



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 2 (18) 2002

Narkotyki

**- najlepsze wyjście
nie wchodzić**

ANTYNARKOTYKOWY TELEFON ZAUFANIA **0 801 199 990**

- płatne jak za 1 impuls w połączeniu lokalnym



TVP1

Główny partner medialny Wyższy partner redakcyjny

RADIO

11101 **TVP3**

Polonia

Światło

Viktor

Twist

Radio

Witold

nicola

FILIPINKA

Kampanie wspierane

OGÓLNOPOLSKA KAMPANIA „NARKOTYKI - NAJLEPSZE WYJŚCIE NIE WCHODZIĆ” Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkotykowi

SPIS TREŚCI

NARKOTYKI - najlepsze wyjście nie wchodzić

Anna Radomska str. 3

Spotkanie szkoleniowe dla realizatorów programów w dyskotekach inicjowanych w ramach kampanii „NARKOTYKI - najlepsze wyjście nie wchodzić”

Elżbieta Milczarek str. 6

Powołanie Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii str. 9

Rekomendacje Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii uprawniające do prowadzenia superwizji i staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków

Bogusława Bukowska str. 11

Ogłoszenia str. 13-14

Ogłoszenie Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych w sprawie wykazu kierunków studiów uprawniających do przyjęcia na szkolenie w zakresie specjalisty terapii uzależnień

Bogusława Bukowska str. 15

Problemy medyczne związane z rozszerzaniem się narkomanii wśród młodzieży w Warszawie

Teresa Wereżyńska-Bolińska str.16

Standardy opieki medycznej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

Grażyna Cholewińska str. 26

Zasady opieki terapeutycznej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

Katarzyna Puławska-Popielarz str. 36

Zasady pomocy socjalnej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

Grażyna Cholewińska str. 39

Model Opieki Terapeutycznej nad Pacjentem z HIV/AIDS uzależnionym od środków psychoaktywnych hospitalizowanym w Oddziale Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie

Małgorzata Piekarska Mankiewicz,

Grażyna Cholewińska str. 43

Mini Grupa Dublińska-Polska

Sladjana Pantelic str. 48

Używanie substancji psychoaktywnych przez poborowych gminy Warszawa-Ursynów

Janusz Sierostawski str. 50

Klasyfikacja metod leczenia uzależnień od narkotyków. Spotkanie ekspertów

Bogusław Habrat str. 64

Zaprosili nas str. 67

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

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

NARKOTYKI - najlepsze wyjście nie wchodzić

Polska scena narkotykowa począwszy od lat dziewięćdziesiątych ulega zmianom, zbliżając skalę problemu do poziomu obserwowanego w krajach zachodnioeuropejskich. Szczególnie niekorzystne tendencje obserwuje się w odniesieniu do populacji osób niepełnoletnich. Rośnie rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji wśród młodzieży, na coraz większą skalę pojawiają się nowe środki wraz z nowymi wzorami ich używania. Wzrasta również odsetek młodych osób, dla których narkotyki stały się poważnym problemem zdrowotnym - grupa ta stanowi ponad połowę zgłaszających się do leczenia. Jednocześnie używanie pewnych substancji, takich jak amfetamina czy marihuana, nie wiąże się w świadomości młodzieży z uzależnieniem, a wiedza młodzieży na temat narkotyków często jest fragmentaryczna i pełna mitów.

Biorąc pod uwagę te niekorzystne tendencje, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w maju br. zainicjowało ogólnopolską kampanię „Narkotyki - najlepsze wyjście nie wchodzić”. Uważliwienie młodzieży na fakt, że używanie narkotyków wiąże się z poważnymi szkodami zdrowotnymi i społecznymi jest głównym celem prowadzonych w ramach kampanii działań. Główne grupy docelowe kampanii to:

- młodzież przed inicjacją narkotykową, nie posiadająca osobistych doświadczeń z używaniem narkotyków
- młodzież eksperymentująca z narkotykami, po inicjacji narkotykowej.

Najważniejsze cele kampanii:

- zwiększenie wiedzy młodzieży na temat szkód związanych z używaniem narkotyków
- rozpowszechnienie informacji kierowanych do młodzieży na temat placówek profilaktycznych

- rozpowszechnienie numeru infolinii, pod którym można uzyskać informację o możliwościach otrzymania pomocy w wyspecjalizowanych placówkach
- zwiększenie bezpieczeństwa młodzieży w miejscach spędzania czasu wolnego.

Dla realizacji celów kampanii podjęto wiele inicjatyw o charakterze medialnym oraz informacyjno-edukacyjnym. Przygotowując działania medialne Krajowe Biuro starało się pozyskać do współpracy programy telewizyjne i radiowe, czasopisma adresowane do młodzieży oraz wykorzystać nowe sposoby i metody przekazu informacji, w szczególności popularny wśród młodzieży Internet.

Do najważniejszych działań zrealizowanych w maju i czerwcu br. należą:

- antynarkotykowy film społeczny „Labyrynt”- film zrealizowany przez agencję „Capitol” na podstawie scenariusza przygotowanego w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Film emitowany był równolegle przez kilka stacji telewizyjnych (TVP1, TVP2, TVP 3, MTV Polska)
- programy telewizyjne - do działań kampanii włączyła się Redakcja Młodzieżowa TVP1 poruszając w programach "Rower Błażeja" problematykę narkomanii młodzieżowej, mechanizmów wchodzenia w uzależnienie oraz nowych zjawisk na scenie narkotykowej
- kampania radiowa - emisje spotu radiowego oraz promocja celów kampanii w Radio RMF FM
- kampania plakatowa o charakterze ogólnopolskim
- publikacja w prasie plakatów ostrzegających przed używaniem narkotyków oraz artyku-

łów na temat mitów związanych z ich używaniem. W działania te zaangażowało się kilka czasopism młodzieżowych - *Cogito*, *Viktor*, *Filipinka*, *Nicole*, *Twist*

- uruchomiona została Antynarkotykowa Poradnia Internetowa. Poradnia prowadzona jest na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez Krakowskie Towarzystwo Pomocy Osobom Uzależnionym, udziela informacji i porad pod adresem: www.poradnia.narkomania.org.pl.
- rozpowszechnianie ulotek na temat mitów związanych z używaniem narkotyków i pocztówek o treści profilaktycznej w miejscach przebywania młodzieży - pubach, dyskotekach, kinach.

Jednym z istotniejszych elementów kampanii są działania nastawione na zwiększenie bezpieczeństwa młodych ludzi w miejscach rekreacji - na podwórkach, w lokalach rozrywkowych, dyskotekach, podczas koncertów.

Ważnych przesłanek do realizacji programów profilaktyki nastawionej na przeciwdziałanie rozpowszechnieniu używania narkotyków w dyskotekach dostarczają badania ankietowe i badania jakościowe prowadzone wśród młodzieży oraz doniesienia praktyków.

Powszechnie wiadomo, że zabawa taneczna jest ważnym kontekstem dla używania narkotyków - jednym z motywów używania, podawanym przez młodzież, jest poszukiwanie nowych wrażeń i możliwość uatrakcyjnienia zabawy poprzez użycie narkotyku. Lokale rozrywkowe są miejscami, w których stosunkowo często dochodzi do inicjacji narkotykowej. Narkotyki zażywane przez młodzież podczas zabawy (ekstazy, amfetamina, marihuana), często łączone z alkoholem oraz długotrwała aktywność (taniec) zwiększają prawdopodobieństwo bezpośredniego bądź pośredniego zagrożenia dla zdrowia i życia użytkownika.

Podstawowe założenia do prowadzenia programów profilaktyki narkomanii w dyskotekach oraz pomysły konkretnych rozwiązań przy planowaniu działań, zostały wypracowane podczas „Wiosennej konferencji szkoleniowej” zorganizowanej w dniach 20-21 marca 2002 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Mądralinie. Uczestnikami konferencji byli reprezentanci władz administracji rządowej i samorządowej odpowiedzialni za profilaktykę narkomanii na szczeblu województw. Uznano, między innymi, że prowadzenie działań profilaktycznych w dyskotekach stwarza możliwość dotarcia do grupy potencjalnie zagrożonej - młodzieży przed inicjacją narkotykową i zagrożonej - młodzieży eksperymentującej z narkotykami.

Główne kierunki działań podejmowanych w miejscach rekreacji powinny obejmować:

- informowanie i edukację właścicieli i obsługi lokali rozrywkowych (dyskoteki) na temat problemów używania narkotyków przez młodzież i z tym związanych czynników chroniących
- informowanie i edukację właścicieli i obsługi lokali rozrywkowych na temat przepisów prawnych związanych z narkomanią
- edukację właścicieli i obsługi lokali rozrywkowych w zakresie metod pomocy osobie z problemem narkotykowym, w szczególności pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacji zatrucia narkotykami
- informowanie młodzieży (na terenie lokali rozrywkowych, dyskotek) o szkodach związanych z używaniem narkotyków oraz możliwości uzyskania pomocy poprzez m.in. rozpowszechniane materiały informacyjne
- pozyskanie do realizacji programu osób znaczących dla młodzieży, jednocześnie posiadających wpływ na kształtowanie kultury klubowej (np. DJ-ów), do promowania zabawy bez narkotyków

Działania adresowane do młodzieży zagrożonej powinny również obejmować osoby nie zainteresowane uczestnictwem w programach zinstytucjonalizowanych. Taki kierunek oddziaływań profilaktycznych realizowany w ramach programów środowiskowych, działań liderów młodzieżowych, „programów alternatyw” poprzez szersze zaangażowanie społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych może przyczynić się znacznie do osiągnięcia celów kampanii.

Równolegle z działaniami prowadzonymi w lokalach rozrywkowych, w ramach kampanii zaplanowano podjęcie działań rekomendowanych przez uczestników VIII Europejskiej Konferencji dotyczącej Rehabilitacji i Polityki Przeciwdziałania Narkomanii, zmierzających do wycofania ze sprzedaży akcesoriów wykorzystywanych przez młodzież do używania narkotyków, m.in. poprzez dotarcie z informacją i apelem do dystrybutorów i producentów ww. akcesoriów o zaprzestanie ich rozpowszechniania.

Kampania „NARKOTYKI – NAJLEPSZE WYŚCIE NIE WCHODZIĆ” jest realizowana w dwóch etapach. Pierwszy etap (maj-wrzesień 2002 r.) otworzyła konferencja prasowa zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W maju przeprowadzono również ogólnopolskie działania medialne, dystrybucję materiałów informacyjnych dla młodzieży w lokalach rozrywkowych oraz rozpoczęto działania lokalne angażując organizacje pozarządowe. Kampania spotkała się z szerokim odzewem społecznym. Udział w kampanii zgłosiły samorządy wszystkich województw oraz kilkanaście organizacji pozarządowych (m.in. Stowarzyszenie Monar, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Lubelskie Towarzystwo „Kuźnia”, Stowarzyszenie „Karan”, Towarzystwo „Powrót z U”, Fundacja „Maraton”). Na początku czerwca odbyło się zorganizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii spotkanie realizato-

rów lokalnych działań przygotowujące przeprowadzenie pilotażowych programów w dyskotekach. Na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego województwa lubelskiego rozpoczęto również program badawczy mający na celu ocenę rozpowszechnienia używania środków uzależniających na terenie lokali dyskotekowych, szczególnie wśród nieletnich, a także opracowanie wniosków i rekomendacji użytecznych dla właścicieli lokali rozrywkowych i władz lokalnych przy planowaniu działań zapobiegających używaniu narkotyków w dyskotekach. Badanie jest prowadzone przez Lubelskie Towarzystwo „Kuźnia” przy wsparciu Uniwersytetu Lubelskiego .

