez osoby leczone w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających.

	%
przyjmowały	45,9
nie przyjmowały	50,2
odmowa odpowiedzi	4,0

toczone wyniki, niezależnie od wszelkich zastrzeżeń, potwierdzają, że polski system penitencjarny, podobnie jak systemy innych krajów, nie ustrzegł się od narkotyków.

Leczeni w zakładach karnych na tle ogólnopolskich danych o leczonych stacjonarnie

Informacje o leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń pochodzą z lecznictwa psychiatrycznego. Dane obejmują również specjalistyczne lecznictwo uzależnień lekowych, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia. Dane użyte tu do porównań odnoszą się do lecznictwa stacjonarnego, obejmują zatem wszystkich przyjętych do szpitali psychiatrycznych, w tym oddziałów detoksykacyj-

nych dla narkomanów, a także ośrodków rehabilitacyjnych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej. Podstawą sprawozdawczości statystycznej lecznictwa stacjonarnego są indywidualne karty statystyczne opatrzone identyfikatorem (inicjały i data urodzenia), co pozwala uniknąć wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli w danym roku rejestrowane były przez więcej niż placówkę. Karty statystyczne wypełniane przy wypisie pacjenta zawierają obok podstawowych danych społeczno-demograficznych, miejsca zamieszkania oraz dat przyjęcia i wypisu, informacje o diagnozie choroby podstawowej i choroby towarzyszącej kodowanych według Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów. Dane prezentowane w tabelicach odnoszą się do przyjęć osób wyselekcjonowanych według obu diagnoz. Obejmują one rozpoznania F11-F16, F18 i F19. Dane o diagnozie są jedynym źródłem informacji o wzorze używania narkotyku przez leczonego.

Ze względu na specyfikę systemu zbierania danych o leczonych stacjonarnie do porównań z pacjentami oddziałów terapeutycznych w zakładach karnych możemy użyć jedynie danych odnoszących się do płci i wieku pacjentów oraz województwa zamieszkania. Do porównań weźmiemy oczywiście tylko pełnoletnich, bowiem nieletnich nie spotyka się w zakładach karnych.

Wśród pełnoletnich narkomanów leczonych stacjonarnie z powodu narkotyków kobiety stanowiły 23,6% wszystkich pacjentów. Odsetek kobiet wśród leczonych w systemie penitencjarnym, jak wspomniano wyżej, jest niższy (5,6%).

Leczeni w zakładach karnych znacznie różnią się od osób pełnoletnich leczonych stacjonarnie na wolności także pod względem struktury wieku. Jak przekonują dane z wykresu 4

leczeni w warunkach pozbawienia wolności są bardziej homogeniczni wiekowo. Ponad 60% mieści się w dziesięcioletnim przedziale 20-24 lata. W przypadku leczonych stacjonarnie także można znaleźć przedział silnej koncentracji obejmujący najmłodszych do 24 roku życia, ale mieści się w nim mniejszy odsetek leczonych. Generalnie leczeni w zakładach karnych są starsi, chociaż najstarsi (powyżej 40 lat) stanowią większą frakcję wśród leczonych na wolności.

Rozkład terytorialny według województwa zamieszkania wygląda w obu populacjach leczonych podobnie, chociaż można też wykryć pewne rozbieżności. Pod względem wskaźników na 100 tys. mieszkańców województwa o najwyższych i najniższych wskaźnikach wyglądają podobnie. Do tych pierwszych zaliczają się dolnośląskie, warmińsko-mazurskie, lubuskie i zachodniopomorskie. Do tych drugich – świętokrzyskie, podkarpackie, lubelskie, podlaskie. Największa rozbieżność wskaźników pojawia się przy województwie mazowieckim. Należy ono do pięciu województw o najwyższych wskaźnikach w lecznictwie stacjonarnym i jednocześnie odznacza się niskim wskaźnikiem leczonych w systemie penitencjarnym. To odchylenie od ogólnej prawidłowości może być jednak efektem małych liczb i dopiero nagromadzenie się danych z dłuższego okresu czasu pozwoli ustalić, czy nie wynika ono z przypadku.

Kolejne rozbieżności ujawnia analiza rozkładu procentowego porównywanych populacji osób leczonych. Dane przedstawione na wykresie 5. sugerują, że tak jak w strukturze leczonych stacjonarnie w stosunku do leczonych w zakładach karnych nadreprezentowani są mieszkańcy województwa mazowieckiego, tak w przeciwną stronę odchylają się mieszkańcy wielkopolskiego i dolnośląskiego.

Podsumowanie wyników

Podstawą zarysowania wstępnego obrazu osób skazanych na karę pozbawienia wolności, uzależnionych od narkotyków i leczonych w systemie penitencjarnym są dane zebrane pilotażowo od pacjentów tych oddziałów.

Leczeni w oddziałach terapeutycznych dla skazanych, uzależnionych od środków odurzających to głównie mężczyźni, przeważnie w wieku 20-34 lata, pochodzący z terenu całego kraju, a nawet spoza jego granic. Są oni średnio starsi od osób uzależnionych zgłaszających się do leczenia na wolności.

Podstawą skazania jest najczęściej kodeks karny. Tylko około 1/5 badanych odpowiadało z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W większości odbywają oni wyroki nie przekraczające sześciu lat.

Głównym problemem większości badanych są opioidy, najczęściej heroina w odmianie do palenia (brown sugar) lub nieco rzadziej opiaty domowej produkcji, tzw. „kompot”. Drugą

znaczoną grupę stanowią osoby z problemem stymulantów. Pod względem wzorów używania narkotyków badani nie odbiegają znacząco od osób leczonych na wolności. Podobnie jest jeśli chodzi o rozpowszechnienie zachowań ryzykownych tj. używania narkotyków w iniekcjach i dzielenie się igłami i strzykawkami.

Rozpowszechnienie zakażeń HIV nie jest wyższe, niż wśród narkomanów leczonych na wolności w miejscach, gdzie nie prowadzi się działań z zakresu ograniczania szkód.

Badanie wstępnie potwierdziło występowanie problemu używania narkotyków przez skazanych w warunkach zakładu karnego. Do przyjęcia narkotyków kiedykolwiek, conajmniej raz w zakładzie karnym przyznało się ponad 45% badanych. Sugeruje to potrzebę opracowania strategii uwzględniającej środki ograniczające ryzyko szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków.

Janusz Sierosławski

Instytut Psychiatrii i Neurologii



Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

tel.: 641-15- 01, fax: 641-15-65

e-mail: bdsnark@medianet.pl

<http://www.medianet.pl/~bdsnark>

Pismo jest bezpłatne

Adres redakcji:

ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**

Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**

Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**

tel./fax (022) 635 73 70, 635 29 30

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

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

Jacek Morawski (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

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

Włodzimierz Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)