Drugi etap kampanii (wrzesień - grudzień 2002 r.) wypełni podsumowanie działań realizowanych w okresie od maja do września, w tym programu pilotażowego, dystrybucja materiałów informacyjnych w kalendarzu szkolnym, opracowanie koncepcji rozszerzenia działań profilaktycznych mających na celu wzrost bezpieczeństwa młodzieży w miejscach jej przebywania i spędzania czasu wolnego, kontynuacja programu realizowanego w lokalach rozrywkowych oraz opracowanie kierunków działań adresowanych do młodzieży zagrożonej, nie zainteresowanej uczestnictwem w programach zinstytucjonalizowanych.

Anna Radomska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Uwagi i zapytania prosimy kierować na adres Krajowego Biura ds.

Przeciwdziałania Narkomanii:

kbpn@kbpn.gov.pl

bdsnark@medianet.pl

Informacja na temat kampanii dostępna jest na stronie internetowej Krajowego Biura

www.narkomania.gov.pl

www.medianet.pl/~bdsnark

Spotkanie szkoleniowe dla realizatorów programów w dyskotekach inicjowanych w ramach kampanii „NARKOTYKI-NAJLEPSZE WYJŚCIE NIE WCHODZIĆ” Warszawa, 7-8 czerwca 2002 r.

W dniach 7-8 czerwca br., w Warszawie, odbyło się spotkanie osób, które zaangażowały się w realizację kampanii „Narkotyki - najlepsze wyjście nie wchodzić”. Uczestnicy spotkania przyjechali z całej Polski z różnymi pomysłami i różnym poziomem doświadczeń w działaniach środowiskowych.

Celem spotkania było wypracowanie sposobów realizacji celów kampanii, czyli takich działań, które umożliwią dotarcie do młodzieży z informacjami o szkodach zdrowotnych i społecznych powodowanych przez narkotyki oraz podniosą poziom bezpieczeństwa w dyskotekach i na koncertach. Spotkanie zakładało także wypracowanie sposobów pozyskiwania do współpracy właścicieli lokali rozrywkowych, jak również propozycję treści szkoleń dla obsługi tych lokali.

Program spotkania przewidywał:

- zapoznanie się z wynikami badań przeprowadzonych w woj. lubelskim dotyczącymi zachowań ryzykownych w dyskotekach*,
- spotkanie z właścicielem klubu, osobą prowadzącą dyskotekę (DJ-em) oraz organizatorem koncertu w celu poznania ich opinii na temat realnych możliwości wprowadzenia programu i zakresu podejmowanych działań na terenie lokali rozrywkowych,

- omówienie arkusza obserwacji do dyskoteki, na koncert i do klubu,
- przeprowadzenie obserwacji,
- wypracowanie w trakcie warsztatu modelowego sposobu realizowania działań informacyjnych na koncertach i w dyskotekach,
- opracowanie treści, które mogą być przekazywane na szkoleniach dla właścicieli i pracowników lokali rozrywkowych dotyczących postępowania w sytuacji kryzysowej związanej z narkotykami, m.in. w przypadku zatrucia, znalezienia narkotyków lub handlu nimi.

W trakcie warsztatów podjęta została próba wypracowania pomysłów, jak można informować o skutkach i przeciwdziałać używaniu środków na koncertach i w dyskotekach.

Koncerty

warsztat prowadził Zygmunt Medowski z Towarzystwa „Mrowisko”

I nurt: „Gramy czystą muzykę” - jasno i otwarcie powinien być przekazywany komunikat, że ten koncert jest organizowany i grany bez narkotyków oraz rozdawanie materiałów informujących o szkodach, które ponoszą oso-

* Wyniki wspomnianych badań przedstawione zostaną w następnym numerze Serwisu Informacyjnego. Narkomania.

by używające narkotyków. W trakcie przerw mogą być składane „świadczenia” ludzi, którzy sami kiedyś brali lub których znajomi brali narkotyki a teraz przestrzegają przed tym innymi.

II nurt: Informacje o szkodliwości narkotyków nie są przekazywane „wprost”. Zapobieganie sięganiu po narkotyki polega na tym, że program koncertu, jego szybkie i zmienne tempo oraz wiele atrakcji sprawiają, że uczestnicy świetnie się bawią i nie muszą niczym „poprawiać” sobie nastroju.

Ważne jest, aby w trakcie koncertu było kilka „alternatywnych” miejsc, gdzie się coś dzieje, a w trakcie przerw czas też wypełniony. Powinny być zapewnione liczne miejsca, gdzie można coś zjeść lub wypić bez stania w długich kolejkach.

Organizator powinien zadbać o bezpieczne otoczenie koncertu - jak najmniej krzaków, ciemnych zakątków (można doświetlić takie miejsca), toalety powinny być często odwiedzane przez ochronę i obsługę.

Dyskoteki

warsztat prowadził Ireneusz Siudem z Lubelskiego Towarzystwa "Kuźnia"

• Działania przed imprezą:

Na materiałach reklamowych (po uzgodnieniu z organizatorem, np. ustalając współfinansowanie druku) można umieścić krótkie, chwytliwe hasła o szkodliwości narkotyków, o tym, że na tej imprezie lepiej będziesz się bawił, gdy będziesz „czysty” ponieważ „gramy tak, że nie musisz nic brać”.

• W trakcie imprezy:

Przede wszystkim, program powinien być ciekawy, zmienny, mieć szybkie tempo i zapewnić duży udział publiczności.

- DJ może mówić, że nie warto brać, że on nie bierze - bo to nie jest mu potrzebne, żeby dobrze grać,
- mogą być puszczone światła lub dymy z zaprogramowanymi napisami antynarkotykowymi, emisja spotu antynarkotykowego.

Organizator powinien zadbać o to, aby otoczenie dyskoteki było dobrze oświetlone, nie było wyjść „na chwilę” a ochrona i obsługa często odwiedzała toalety.

Dla bezpieczeństwa uczestników obsługa powinna być przeszkolona w zakresie pierwszej pomocy w przypadku zatrucia narkotykami. Powinna również reagować na sytuacje, gdy ktoś handluje lub rozdaje narkotyki- zwracać uwagę i wypraszać z imprezy.

Warto rozwinąć nurt „Dyskoteka dla małoletów” - zanim rozpoczyna się dyskoteka dla dorosłych można wcześniej (np. od godziny 18.00 do 21.00), zorganizować imprezę o podobnym programie jak dla dorosłych, ale dostosowanym do wieku. Najmłodszych bywalców imprez (11-14 lat) należy już uczyć, że na dyskotecę można się dobrze bawić bez używek.

Uczestnicy podkreślali również znaczenie działań w lokalach rozrywkowych, skierowanych do osób, które używają narkotyków. Jedną z możliwych do podjęcia strategii jest ograniczanie ryzyka związanego z używaniem narkotyków, tj. przedawkowania, negatywnych następstw stanowiących zagrożenie dla życia. Programy takie powinny być rozwijane, a realizatorzy starannie przeszkoleni.

Jednak w związku z tym, że tegoroczna kampania ukierunkowana jest przede wszystkim na przeciwdziałanie używaniu narkotyków, strategie redukcji ryzyka nie były przedmiotem zajęć warsztatowych.

Szkolenia dla właścicieli lokali rozrywkowych i obsługi w tych lokalach

Uczestnicy warsztatów zgłosili wniosek, że szkolenie takie powinno być obligatoryjne, przeprowadzone przed wydaniem koncesji na prowadzenie zakładu gastronomicznego z działalnością rozrywkową.

Pomoc po zatruciu narkotykami:

warsztat prowadził lek.med. Tomasz Pisarek z MCNiR dla Dzieci i Młodzieży w Zagórz

W zakres szkolenia powinny wchodzić podstawowe informacje dotyczące szkodliwego działania substancji psychoaktywnych, zwłaszcza tych używanych w dyskotekach oraz postępowania w sytuacji zagrożenia życia. Należy zwrócić szczególną uwagę na to, że narkotyki są często mieszane z alkoholem, co zmienia ich działanie.

Szczególnie ważne informacje w przypadku zatrucia narkotykami:

- konieczne jest odizolowanie chorego od otoczenia (szczególnie od świateł stroboskopowych i świetlówek),
- zapewnienie opieki co najmniej dwóch, a najlepiej czterech osób (ze względu na konieczność unieruchomienia osoby pobudzonej),
- zapewnienie odpowiedniego okrycia lub chłodzenia,
- nie podawanie żadnych leków, nie prowokowanie wymiotów,
- zebranie wywiadu od chorego, ewentualnie od osób towarzyszących mu,
- zabezpieczenie substancji, ewentualnie wymiocin,

- powstrzymanie się od jakichkolwiek innych działań do czasu przybycia lekarza.

Program szkolenia dla obsługi powinien uwzględniać umiejętność ułożenia chorego w „pozycji bezpiecznej”.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii

warsztat prowadzili Sławomir Stochmal z CBS KG Policji i Leszek Trzaska z Ośrodka Metod Kształcenia dla Nauczycieli

W trakcie szkolenia powinny być omówione przepisy karne związane z łamaniem Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ważne jest podanie dokładnych informacji, kogo i gdzie należy poinformować o handlu, nakłanianiu i posiadaniu narkotyków, oraz zwrócenie szczególnej uwagi na artykuł 46a Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Posumowanie

Jest to pierwsza próba inicjowania takich działań w Polsce i mamy nadzieję, że w trakcie wakacji, w ramach programów pilotażowych, pomysły te zostaną zweryfikowane i poprawione.

Zapraszamy do otwartej dyskusji na ten temat, do wyrażania opinii, które działania były skuteczne, co "chwyciło" w środowisku i podobało się adresatom, a które działania zaaprobowali organizatorzy imprez.

Kampania zaplanowana jest na dwa lata. Mamy nadzieję, że czas ten pozwoli na wypracowanie skutecznych i atrakcyjnych form działań, które będą stanowiły podstawę wystandaryzowanych programów realizowanych w miejscach, gdzie młodzież spędza wolny czas.

Elżbieta Milczarek

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Powołanie Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Narkomania jest zjawiskiem społecznym, które angażuje wiele służb publicznych o różnym zakresie kompetencji, m.in. organy administracji rządowej, placówki oświatowe, służby zdrowia oraz podmioty odpowiedzialne za ściganie przestępczości narkotykowej. W przeciwdziałaniu zjawisku dużą rolę odgrywają także stowarzyszenia, fundacje czy związki wyznaniowe. Biorąc pod uwagę wymaganą interdyscyplinarność działań, w wielu krajach powoływane są jednostki odpowiedzialne za koordynację podejmowanych przedsięwzięć, zarówno na poziomie lokalnym, jak i centralnym. Ich usytuowanie w strukturze organów administracji rządowej często znajduje się przy Premierze. Z takimi rozwiązaniami prawnymi mamy do czynienia m.in. we Francji i Wielkiej Brytanii. Podobnie w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii przyjętej przez polski Parlament w 1997 r. zawarto zapisy, mówiące o powołaniu przy Prezesie Rady Ministrów międzysektorowego ciała - Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Szczegółowy zakres zadań oraz warunki i tryb jej działania reguluje stosowne rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów. Powołanie Rady od dawna było oczekiwane przez niemal wszystkie osoby i instytucje zajmujące się problemem narkomanii w kraju, a także przez międzynarodowe gremia koordynujące akcesję Polski do Unii Europejskiej. W związku z powyższym, z dużym zadowoleniem zostanie zapewne przyjęta wiadomość, że w dniu 10 czerwca

2002 r. Prezes Rady Ministrów powołał Radę do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. W jej skład wchodzi przedstawiciele centralnych organów administracji rządowej oraz organizacji pozarządowych i związków wyznaniowych. Do jej podstawowych zadań należy m.in. przedstawianie Prezesowi Rady Ministrów opinii dotyczącej projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, występowanie do ministra właściwego do spraw zdrowia z propozycjami zmian i uzupełnień do Krajowego Programu oraz opiniowanie sprawozdań z jego realizacji. Rada została także zobowiązana do opiniowania oraz występowania do właściwych ministrów z propozycjami zmian do obowiązujących aktów prawnych dotyczących przeciwdziałania narkomanii. Na Przewodniczącą Rady Prezes Rady Ministrów mianował Jana Kopczyka - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, natomiast Sekretarzem Rady został Piotr Jabłoński - Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (poniżej publikujemy cały skład Rady). Wyrażamy nadzieję, że działalność tego międzysektorowego ciała przyczyni się do stałej wymiany myśli i doświadczeń pomiędzy przedstawicielami różnych służb publicznych i dyscyplin, a tym samym pomoże rozwinąć bardziej skuteczne strategie w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Bogusława Bukowska
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Skład Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

1. **Przewodniczący – Jan Kopczyk** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
2. **Sekretarz – Piotr Jabłoński** – Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
3. **Janusz Sierosławski** – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii
4. **Jadwiga Karczewska** – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
5. **Lidia Woć** – Komisarz Wydziału ds. Patologii Społecznych, Komenda Główna Policji
6. **Andrzej Niewielski** – Zastępca Dyrektora Biura Ministra Sprawiedliwości
7. **Marzena Ksel** – Naczelny Lekarz Więziennictwa, Centralny Zarząd Służby Więziennej
8. **Jacek Uczkiewicz** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów
9. **Magdalena Wardyńska-Ziółek** – Zastępca Dyrektora Departamentu Kształcenia Ogólnego, Specjalistycznego i Profilaktyki Społecznej, Ministerstwo Edukacji i Narodowej i Sportu
10. **Elżbieta Matejka** – Naczelnik Wydziału Profilaktyki, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu
11. **Maria Burowska** – Główny Specjalista w Departamencie Produkcji Rolniczej, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
12. **Krzysztof Sikora** – Dyrektor Departamentu Wychowania i Promocji Obronności, Ministerstwo Obrony Narodowej
13. **Jerzy Gierlacki** – Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej
14. **Janusz Nosek** – Dyrektor Zarządu Ochrony Ekonomicznych Interesów Państwa, UOP*
15. **Maciej Tokarczyk** – Wiceprezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
16. **Witold Wieniawski** – Przewodniczący Komitetu Farmakopei Polskiej. Główny Inspektor Farmaceutyczny
17. **Marek L. Grabowski** – Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego
18. **ks. Stanisław Jurczuk** – Kościół Rzymsko-Katolicki, Sekretariat Prymasa
19. **Elżbieta Byrtek** – Polska Rada Ekumeniczna
20. **Maciej Czerwiński** – Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej
21. **Romana Dławichowska** – Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
22. **Danuta Ryglewicz** – Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii
23. **Marek Kotański** – Prezes Stowarzyszenia MONAR
24. **Ryszard Ulicki** – Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii
25. **Jolanta Łazuga-Koczurowska** – Prezes Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych
26. **Janusz Zimak** – Przewodniczący Stowarzyszenia „Powrót z U”

* W związku z likwidacją UOP podjęto kroki w celu nominowania przedstawiciela właściwego urzędu

Rekomendacje Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

**uprawniające do prowadzenia superwizji i staży klinicznych
w ramach programu specjalistycznego szkolenia
w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków**

Jak już informowaliśmy w poprzednim numerze „Serwisu Informacyjnego. Narkomania” Nr 1(17) 2002, Minister Zdrowia podpisał w lutym br. Regulamin zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Zgodnie z zapisami wyżej wymienionego Regulaminu program szkolenia obejmuje, oprócz zajęć teoretycznych, treningów psychologicznych i warsztatów, także staż kliniczny oraz superwizję kliniczną.

Staż kliniczny w ramach programu specjalistycznego szkolenia certyfikowanego przez Ministra Zdrowia może odbywać się w zakładach opieki zdrowotnej rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w następujących typach placówek leczenia osób uzależnionych od narkotyków:

- stacjonarne placówki rehabilitacji dorosłych
- stacjonarne placówki rehabilitacji dla dzieci i młodzieży
- poradnie terapii uzależnienia dla dorosłych
- poradnie terapii uzależnienia dla dzieci i młodzieży.

W celu wyłonienia placówek uprawnionych do prowadzenia staży klinicznych Krajowe Biuro w marcu br. umieściło na łamach niniejsze-

go pisma ogłoszenie w sprawie konkursu na uzyskanie stosownych rekomendacji. Zgodnie z treścią ogłoszenia placówka ubiegająca się o rekomendację powinna spełniać następujące kryteria:

- a) posiadać rejestrację zakładu opieki zdrowotnej i prowadzić terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres:
 - co najmniej 10 lat - w przypadku udzielania świadczeń w formie stacjonarnej
 - co najmniej 7 lat - w przypadku udzielania świadczeń w formie ambulatoryjnej,
- b) program terapeutyczny placówki i program stażu klinicznego powinien uzyskać akceptację Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych,
- c) zatrudniona kadra powinna posiadać udokumentowane szkolenia przydatne w prowadzeniu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- d) co najmniej 60% personelu merytorycznego placówki powinny stanowić osoby posiadające wykształcenie wyższe,
- e) kadra merytoryczna powinna posiadać doświadczenie w prowadzeniu staży zawodowych, praktyk studenckich, szkoleń itp.

Na konkurs wpłynęły oferty z całej Polski. Zdecydowaną większość stanowiły zgłoszenia

z placówek całodobowych - oddziałów i ośrodków rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Zaledwie kilka ofert wpłynęło z placówek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym. Ostatecznie z 16 zgłoszonych placówek Dyrektor Krajowego Biura w porozumieniu z Radą ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych rekomendował 10 zakładów do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu szkoleniowego.

Analogiczną procedurę konkursu zastosowano przy wyborze osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków. Przed kandydatami postawiono następujące wymagania:

- a) aktualne zatrudnienie w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków,
- b) co najmniej 15 letnie doświadczenie w terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- c) wykształcenie wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia,
- d) doświadczenie w pracy dydaktycznej, szkoleniowej,
- e) dorobek w samodzielnym kierowaniu programem/programami terapeutycznymi dla osób uzależnionych od narkotyków,
- f) przestrzeganie zasad etyki zawodowej.

Spośród 29 osób, które ubiegały się o uzyskanie rekomendacji, wybrano 13, natomiast 1 osobę poproszono o uzupełnienie złożonej dokumentacji (nie została jeszcze podjęta ostateczna decyzja w tej sprawie). W czerwcu br. wszyscy rekomendowani do prowadzenia staży klinicznych spotkali się w Krajowym Biurze ds.

Przeciwdziałania Narkomanii. Podczas spotkania omówiono kwestie dotyczące dalszego doskonalenia umiejętności zawodowych rekomendowanych superwizorów oraz opracowania standardów prowadzenia superwizji klinicznej.

Wszystkim pracownikom placówek, które uzyskały rekomendację oraz superwizorom składamy serdeczne gratulacje.

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

OGŁOSZENIE

W wyniku rozstrzygniętego konkursu, niżej wymienione osoby uzyskały rekomendację Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającą do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Imię i Nazwisko	Miejsce pracy
Piotr Adamiak	ZOZ Dla Dzieci i Młodzieży MONAR ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź
Alina Bukowska	NZOZ Poradnia Leczenia Uzależnień „Eleuteria” ul. Dzielna 7, 00-154 Warszawa
Krystyna Grzywińska	Samodzielny Wojewódzki Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa, Oddział Grzmiąca XVI
Kazimierz Jarzębski	Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania”, ul. Leśna 13/14, 42-244 Mstów
Małgorzata Kowalcze	SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Park Hutniczy 6, 41-800 Zabrze
Jolanta Łazuga-Koczurowska	NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „Mrowisko” al. Niepodległości 817a, 81-850 Sopot
Andrzej May-Majewski	Centrum Leczenia Uzależnień „Familia” ul. Huberta 60, 44-100 Gliwice
Katarzyna Puławska-Popielarz	Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacji Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, 05-154 Kazuń-Bielany
Elżbieta Rachowska	Ośrodek Terapii Odwykowej i Uzależnień ul. Tramwajowa 2, 87-100 Toruń
Jarosław Straszny	Wojewódzki Ośrodek Psychoterapii Uzależnień Lekowych, ul. Stelmacha 9, 43-500 Czechowice-Dziedzice
Barbara Synowiecka-Łapińska	SPZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień, 84-221 Smażyno 9
Tomasz Wolfart	SPZOZ Miejski Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży, ul. Piotrkowska 67, 90-422 Łódź
Małgorzata Polecińska	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach - Wojewódzki Ośrodek Psychoterapii Uzależnień Lekowych w Czechowicach-Dziedzicach, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice

OGŁOSZENIE

W wyniku rozstrzygniętego konkursu, niżej wymienione placówki uzyskały rekomendację Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającą do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Nazwa i adres placówki	Kierownik
NZOZ Dla Dzieci i Młodzieży MONAR ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź	mgr Piotr Adamiak
NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „Mrowisko”, al. Niepodległości 817a, 81-850 Sopot	mgr Jolanta Łazuga-Koczurowska
NZOZ MONAR Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży, ul. Agrarna 2, 80-298 Gdańsk	mgr Jolanta Łazuga-Koczurowska
Wojewódzki Ośrodek Psychoterapii Uzależnień Lekowych, ul. Stelmacha 9, 43-500 Czechowice-Dziedzice	mgr Jarosław Straszny
Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, Centrum Profilaktyczno-Rehabilitacyjne Sp. z o.o. ul. Dębowa 5, 44-100 Gliwice <i>(placówka rekomendowana dla osób zainteresowanych terapią pacjentów z podwójną diagnozą)</i>	dr Andrzej May-Majewski
SPZOZ Miejski Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży Zagrożonej Narkomanią ul. Piotrkowska 67, 90-422 Łódź	mgr Tomasz Wolfart
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Toruniu, Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień, ul. Tramwajowa 2, 87-100 Toruń	mgr Elżbieta Rachowska
Ośrodek Rehabilitacji Młodzieży Nieprzystosowanej i Uzależnionej Lekowo ul. Kaszyska 35, 43-382 Bielsko-Biała	mgr Eugeniusz Makówka
Ośrodek Rehabilitacyjno - Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania” ul. Leśna 13/14, 42-244 Mstów	ks. bp prof. Antoni Długosz
SPZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień, 84-221 Smażyno 9	mgr Jacek Sękiewicz

Ogłoszenie

Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych

**w sprawie wykazu kierunków studiów uprawniających do przyjęcia
na szkolenie w zakresie specjalisty terapii uzależnień**

Zgodnie z treścią Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków, o przyjęcie na szkolenie dla Specjalisty Terapii Uzależnień mogą ubiegać się osoby, które ukończyły szkołę wyższą i uzyskały tytuł magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia.

Biorąc pod uwagę, że oddziaływania terapeutyczne wobec osób uzależnionych mają charakter wielostronny i angażują specjalistów z różnych dziedzin, Rada uznała, że o przyjęcie na szkolenie w zakresie specjalisty terapii uzależnień mogą ubiegać się osoby, które uzyskały tytuł magistra na następujących kierunkach studiów:

1. Filozofia
2. Nauki o rodzinie
3. Pedagogika
4. Pedagogika specjalna
5. Psychologia
6. Socjologia
7. Teologia

Ponadto Rada uznała, że zgodnie z zapisami ustawy z dn. 30. 08. 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.) osoby, które ukończyły:

1. Kierunek lekarski
2. Pielęgniarstwo

są także uprawnione do przyjęcia na szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień.

Zdając sobie sprawę, że w terapii pacjentów uzależnionych od narkotyków pracują także osoby, które ukończyły inne kierunki studiów niż wyżej wymienione, Rada postanowiła rozpatrywać wnioski tych osób dotyczące kwalifikacji na szkolenie w zakresie specjalisty terapii uzależnień w trybie indywidualnym.

Wnioski w tej sprawie można przysyłać na adres Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.

Bogusława Bukowska
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Problemy medyczne związane z rozszerzaniem się narkomanii wśród młodzieży w Warszawie

Uwagi ogólne

Od czterech lat różne źródła opiniotwórcze sygnalizują pojawienie się w Polsce wszystkich znanych w świecie substancji psychoaktywnych, które przyjmowane są przez różne grupy wiekowe młodzieży. Narkotyki stosuje się przede wszystkim z powodu bezkrytycznej mody na odurzanie się, bez wiedzy o działaniu i konsekwencjach wynikających z siły uzależniającej poszczególnych substancji.

Wiadomo, że narkotyki znalazły w Polsce swoje miejsce, a narkomania dotyczy głównie młodzieży. Popyt jest tak duży, że trudno uwierzyć, iż uda się z tą patologią skutecznie walczyć bez połączenia sił różnych instytucji państwowych i istniejących już placówek profilaktyczno-leczniczych.

Wiek inicjacji narkotycznej znacznie się obniża, co implikuje konkretne skutki medyczne i psychologiczne. Funkcjonowanie rodziny z problemem narkotycznym prowadzi do destrukcji rodziny, w przyszłości zaś może stanowić zagrożenie dla bytu społeczeństwa i narodu.

O ile nie chcemy stracić części młodych pokoleń w kolejnych grupach wiekowych musimy podjąć walkę o przyszłość zagrożonej narkomanią młodzieży dostrzegając skalę zjawiska.

Znając doświadczenia krajów zachodnich, konieczne jest rozdzielenie ról między poszczególne struktury państwa, administracji woje-

wódzkich, lokalnych i samorządowych, aby powstrzymać rozszerzanie się narkomanii działając racjonalnie w oparciu o wiedzę, którą zdobyli inni oraz o własne, wypracowane przez lata metody profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Przedstawiciele organizacji międzynarodowych przyznają, że batalię z handlarzami narkotyków przegrali ale my możemy korzystać także z negatywnych doświadczeń różnych krajów i stworzyć własny system przeciwdziałania narkomanii. W tym kierunku moim zdaniem zmierza nowelizacja Ustawy, która zniósła przepis o możliwości posiadania niewielkich ilości narkotyków.

Handel narkotykami jest tak intratnym procederem, że byłoby truizmem nie doceniać go i nadal biernie przyglądać się rozwojowi sytuacji.

Narkomania jest przerażającą patologią społeczną, zagraża utratą zdrowia lub życia młodych ludzi, którzy sami nie poradzą sobie wchodząc w wyniszczający nałóg, z którego może nie być już powrotu. Młodzież zagrożona uzależnieniem więc musi mieć bogatą ofertę dotyczącą miejsc leczenia, nie może być ona zmuszana do ograniczonego wyboru konkretnej placówki, tylko dlatego, że ważne są interesy, zaszczyty i popularność tych ośrodków i ich liderów. Nikt w świecie nie znalazł tej jedynej, najlepszej metody leczenia, nikt też nie ma wyłączności na efektywne leczenie dla wszystkich

i dlatego powinniśmy skupić uwagę na poznaniu różnych stosowanych metod, udoskonalać je nie godząc się jednocześnie na niebezpieczne eksperymenty stosowane przez osoby przypadkowo i koniunkturalnie podejmujące się leczenia osób wchodzących w uzależnienie.

Uważam, że sytuacja jest poważna, dotyczy w znacznej skali województwa mazowieckiego oraz miasta Warszawy i mamy coraz mniej czasu, aby skutecznie przeciwstawiać się modnemu obyczajowi przyjmowania narkotyków przez młodzież a nawet dzieci, często nieświadome zagrożenia jakie niosą eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi.

Kolejność przyjmowania poszczególnych substancji psychoaktywnych i oczekiwane efekty działania a także skutki toksyczne, które mogą powodować

Kanabinoidy (marihuana, skun, haszysz, olejek haszyszowy) uzyskiwane z rośliny konopi indyjskich stosowane są przez większość młodzieży już na poziomie ostatnich klas szkoły podstawowej w celu poprawienia jakości zabawy. Te substancje zwane są narkotykami "rekreacyjnymi", ponieważ wyzwalają stan płytkiej euforii, czyli podnoszą nastrój, pozwalają się "wyluzować", bez troski śmiać, dają większą energię do zabawy, odrywają od codzienności. Niestety działają także toksycznie na ośrodkowy układ nerwowy i uzależniają, głównie psychicznie, czasami wywołują zaburzenia psychiczne psychotyczne lub ujawniają chorobę psychiczną.

Substancje halucynogenne syntetyczne (LSD, PCP) znacznie pobudzają psychoruchowo, niekiedy doprowadzają do agresywnego za-

chowania, zaburzają poczucie schematu ciała, pojawiają się iluzje i halucynacje, a czasem urojenia. Te zwiewne zaburzenia psychiczne mogą przekształcić się w psychozy wymagające leczenia szpitalnego.

Naturalne halucynogeny: bielun dziedzierrzawa zawierająca pochodne atropiny oraz grzyby, w których działanie halucynogenne zależy od psylocybiny lub muskaryny działają podobnie, częściej wywołują zaburzenia świadomości. Przyjmowane są raczej okazjonalnie dla przeżycia "innego stanu świadomości", z ciekawości i potrzeby przeżycia czegoś nadzwyczajnego, bezkrytycznie i bez wiedzy o tym, że substancje halucynogenne mogą powodować wystąpienie krótkotrwałej choroby psychicznej (delirium) lub długotrwałej, podobnej do schizofrenii.

Leki z grupy benzodiazepin i barbituranów istniejące prawie w każdym domu, stosowane są w celach demonstracyjnych prób samobójczych przy drobnych konfliktach rodzinnych. Przyjmowane są także, aby się „odurzyć”, zapomnieć o stresach lub naśladować rodziców, doraźnie poprawić sen.. Ogólnie leki z tych dwóch grup spowalniają ruchy i mowę, powodują zaburzenia równowagi, w dawce toksycznej rozdrażniają i wywołują agresję i ostatecznie powodują ilościowe zaburzenia świadomości do śpiączki i zgonu włącznie. W niektórych przypadkach leki połączone z alkoholem lub kanabinoidami mogą dawać szczególnie niebezpieczny stan majaczeniowy (delirium o etiologii mieszanej), który wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej. Często tylko leczenie szpitalne może wyprowadzić zintoksykowaną osobę z majaczenia lub splątania, które są jakościowymi, ciężkimi zaburzeniami świadomości.

Amfetamina i jej pochodna ekstazy są to substancje pobudzające ośrodkowy układ nerwowy, stosowane przez niektórych, aby poprawić szybko sprawność intelektualną, tj. nauczyć się błyskawicznie i nadrobić zaległości w szkole lub na uczelni, zabłysnąć w środowisku zawodowym nadaktywnością, „wybić się ponad przeciętność”, pracować bez odpoczynku, potrzeby snu i jedzenia, ostatecznie prowadzi to do wyniszczenia fizycznego i psychicznego, a wtedy traci się wszystkie osiągnięte wcześniej cele. Ta pozornie pozytywna motywacja do przyjmowania amfetamin, doprowadza do ciężkiego uzależnienia, głównie psychicznego, a wzrost tolerancji na amfetaminę zmusza do stałego podnoszenia dawki i powoduje konieczność stosowania jej dożylnie. Większość konsumentów amfetaminy ma inne cele, chce się dobrze bawić, dużo mówić, pobudzenie wykorzystuje np. do szaleńczej jazdy samochodem bez potrzeby przestrzegania jakichkolwiek zasad bezpieczeństwa w ruchu lub tańczyć i skakać oraz krzyczeć na koncertach i imprezach sportowych. Dla tych powodów amfetamina bywa stosowana okazjonalnie i jest tylko eksperymentem w "marszu" do heroiny. Amfetamina jest jednak wyjątkowo toksycznym narkotykiem, powoduje zaburzenia psychiczne w czasie intoksykacji tj. w stanie odurzenia, które mijają po ustąpieniu działania tej substancji. Są to zazwyczaj pojedyncze objawy psychotyczne, które można określić jako nastawienia urojeniowe kso-bne lub prześladowcze zwane przez młodzież „łapaniem paranoi”. Amfetamina może doprowadzić do krótkotrwałej, egzogennej choroby psychicznej wymagającej leczenia psychiatrycznego. Amfetamina ma także zdolność do wyzwiania psychoz endogennych,

po leczeniu których na ogół pozostaje defekt psychiczny polegający na spadku zainteresowań i aktywności, zaburzeniach uczuciowości wyższej oraz zaburzeniach toku myślenia. Objawy te wymagają długotrwałego leczenia i rehabilitacji, nie zawsze ustępują, pozostają jako forma rezydualna, praktycznie wymagająca przewlekłego leczenia psychiatrycznego.

Kokaina i crack są to substancje pobudzające, dodatkowo mają właściwości znieczulające i w tym zakresie stosowane są w medycynie. Te substancje ze względu na bardzo wysoką ich cenę przyjmowane są przez młodzież sporadycznie, z ciekawości i głównie z potrzeby spróbowania działania nieznannej substancji niż dla dłuższego stosowania. Kokaina jest narkotykiem ludzi bogatych, czasem niestety także ich dzieci a także narkotykiem osób należących do grup przestępczych. Kokaina uzależnia psychicznie i bardzo szybko niszczy charakter człowieka. Osoba uzależniona od kokainy staje się nieczuła na potrzeby rodziny, kłamie, oszukuje, zachowuje się jakby nie istniały żadne normy etyczne i moralne, traci uczucia wyższe, bywa agresywna, wulgarna, może popadać w poważne konflikty prawne. Kokaina u niektórych konsumentów powoduje znaczne pobudzenie seksualne z dążeniem do coraz bardziej wyrafinowanego seksu, co naturalnie prowadzi do przypadkowych kontaktów seksualnych ze wszystkimi konsekwencjami, tj. przenoszeniem chorób drogą płciową (choroby weneryczne, HIV). Kokaina łączona jest chętnie z alkoholem, ciąg kokainowy kończy się znużeniem i snem. Kokaina może wywoływać zaburzenia psychiczne: delirium kokainowe lub psychozy o charakterze paranoicznym.

Heroina (brown sugar) substancja psychoaktywna, działa hamująco na ośrodkowy układ nerwowy, jest bardzo popularna, przyjmowana przez coraz większą grupę młodzieży, powoduje stan płytkiej euforii z pobudzeniem a następnie oszołomieniem.

Heroina jest takim narkotykiem, który chce się brać, aby było „fajnie”, aby „kręciło”, w celu przeżycia „odlotu”. Stan głębszego odurzenia heroiną przejawia się sennością i płytkim snem. Na ogół pierwsza próba przyjęcia heroiny kończy się wymiotami, co jest wyrazem nietolerancji tej substancji. Ten moment powinien być ostrzeżeniem dla każdego, kto zetknął się z tym narkotykiem.

Dość często powrót do heroiny jest odległy w czasie, ale niestety następuje u tych, którzy przyjmowali już inne narkotyki, ale nie uzyskiwali tak intensywnych doznań. Trudno zrozumieć dlaczego heroina wciąga tak wiele osób, z których prawie każda jest przekonana na początku swych praktyk z heroiną, że w odpowiednim czasie zaprzestanie ją przyjmować. Potencjał uzależnieniowy heroiny jest tak wielki, że wtedy, kiedy chce się przerwać przyjmowanie tej substancji już nie można jej odstawić bez konkretnych dolegliwości fizycznych i psychicznych.

Heroina jest narkotykiem należącym do grupy opioidów, podobnie jak od wielu lat w Polsce stosowany dożylnie "kompot". Na substancje opioidowe rośnie szybko tolerancja, co musi spowodować konieczność podnoszenia dawki a potem stosowania ich dożylnie. "Kompot" jest substancją płynną, zawierającą głównie opium i morfinę nazwaną polską heroiną, uzyskiwany domowym sposobem z słomy makowej, jest bardzo toksyczny i szybko uzależniający.

Wszyscy profesjonalnie zajmujący się od wielu lat uzależnionymi wiedzą, że wytworzo-

ny nałóg opioidowy po przyjmowanym przezwlekle "kompocie" przeważnie słabo poddaje się leczeniu, prowadzi do wszelkich powikłań jakie są możliwe przy stosowaniu dożylnym, a więc do zakażeń wirusami hepatotropowymi i infekcji wątroby, do zakażeń HIV, oraz licznych zakażeń ogólnobakteryjnych, posocznic.

Nadużywanie heroiny (brown sugar) w odróżnieniu od "kompotu" przyjmowanej w sposób wziewny, w wstępnej fazie wytwarzania się uzależnienia daje niepełny zespół "głodu" fizycznego przy odstawianiu, na ogół nie obserwuje się objawów z przewodu pokarmowego lub są one słabo wyrażone. Ta nieczysta heroina powoduje nieprzepartą chęć do dalszego jej palenia, co w znacznym stopniu uniemożliwia niektórym nawet ukończenie detoksykacji. Natrętne myśli o heroinie powodują przerwy w leczeniu i rehabilitacji, niezależne od metody leczenia w tym okresie.

Nieudane próby detoksykacji, często ponawiane u różnych lekarzy łączą się z przyjmowaniem bardzo wielu leków z różnych grup, niekiedy z grupy opiatów (metadon, tramal, kodeina), co praktycznie utrudnia detoksykację w tej fazie tworzenia się zależności, ponieważ pozostają w organizmie opioidy zawarte w lekach, od których należy się także odtruć.

Podawanie zejściowych dawek leków opiatowych łagodzi zespół abstynencyjny, ale de facto nie odtruwa do końca. Leki opiatowe wymagają odstawienia, podobnie jak heroina. Skutkiem małej wiedzy o działaniu poszczególnych leków jest szybki powrót do heroiny wbrew oczekiwaniom osoby leczonej i jej rodziny. Osoby mało zorientowane w działaniu poszczególnych substancji opioidowych leczenie detoksykacyjne lekami zastępczymi z grupy opiatów traktują jako jedyny skuteczny śro-

dek w odstawieniu heroiny. Nie rozumieją też, dlaczego natychmiast wracają do heroiny, chociaż się leczyły a objawy abstynencyjne były mało dolegliwe nagłe odstawienie leków opiatowych spowodowało powrót objawów „głodu fizycznego”.

Leki zastępcze z grupy opiatów mogą być używane do leczenia objawów abstynencji opioidowej, ale stosowanie ich powinno być ograniczone do leczenia osób, u których uzależnienie jest głębokie, objawy abstynencyjne ciężkie, trudne do znoszenia i nie istnieje duże ryzyko przerwania leczenia w okresie odstawiania leków z grupy opioidów.

Leki te przyjmowane są często na własną rękę, zdobywane w sposób nieformalny lub zlecane przez osoby nie mające doświadczenia w leczeniu uzależnienia opioidowego. Inne leki z grupy benzodiazepin o długim okresie wydalania lub leki z grupy barbituranów oraz neuroleptyki lub leki o działaniu przeciwdepresyjnym przyjmowane w dawkach toksycznych u niektórych osób tak leczonych powodują dysforie gniewne, wyzwalają agresję, niekiedy realizowane są w tych stanach zamiary samobójcze lub dokonywane są samouszkodzenia.

W stanach głębokiej intoksykacji lekowej mogą wystąpić objawy deliryjne, a po nagłym odstawieniu tych leków np. w wyniku przerwania leczenia lub gwałtownego zaprzestania podawania ich, występują napady padaczkowe abstynencyjne.

Neuroleptyki o dużej sile działań niepożądanych powodują u osób zdrowych psychicznie, a jedynie uzależnionych od heroiny, objawy pozapiramidowe, co zniechęca skutecznie do dalszego leczenia, a leki stosowane w leczeniu depresji nie zawsze mają uzasadnienie w używaniu ich w leczeniu zespołu abstynencyjnego.

Taki model leczenia "za wszelką cenę" jest z punktu widzenia lekarza mającego doświadczenie w leczeniu detoksykacyjnym niedopuszczalny, ponieważ szkody, jakie spowodują leki zlecone w nadmiarze mogą być trwałe tj. prowadzą do mikrouszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego i zaburzeń organicznych osobowości. Jest więc bardzo istotne, aby detoksykacja w tej wstępnej fazie uzależnienia od heroiny była prowadzona w sposób profesjonalny.

Metoda tzw. szybkiej detoksykacji z włączeniem równoczesnym leków antagonistycznych lub blokujących receptory opioidowe nie powinna być stosowana powszechnie i w warunkach ambulatoryjnych u osób bardzo młodych i mało znających mechanizmy uzależnienia od heroiny. Część tych osób zintoksykowana lekami i z włączonym zbyt szybko blokerem łamie abstynencję heroiną i umiera wskutek przedawkowania heroiny, ponieważ w takim stanie spada tolerancja na heroinę, a leki stosowane w nadmiarze potencjalizują działanie opiatów.

Coraz niższy wiek osób przyjmujących heroinę i coraz większa liczba konsumentów heroiny narzuca konieczność wyjątkowo dobrego przeszkolenia lekarzy podejmujących detoksykację w warunkach domowych i wymaga uwzględniania wszystkich okoliczności związanych z właściwościami stosowanych leków, ich interakcji z substancjami psychoaktywnymi, którymi w czasie domowego leczenia może być łamana abstynencja.

Umiejętność dopasowywania dawek leków do rzeczywistej głębokości uzależnienia ma również zasadnicze znaczenie, pozwala unikać przedawkowywania zlecanych leków, jest leczeniem mniej toksycznym.

Wcześniej postawiona diagnoza oceniająca charakter leczonej osoby pozwala trafniej

ustalić metodę leczenia i możliwości leczenia ambulatoryjnego, ponieważ niektóre cechy osobowości często przesądzają o niepowodzeniu leczenia w warunkach domowych.

Brak współpracy z rodziną lub mała jej wiedza o możliwościach powikłań wynikających z tendencji do dobierania leków na własną rękę i możliwości łamanie abstynencji w czasie domowego leczenia również utrudnia efektywne leczenie.

Większość rodzin oczekuje bardzo szybkiego efektu, nie przyjmuje do wiadomości, że jej bliska osoba deklarująca chęć do zaprzestania przyjmowania heroiny może oszukiwać w czasie leczenia, daje wiarę zapewnieniom osoby leczonej o jej prawdomówności, obciąża lekarza, doprowadzając do konfliktów i manipulacji słownej, która niweczy podjęte wysiłki leczenia ambulatoryjnego. Taka osoba nie powinna być leczona w domu, ponieważ wykorzysta ona wszystkie możliwości do łamania abstynencji.

Nieprofesjonalnie przeprowadzona detoksykacja rzutuje potem na dalszy przebieg uzależnienia się od heroiny. Jedną z metod utrzymania dalszej abstynencji od heroiny po odtruciu jest blokada receptorów opioidowych lekiem antagonistycznym do heroiny. Nie wszyscy jednak nadużywający heroinę kwalifikują się do leczenia ambulatoryjnego blokerem receptorów opioidowych. Są to takie osoby, które leczą się na własną rękę, próbują narzucać metodę leczenia detoksykacyjnego, znają leki głównie z nazwy, wypróbowały już na sobie działanie różnych leków, są mało krytyczne wobec siebie i problemu własnej narkomanii. Ta grupa osób powinna być kierowana do odpowiednich ośrodków rehabilitacyjnych, gdzie istnieje możliwość kształtowania pozytywnych cech osobowości, rozwija-

nia zainteresowań i korygowania niedojrzałości emocjonalnej.

Osoby ze znaczną dysfunkcją osobowości, dysocjalne wymagają raczej leczenia szpitalnego na poziomie detoksykacji. Część młodych osób z wcześniej ujawniającymi się zaburzeniami zachowania i poważnymi objawami adaptacyjnymi ma mniejsze szanse na pomyślne leczenie w wstępnej fazie uzależnienia i ta grupa prawdopodobnie nie zatrzyma się na heroinie przyjmowanej wziewnie, uzależni się na tyle głęboko, aż urośnie jej tolerancja na heroinę i będzie musiała przyjmować dożylnie mocniejszą heroinę, w polskich warunkach jest to tani „kompot”.

Ogólnie oceniając możliwości efektywnego leczenia można stwierdzić, że właśnie wzrost tolerancji na heroinę doprowadzi bardzo dużą grupę młodych ludzi do przewlekłego uzależnienia opioidowego, które często z powodu dodatkowych komplikacji wynikających z dożylnego stosowania narkotyku uniemożliwi skuteczne leczenie.

Dla tej grupy młodych ludzi, zbyt wcześnie uzależnionych od dożylnych opioidów aby nie podzieliły one losu HIV dodatnich narkomanów starej generacji powinno się już obecnie wprowadzić krótkotrwałe programy metadonowe z dobrze rozwiniętymi działaniami rehabilitacyjnymi.

Leczenie substytucyjne metadonem daje czas na powstrzymanie tych osób od przyjmowania heroiny, pozwoliłoby na uporządkowanie spraw rodzinnych oraz prawnych, być może pozwoliłoby wykształcić w nich odpowiednią motywację do odstawienia opioidów, zabezpieczyłoby przed możliwością zakażeń wirusami hepatotropowymi i HIV. Niektórzy z tej grupy zakażają się już niestety HCV i HBs.

Odrębnego omówienia wymaga grupa przewlekłe uzależnionych od heroiny (kompot), którym nie udało się uniknąć zakażeń wirusowych lub stan ich uzależnienia od opioidów jest tak głęboki, że nie poddaje się żadnej terapii poza leczeniem substytucyjnym metadonem. Stosowanie doustnego metadonu, syntetycznego narkotyku zamiennie do heroiny należy do znanej w świecie, Europie, a także w Polsce polityki wobec narkomanii zwanej „harm reduction”, czyli polityki redukcji szkód.

Innymi działaniami w ramach tej polityki jest stała wymiana igieł i strzykawek oraz rozdawnictwo prezerwatyw.

Metadon oczywiście nie jest lekiem na nałóg heroinowy, jedynie zastępuje dożylnie przyjmowaną heroinę, pozwala kontrolować grupę głęboko uzależnionych oraz stwarza możliwości większego nadzoru epidemiologicznego nad osobami zakażonymi HIV. Metadon wykorzystywany jest podczas leczenia infekcji oportunistycznych i związanych z HIV/AIDS i ma oczywiście znaczenie profilaktyczne w tym zakresie.

Nieuchronność przejścia z słabej, nieczystej heroiny przyjmowanej w sposób wziewny na dożylnie przyjmowaną heroinę wynika jak już poprzednio podano, z wzrostu tolerancji i potrzeby zwiększania dawek. Znając mechanizm uzależnienia od heroiny wiadomo, że te osoby, których nie zatrzymamy na poziomie wziewnego zażywania będą musiały przyjmować ją dożylnie.

Heroina jest bardzo zanieczyszczona, ponieważ dealerzy chcąc mieć jak największy zysk łączą heroinę z różnymi substancjami chemicznymi, czasem nawet z strychniną. Tak brudna heroina może powodować zmiany zanikowe mózgu i mózdzku, które są nieodwracalne.

Heroina (brown sugar) nie rozpuszcza się w wodzie, nie nadaje się do dożylnego przyjmowania, rozpuszczana jest więc w kwasie cytrynowym lub cytrynie i przejściowo taki roztwór stosowany jest dożylnie, potem jest już tylko „kompot”.

Przyjmowanie heroiny dożylnie związane jest niekiedy z koniecznością obniżenia kosztów heroiny, ponieważ ta zmiana sposobu jej przyjmowania pozwala na krótki czas obniżyć dawkę. Dożylnie stosowanie heroiny niestety wiąże się z pogłębianiem nałogu i bardzo skracając bezpieczniejszy, wziewny sposób jej stosowania.

Obserwuje się już kolejny negatywny krok dealerów, którzy dbając o swoje interesy nasączają kanabinoidy (marihuana, skun) heroiną uzyskując znacznie szybciej konsumentów heroiny, skracają w ten sposób okres eksperymentów z różnymi narkotykami.

Należy przyjąć do wiadomości, że walka z handlarzami narkotyków może w przyszłości będzie bardziej radykalna, ale obecnie to oni decydują o podaży i znajdują ogromny popyt. W celach zarobkowych mieszają różne substancje psychoaktywne, celowo je zanieczyszczają, zmniejszają dawki w porcjach, które sprzedają. Biorąc pod uwagę te zwyczaje musimy być przygotowani, że zaburzenia psychiczne i neurologiczne mogą być różnorodne, a diagnozowanie ich będzie trudne i wymaga od lekarzy wszechstronnej wiedzy praktycznej zarówno psychiatrycznej, jak i dotyczącej diagnostyki uzależnień oraz wiedzy na temat działania poszczególnych narkotyków.

W różnicowaniu zaburzeń psychicznych duże znaczenie mają badania testowe moczu, badania toksykologiczne oraz inne badania wysoko specjalistyczne np. tomografia komputerowa mózgu.

Charakterystyka osób przyjmujących substancje psychoaktywne i ich sposób funkcjonowania w oddziałach detoksykacyjnych.

Wstępna ocena osobowości leczonych wynika z analizy ich dotychczasowej linii życiowej. O ile wskazuje ona na istotne zaburzenia zachowania i trudności adaptacyjne jeszcze przed kontaktem z substancjami psychoaktywnymi oraz na zaburzenia emocjonalne, nieprawidłowe relacje rodzinne oraz brak jakichkolwiek autorytetów rokuje źle.

Zaburzenia funkcjonowania na ogół można już dostrzec na poziomie ostatnich klas szkoły podstawowej lub szkoły zawodowej czy średniej. Zaczynają się wówczas wagary, wyraźnie zmniejsza się zainteresowanie nauką a wzrasta zabawa, dużo czasu spędza się z kolegami w pubach lub w dyskotekach i tam właśnie może dojść do kontaktu z substancjami psychoaktywnymi.

W tym okresie zdarzają się pierwsze konflikty z prawem, na ogół są to drobne kradzieże, często dokonywane na własnej rodzinie. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych staje się integralnym elementem spotkań towarzyskich, na ogół narkotyki próbuje się wówczas tylko dlatego, że inni tak robią. Uderza u tych osób wprost nieprawdopodobna niedojrzałość emocjonalna a w zachowaniu infantylizm.

Na tym poziomie nie ma żadnej wiedzy o właściwościach i sile uzależniającej poszczególnych narkotyków. Osoby przyjmujące narkotyki tak radykalnie zmieniają swoje zachowanie, że trudno tego nie dostrzec. Tracą one kontakt z rodziną, przestają się uczyć lub pracować, znikają dotychczasowe zainteresowania, zmieniają się koledzy, przestają dbać o swój

wygląd i ubranie, nie mają apetytu, chudną, śpią w różnych porach, wychodzą z domu w nocy. Zaczynają znikać z domu kosztowne przedmioty, czasem pieniądze rodziców, zdarzają się kradzieże w sklepach i zatrzymania przez policję. Tak wyraźna zmiana funkcjonowania powinna zwrócić uwagę rodziny, że coś się z ich dzieckiem dzieje, o ile oczywiście rodzice mają czas na obserwację swoich dzieci i nie dają się zbyt mało istotnym wyjaśnieniom.

Brak uwagi rodziny i jej reakcji może skutkować pogłębianiem się zaburzeń w funkcjonowaniu, a narkotyki wpisują się w ich życie, które sprowadza się do zapewnienia sobie następnej dawki i zdobycia na nią pieniędzy. Tak więc niektórzy kradną w domu, w supermarketach lub wchodzą w małe grupy przestępcze, gdzie kształtuje się ich osobowość już bez wpływu rodziny, szkoły, kościoła. Narkotyki stają się ucieczką przed rzeczywistością i na stałe wpisują się w funkcjonowanie osoby przyjmującej je. Bezczytność i nuda nie dają się niczym zastąpić. Ogólny bilans życiowy zaczyna być ujemny, postępuje dezorganizacja życia rodzinnego i nagle okazuje się, że rodzina nie chce dalej tolerować takiego zachowania, potem jest już tylko ulica lub dworzec kolejowy oraz życie na marginesie społecznym, faktycznie bez przeszłości.

Z powodu konfliktów prawnych osoby dysocjalne są karane już jako nieletni, potem mogą być poważniejsze zagrożenia karne i pobyty w aresztach lub zakładach karnych.

Czasem przewrotnie dopiero konflikt z prawem i pobyt w areszcie staje się dla niektórych dopiero właściwą motywacją do leczenia, dopiero zagrożenie karne wymusza tą motywację.

Jeżeli na tym poziomie nie podejmie się leczenia, następuje dalsza dezorganizacja ży-

cia. Dla niektórych jest to życie z przestępstwa, dokonują oni licznych kradzieży i włamań, są sprawcami rozbojów, wchodzą w subkulturę kryminalną i mają coraz mniejsze szanse na zreformowanie swojego życia.

Narkomania nie zwalnia z odpowiedzialności karnej, a narkomani nie mogą być poza prawem, więc bywają skazywani, na ogół są to wyroki w zawieszeniu, mają więc możliwość leczenia i na tym etapie ale na ogół nie chcą się leczyć, a karalność skrajnie ogranicza możliwość zatrudnienia i powstaje błędne koło. Zaczyna się w tej sytuacji handel narkotykami w swoich środowiskach rówieśniczych i bardzo szybko społeczna degradacja, życiem ich rządzą normy ulicy i kryminału. Stają się skrajnie dysocjalni i praktycznie w wielu przypadkach mają obiektywne trudności w wyprostowaniu swojej drogi życiowej.

Ta część młodzieży, która ma jeszcze oparcie w rodzinie ma jednak szansę, ale musi chcieć zmienić swoje dotychczasowe życie i rozpocząć leczenie. Leczenie podejmują na różnych etapach degradacji osobowości i niestety dlatego tylko część z nich utrzymuje się w oddziałach detoksykacyjnych lub rehabilitacyjnych. Inni funkcjonują jak w swych nowych środowiskach kryminalnych, nie korzystają z możliwości leczenia, przemycają narkotyki do oddziału lub organizują tzw. przerzuty z zewnątrz, dezorganizują leczenie zachowując się agresywnie, terroryzują personel, są wulgarni, niszczą sprzęty, zamalowują ściany niecenzuralnymi napisami. Wobec tak skrajnie destrukcyjnych zachowań muszą być dyscyplinarnie wypisywani, wtedy się odgrają i mogą stanowić realne zagrożenie dla osób ich leczących. Mają poczucie bezkarności i istotnie są bezkarni, ponieważ o ich leczenie rywalizują inne placówki, które muszą

wykazać się odpowiednią ilością osobodni w kasach chorych.

Brak możliwości wyeliminowania osób, które z powodu znacznej degradacji osobowości nie są w stanie utrzymać się w rygorach placówek wolnościowych nie pozwala na konsekwentne działanie i nie daje szansy egzekwowania tych rygorów podczas pobytu w szpitalu lub innej placówce odwykowej.

Taki sposób funkcjonowania pewnej tylko grupy osób wchodzących w uzależnienie przeszkadza w leczeniu tych, którzy są już zdeterminowani na leczenie, ale muszą być solidarni wobec własnych dealerów.

Brak obecnie czytelnych reguł na każdym poziomie leczenia wynika z narzuconego systemu komercji podczas leczenia nie uwzględniającego specyfiki tej dziedziny, która nie może być przede wszystkim dochodowa, musi brać pod uwagę ostateczny efekt leczenia a nie jedynie ilość leczonych.

Mając wieloletnie doświadczenie w postępowaniu z osobami uzależnionymi od różnych substancji psychoaktywnych wiem, że nie uda się wszystkich wyleczyć. Niestety, część z nich skończy swoje życie przedawkowując różne substancje psychoaktywne, inni będą chorowali psychicznie biorąc substancje „psychotropowe”, a jeszcze inni skończą w zakładach karnych. Tę grupę, którą uda się leczyć też możemy nie zatrzymać na etapie mniejszych skutków działania substancji psychoaktywnych, ale dopiero wówczas, kiedy będzie zagrożone ich zdrowie poważnymi powikłaniami, jak HIV/AIDS.

Motywacja do podjęcia leczenia zależy więc od indywidualnych cech osobowości poszczególnych osób, ich jeszcze nie zerwanych ostatecznie związków rodzinnych, mało zabu-

rzonej linii życiowej oraz istniejących uczuciach wyższych, których nie zabiły narkotyki.

U osób dysocjalnych najlepszą motywacją do leczenia są naciski prawne, lub zagrożenie pobyt w zakładzie karnym. Tych, którzy nie umieją skorzystać z leczenia w warunkach wolnościowych należy leczyć w odpowiednich zakładach rehabilitacyjnych przy aresztach.

Narkomania nie może być usprawiedliwieniem dla wszystkich zachowań destrukcyjnych, a osoba uzależniona, o ile chce żyć w społeczeństwie, nie może go niszczyć i musi próbować się do niego dostosować.

WNIOSKI

1. Edukacja i profilaktyka w zakresie wiedzy o narkomanii powinna być powszechna już na poziomie wieku przedszkolnego.
2. Leczeniem osób wchodzących w uzależnienie muszą się zajmować osoby mające doświadczenie i wiedzę na temat działania poszczególnych substancji psychoaktywnych i ich interakcji, co wiąże się z organizowaniem odpowiednio prowadzonych kursów dla lekarzy podejmujących się leczenia osób przyjmujących substancje psychoaktywne.
3. Nadzór nad leczeniem w placówkach niepublicznych powinien być obligatoryjny, co pozwoliłoby eliminować prowadzenie "leczenia toksycznego".
4. Konieczne jest rozszerzenie edukacji o tematykę dotyczącą uzależnień dla studentów Akademii Medycznej.
5. Powinno się kształcić lekarzy rodzinnych i specjalizujących się w zakresie psychiatrii rozszerzając znacznie zajęcia o tematykę narkomanii.
6. Niezbędne jest stworzenie systemu bezpiecznej pracy w oddziałach detoksykacyjnych, w tym dofinansowanie w zakresie odpowiednich zabezpieczeń przed możliwością dostarczenia narkotyków z zewnątrz.
7. Stworzenie możliwości do egzekwowania prawa wobec osób skrajnie dezorganizujących leczenie w placówkach medycznych (obecnie jest to mała szkodliwość czynów).
8. Konieczna jest zmiana sposobu finansowania placówek odwykowych znajdujących się w systemie kas chorych lub dofinansowywanie ich przez gminy, które powinny być zainteresowane zmniejszaniem się narkomanii na terenie ich działania.
9. Należy jak najszybciej zacząć tworzyć nowe programy terminowego leczenia substytucyjnego metadonem dla osób, które wchodzą w przewlekłe uzależnienie od opioidów i nie akceptują żadnej innej oferty leczenia i rehabilitacji.
10. Konieczna jest koordynacja działań poszczególnych służb odpowiedzialnych za profilaktykę, edukację, leczenie i rehabilitację na poziomie wojewódzkim.
11. W zakresie narkomanii należy także kształcić społeczeństwo, aby rozumiało intencje leczenia i potrzebę przeciwdziałania tej patologii społecznej.

*Teresa Werezńska-Bolińska
Szpital Nowowiejski w Warszawie*

Standardy opieki medycznej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

Wstęp

Dwadzieścia lat trwania epidemii HIV, ogromny przyrost wiedzy teoretycznej, ciągły brak skutecznej szczepionki prewencyjnej i w dalszym ciągu brak tendencji spadkowej w epidemiologii zakażeń sprawia, że temat HIV/AIDS pozostaje jednym z głównych, globalnych tematów we współczesnej medycynie. Pomimo wysiłków naukowców, lekarzy, polityków i przedstawicieli innych dziedzin, na razie nie widać końca epidemii, którą kiedyś nazywano „zarazą XX wieku”. Wprowadzenie leków przeciwretrowirusowych do leczenia chorych z HIV/AIDS spowodowało radykalną zmianę w świadomości samych zakażonych i społeczeństw, w których oni żyją. Korzystna zmiana wynikająca z terapii antyretrowirusowej była tak ogromna, że dwudziestoletni okres trwania epidemii HIV zaczęliśmy już dzielić historycznie na dwa zasadnicze etapy. Okres przed użyciem w terapii leków nazywa się umownie erą „pre - HAART” (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) oraz obecnie trwającą „erą HAART”. Wprowadzenie złożonej terapii zmieniło zasadniczo podejście do walki z chorobą. Szczególnie jest to widoczne w odniesieniu do sporej grupy narkomanów HIV (+) w Polsce. Dawniej AIDS traktowany był a priori jako choroba nieuleczalna, śmiertelna, w której resztę życia przyjdzie spędzić wśród cier-

pień i w osamotnieniu. Niewielka była dla narkomana motywacja do życia w pełnej abstinencji, bowiem sytuacja zdrowotna i osobista nie pozwalała tak na prawdę żyć "na trzeźwo". Interwencja medyczna w tamtych latach ograniczała się jedynie do profilaktyki i leczenia chorób oportunistycznych związanych z AIDS i łagodzenia cierpienia fizycznego. Oddziaływania terapeutyczne sprowadzały się do pracy z pacjentem terminalnym i polegały przede wszystkim na wsparciu w przystosowaniu do życia z chorobą śmiertelną, jak był wówczas postrzegany AIDS.

Dziś zakażenie HIV traktuje się jak przewlekłą chorobę wirusową, której wprawdzie nie da się radykalnie wyleczyć, ale która poddaje się leczeniu i z którą można żyć przez wiele lat. Dla narkomanów HIV(+) istnieje zatem szansa na długie życie, choć przy pewnych uwarunkowaniach jakie narzuca terapia. Nastąpiła zmiana w świadomości, że HIV/AIDS to jeszcze nie „wyrok śmierci”. Istnieje nadzieja na przeżycie dalszych lat z wirusem HIV, zatem warto równolegle leczyć się z uzależnienia. Dla specjalistów zajmujących się osobami uzależnionymi z HIV/AIDS głównym celem oddziaływania staje się teraz motywowanie chorych do podjęcia walki z wirusem i walki z nałogiem, tak samo jak uświadomienie niektórym, że można żyć dalej we względnym komforcie jaki daje program substytucji metadonowej. Motywowanie pacjentów

do poddania się leczeniu przeciwretrowirusowemu oraz monitorowanie tego leczenia staje się obecnie głównym celem działania specjalistów z dziedziny HIV/AIDS jak również psychologów i terapeutów.

HIV i narkomania - istota problemu

Narkomani na całym świecie są zaliczani do grupy wysokiego ryzyka zakażenia wirusem HIV. Infekcja HIV u osoby uzależnionej jest zagadnieniem złożonym i wymaga oddziaływań interdyscyplinarnych. Problemy zdrowotne są najczęściej zależne od dożyłnej drogi podawania środków odurzających, a zakażenia przenoszone w wyniku wielokrotnego używania igieł i strzykawek stanowią w naszym kraju istotny problem w epidemiologii chorób zakaźnych.

Od 1997 r. wyraźnie zmniejsza się liczba osób używających narkotyki we wstrzyknięciach dożylnych. Odsetek narkomanów przyjmujących dożylnie iniekcje wśród zgłaszających się po raz pierwszy do ośrodków leczenia uzależnień jest prawie dwukrotnie mniejszy niż wśród wszystkich leczonych narkomanów (*J. Sierostawski*). Pozytywną tendencją w epidemiologii zjawiska jest spadek odsetka osób używających wspólnych igieł i strzykawek. Można przypuszczać, że przyczyniły się do tego programy redukcji szkód związanych z narkomanią, edukacja oraz programy wymiany igieł.

Należy pamiętać, że zakażone wirusem HIV mogą być igły i strzykawki wielokrotnie zmieniające użytkowników, ale także w całości zakażony bywa produkt, czyli „towar”, który jest dystrybuowany do wielu odbiorców.

Profilaktyczne działania, np. Ustawa z 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75, poz. 468), ograniczenie prekursorów do produkcji substancji odurzających,

ograniczenie plantacji maku, aktywność policji i prokuratury, znacznie zmniejszyły produkcję i rynek zbytu dla „kompotu”. Potwierdzeniem tego jest stabilizacja trendu nowych zakażeń HIV w grupie narkomanów. W Polsce spośród wszystkich wykrytych zakażeń HIV, u 4465 osób, tj. u 64% potwierdzono transmisję wirusa drogą dożylną (*PZH, sierpień 2001 r.*). W grupie chorych z AIDS, 52% stanowią osoby zakażone w wyniku dożylnego przyjmowania narkotyków. W ogólnej populacji używających środki odurzające około 10 - 15% jest zakażonych wirusem HIV, a w regionie warszawskim około 25%.

Drugim źródłem infekcji HIV u narkomanów, oprócz transmisji przez zakażony sprzęt, są kontakty seksualne. Prostytucja wśród kobiet i mężczyzn jest często źródłem zarabiania pieniędzy na środki odurzające. Narkomani nie przestrzegają zasad bezpiecznego seksu, bo niewiele o tym wiedzą. Dla placówek zajmujących się opieką nad narkomanami ważna jest praca edukacyjna w tej dziedzinie, tak samo jak dostarczanie prezerwatyw, ulotek, bezpośrednich konsultacji u specjalistów. Kierownicy ośrodków dla narkomanów, schronisk, noclegowni itp., powinni w swoich planach programowych uwzględniać badania przesiewowe w kierunku HIV jako priorytetowe zadanie profilaktyki zdrowotnej. Daje to z jednej strony możliwość ochrony dla osób jeszcze nie zakażonych, a w przypadku wykrycia zakażenia stanowi wskazanie do leczenia specjalistycznego.

Niskie poczucie wartości u narkomana pozbawionego pomocy wiąże się z tworzeniem wypaczonej oceny swojej osoby. Każde niepowodzenie w walce o zdrowie pogłębia poczucie bycia osobą nic nie wartą. Stąd pochodzi niechęć do zajęcia się własnym zdrowiem, niechęć do wykonywania testów, a także brak wia-

ry w powodzenie leczenia zarówno HIV/AIDS jak i swojego uzależnienia od narkotyków.

Społeczne skutki narkomanii wiążą się z wieloletnim trwaniem w nałogu, pozostawianiem "w ciągu" i wyobcowaniem z normalnego środowiska. Pozbawieni kontaktu z bliskimi, bez wsparcia rodziny, tkwią narkomani tylko w środowisku sobie podobnym. Brak środków do życia, bezdomność, brak zawodu i stała chęć przyjmowania narkotyków, prowadzą bezpośrednio do konfliktów z prawem. Sytuacja społeczna narkomana HIV(+) objętego systemową opieką ulega korzystnej zmianie. Rozluźniają się jego kontakty ze środowiskiem osób uzależnionych, nie jest zmuszony do zdobywania narkotyku za wszelką cenę, rezygnuje z iniekcji dożylnych, a swoje najbliższe otoczenie chroni przed chorobami zakaźnymi.

Standardy opieki medycznej

Osoby HIV(+) używające aktywnie substancje odurzające i uzależnione od nich, stanowią grupę najtrudniejszych pacjentów. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest rozbieżność ustalonych algorytmów i procedur postępowania z osobami HIV(+) nie związanymi z problemem uzależnienia, a postępowaniem medycznym wobec narkomana z HIV/AIDS. W rzeczywistości współwystępowanie HIV i uzależnienia wymaga tworzenia osobnych standardów diagnostyczno - leczniczych.

Standard opieki w zakresie HIV/AIDS

W ostatnich latach zmieniło się zasadniczo podejście do zagadnienia HIV/AIDS. Dzięki lekom przeciwretrowirusowym, wprowadzonym w połowie lat 90. do leczenia HIV/AIDS zmieniło się postrzeganie choroby, a więc i ro-

kowanie. Współczesne możliwości terapeutyczne poprawiły wyraźnie komfort życia zakażonych ludzi, pozwalając uwierzyć, że wprawdzie choroby nie można całkowicie wyleczyć, ale można skutecznie spowolnić jej przebieg. Rekonstrukcja układu immunologicznego u chorego leczonego z AIDS sprawia, że rzadziej zapada on na infekcje oportunistyczne, a nawet można mu całkowicie odstawić podawane przewlekłe leki profilaktyczne przeciwko chorobom oportunistycznym. Spektakularnym efektem terapii antyretrowirusowej jest pacjent "zdrowszy", rzadziej manifestujący infekcje bakteryjne, pasożytnicze, wirusowe i grzybicze, żyjący we względnym komforcie zdrowotnym, znacznie później umierający z powodu AIDS. Jeśli taki pacjent jest równolegle uczestnikiem substytucyjnego leczenia uzależnienia, może korzystać z pomocy psychologa, terapeuty i pomocy socjalnej, co w efekcie pozwala mu uporządkować swoje życie.

Rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego powinno być poprzedzone edukacją pacjenta, uświadomieniem mu wszystkich potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z terapią. W przypadku pacjenta uzależnionego, edukacja ta jest niezbędnym warunkiem decyzji o rozpoczęciu leczenia. Narkomanowi warto uświadomić, że zaprzestanie używania wspólnych igieł i strzykawek, przestrzeganie zasad bezpiecznego seksu, unikanie ryzykownych zachowań, przerywanie łańcuch epidemiczny infekcji HIV w jego otoczeniu, a respektowanie zaleceń lekarza daje mu szansę na długie życie z wirusem. Konieczne jest zrozumienie, że korzyści z leczenia mają wymiar indywidualny i społeczny. Edukacja oraz wsparcie psychiczne ze strony lekarza, psychologa, wychowawcy itp. potrzebne są także podczas całego procesu leczenia i zwiększają szansę osiągnięcia sukcesu

terapeutycznego. Warunkiem dobrze prowadzonej terapii przeciwretrowirusowej jest ściśle przestrzeganie skomplikowanych reżimów w przyjmowaniu leków, podobnie jak regularna kontrola lekarska i laboratoryjna. Narkoman nie współpracujący lub pozostawiony bez opieki systemowej nie ma szans na osiągnięcie dobrego efektu terapeutycznego.

W naszym kraju każdy pacjent zakażony HIV, który kwalifikuje się do terapii antyretrowirusowej, ma zapewniony bezpłatny do niej dostęp w wyspecjalizowanych ośrodkach medycznych. Problemem dużej wagi staje się zatem dotarcie do osoby uzależnionej HIV(+), praca edukacyjna oraz stałe monitorowanie w trakcie leczenia.

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV(+) w zakresie profilaktyki i leczenia HIV/AIDS

- Systematyczne badania przesiewowe w celu wykrywania nowych zakażeń HIV - badania podczas pobytu w ośrodkach leczenia uzależnień
- Umożliwienie włączenia do programów metadonowych osób zakażonych w celu kontroli zdrowotnej jak największej grupy narkomanów z HIV/AIDS
- Systematyczna profilaktyka chorób oportunistycznych związanych z zaburzeniami odporności
- Program szczepień zalecanych dla chorych z HIV/AIDS
- Holistyczny system opieki - działania medyczne, psychologiczne, socjalne
- Systematyczne monitorowanie zakażenia w ośrodkach leczących HIV/AIDS
- W odpowiednim momencie włączenie leczenia antyretrowirusowego

- Zapewnienie warunków egzystencjalnych w celu umożliwienia rozpoczęcia i kontroli terapii
- Działania poprawiające warunki bytowe

Standard opieki w zakresie chorób nowotworowych

Zarówno badania epidemiologiczne jak i molekularne potwierdziły, że zaburzenia immunologiczne w przebiegu infekcji HIV zwiększają ryzyko zachorowania na chłoniaki i są przyczyną rozwoju mięsaka Kaposiego. Wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe wśród narkomanów HIV(+) dotyczy także nowotworów innych niż wskaźnikowe. W badaniach w W. Brytanii wykazano większą zapadalność na ziarnicę złośliwą, raka płuc i raka szyjki macicy oraz guzy złośliwe odbytu. Patogeneza niektórych chłoniaków wskazuje na to, że obszary onko i narkogenne na poziomie molekularnym mają wiele wspólnych elementów.

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV(+) w zakresie profilaktyki i leczenia nowotworów

- Okresowe badania ginekologiczne
- Regularne (przynajmniej raz w roku) badania lekarskie w celu wczesnej identyfikacji nowotworu
- Hospitalizacja i leczenie onkologiczne

Standard opieki w zakresie wirusowego zapalenia wątroby

Ryzyko zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby (wzw) związane jest w głównej mierze z krwiopochodną transmisją wirusów

HBV, HCV, HDV, ale także ze stylem życia, brakiem higieny (HAV), wyniszczeniem, niedożywieniem, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Oprócz używania zakażonych igieł, infekcjom tego typu sprzyjają złe warunki bytowe.

Dane epidemiologiczne na temat rozpoznania wzv typu B i C wśród narkomanów w naszym kraju są zróżnicowane i w niektórych regionach osiągają 90% (dla HCV). W początkach lat dziewięćdziesiątych wśród narkomanów warszawskich przeciwciała anty-HCV stwierdzano u 76% (*Laskus i wsp. 1991*). Dzisiaj, wśród uczestników niektórych programów metadonowych w badaniach przesiewowych stwierdza się zakażenie HCV u prawie 100% dożylnie przyjmujących środki odurzające. W sporej grupie stwierdza się koinfekcję dwoma lub trzema typami wirusa. Bliskie kontakty bezpośrednie na terenie schronisk, noclegowni i złe warunki higieniczne sprzyjają zakażeniu wirusem HAV.

Zapadalność na wzv typu B w Polsce wprawdzie znacznie się zmniejszyła w ostatnich latach, tym niemniej narkomani dożylni nadal pozostają grupą najwyższego ryzyka. Częstość występowania HBsAg w tej grupie wynosi w Polsce od 12% do 16% (*Opoka-Kegler i wsp. 1994*) a wśród zakażonych wirusem HIV dochodzi do 80% (*Trocha i wsp. 1994*).

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV(+) w zakresie profilaktyki i leczenia wirusowego zapalenia wątroby

- Edukacja, oświata zdrowotna, informacja o zakażeniach HBV, HCV, HAV
- Wykonywanie badań przesiewowych na obecność HBsAg, anty-HCV

- Wczesne wykrywanie i leczenie wirusowego zapalenia wątroby
- Umożliwienie włączenia narkomanów do programów leczenia przewlekłego zapalenia wątroby za pomocą Interferonu, Rybawiryny, Lamiwudyny.
- Możliwość kierowania do ośrodka specjalistycznego
- Szczepienia profilaktyczne przeciwko wzv typu B i A narkomanów dotychczas nie zakażonych
- Rozbudowa programów wymiany igieł

Zagrożenie epidemiczne wirusami zapalenia wątroby powinno być uzasadnieniem dla kas refundowania badań przesiewowych w kierunku HBV i HCV we wszystkich placówkach zajmujących się opieką i leczeniem uzależnionych. Nie zakażeni jeszcze HBV narkomani powinni być jak najszybciej zaszczepieni odpowiednią szczepionką. Profilaktyka przeciwko wzv typu C polega obecnie jedynie na przerywaniu dróg transmisji, w tym przypadku - wymianie igieł.

Standard opieki w zakresie ciężkich zakażeń bakteryjnych

Osoby z HIV/AIDS, z niską liczbą limfocytów CD4/U1 są szczególnie podatne na infekcje bakteryjne. Zakażenia te wiążą się albo ze stylem życia pacjentów uzależnionych, albo z zakażeniem przyrannym. Ropnie i ropowice skóry są często powodem interwencji chirurgicznej, a nie leczone są przyczyną poważnych powikłań w postaci posocznicy, wstrząsu septycznego, bakteryjnego zapalenia wsierdza, zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych oraz wtórnych zmian narządowych.

Osoba HIV(+), przyjmująca dożylnie narkotyki, wysoko gorączkująca, z bolesnym na-

cieczeniem w okolicy wklucia, wymaga bardzo szybko skierowania do placówki medycznej, nierzadko z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. Ocenę ciężkości stanu ogólnego takiego chorego dodatkowo komplikuje zaburzony kontakt i nie adekwatne reakcje. Objawy kliniczne ciężkiej posocznicy, takie jak dezorientacja, zaburzenia świadomości, objawy neurologiczne, są trudne do oceny u pacjenta pozostającego pod wpływem środków odurzających lub będącego "w ciągu".

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV(+) w zakresie profilaktyki i leczenia zakażeń bakteryjnych

- Miejsca, gdzie przebywają osoby biorące dożylnie substancje odurzające powinny być wyposażone w podstawowe środki odkażające, opatrunkowe i niezbędne środki medyczne
- Możliwość dotarcia do pielęgniarki, lekarza w celu szybkiej oceny ciężkości zakażenia i stopnia zagrożenia
- Możliwość natychmiastowego transportu do szpitala
- Diagnostyka mikrobiologiczna i antybiotykoterapia
- Leczenie specjalistyczne, np. w szpitalnych oddziałach kardiochirurgii, neroinfekcji, w OIOM-ach itp.

Standard opieki w zakresie zapalenia dróg oddechowych

Niedożywienie, wyniszczenie, zaburzenia odporności, sprzyjają występowaniu zapaleń górnych i dolnych dróg oddechowych. Czynniki przyczynowe związane są zarówno z uza-

leżnieniem, jak i stylem życia oraz z chorobami towarzyszącymi, np. z AIDS.

Przyczyny zapalenia dróg oddechowych u narkomanów

- Uszkodzenie śluzówki nosa przez środki wziewne
- Zaburzenia ukrwienia układu oddechowego (np. przy stosowaniu kokainy)
- Depresyjne działanie substancji psychoaktywnych na ośrodek oddechowy w mózgu
- Wyniszczenie
- Zaburzenia odporności w przebiegu HIV/AIDS
- Styl życia, bezdomność

U pacjentów nieprzytomnych, z zaburzeniami świadomości po użyciu narkotyków, albo podczas ataku padaczki, może wystąpić tzw. zachłystowe zapalenie płuc o złożonej etiologii, powikłane ropniami w płucach i wysiękiem do opłucnej. Pacjent z objawami klinicznymi zapalenia zatok, ucha, oskrzeli, musi być zbadany przez lekarza i w razie potrzeby powinien mieć wykonane niezbędne badania laboratoryjne.

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV(+) w zakresie profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego

- RTG płuc
- Badanie bakteriologiczne płwociny
- Badanie bakteriologiczne krwi
- Badanie mykologiczne, parazytologiczne płwociny
- Bronchoskopia, BAL w przypadkach skomplikowanych
- Wykrywanie antygenów bakteryjnych (szybka ścieżka diagnostyczna)

- Możliwość hospitalizacji, antybiotykoterapia i leczenie wspomagające
- Profilaktyka: szczepienie p/grypie, p/Haemophilus infl., p/Streptokokom

Standard opieki w zakresie gruźlicy

Nie istnieją dokładne dane epidemiologiczne na temat zapadalności na gruźlicę (Tbc) u narkomanów w Polsce. Na całym świecie infekcja HIV zwiększa częstość zachorowań i umieralność z powodu gruźlicy. Sytuacja ta nosi niechlubne miano „śmiertelnej koinfekcji”. Ryzyko zachorowania na Tbc u zakażonych HIV jest prawie o 100% większe niż u osób bez tej infekcji. W warszawskim ośrodku leczenia HIV/AIDS wśród wszystkich hospitalizowanych z powodu gruźlicy, HIV(+) narkomani stanowili 48% (*Cholewińska i wsp. 1999 r.*).

Zakaźność gruźlicy uwarunkowana jest zawartością prątków w płwocinie, stąd jeden obficie prątkujący chory może zakażać rocznie do 10 osób ze swojego otoczenia. Właśnie z tego powodu chorzy prątkujący wymagają izolacji i leczenia swoistego. Szerzeniu się Tbc w populacji narkomanów sprzyjają wędrowni po całym kraju, bezdomność, niedożywienie i niedobory pokarmowe, przebywanie w większych grupach mieszkańców w złych warunkach socjalnych i sanitarnych.

Narkoman HIV(+), który przez dłuższy czas ma uporczywy kaszel, gorączkę, spadek wagi ciała, obfite poty, powinien mieć przeprowadzoną diagnostykę w kierunku Tbc. Zaburzenia immunologiczne u chorych z AIDS powodują szybką progresję pierwotnej gruźlicy, a także wielonarządowy krwiopochodny rozsiew prątków i reaktywację wcześniejszego, utajonego zakażenia. W walce z gruźlicą u narkomanów seropozytywnych cały wysiłek na-

leży skupić na wczesnej identyfikacji chorych prątkujących i wczesnym rozpoczęciu leczenia. Poprawę sytuacji zdrowotnej mogłoby przynieść wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku HIV u chorych na gruźlicę i badań w kierunku Tbc u osób zakażonych HIV.

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV (+) w zakresie profilaktyki i leczenia gruźlicy

- RTG klatki piersiowej raz w roku w celu wykrycia wczesnych zmian gruźliczych
- Próba tuberkulinowa u osób z ognisk gruźlicy i z kontaktów domowych
- Badanie indukowanej plwociny w kierunku Tbc: preparat bezpośredni bakterioskopowy barwiony met. Zeihl - Neelsena, hodowla prątków, lekowrażliwość, poszukiwanie materiału genetycznego prątków met. PCR
- Bronchoskopia lub BAL - badanie pobranego materiału ww. metodami
- Izolacja chorych prątkujących
- Nadzorowanie przyjmowania leków wg schematu DOT (*Directly Observed Therapy*)
- Ocena i redukcja przyczyn niepowodzenia terapii Tbc.
- Badania przesiewowe w kierunku Tbc w grupie narkomanów HIV(+) przebywających w ośrodkach leczenia uzależnień, w schroniskach, noclegowniach itp.

Większość niepowodzeń w leczeniu Tbc jest związana z faktem, że chory zaprzestaje przyjmowania leków z chwilą poprawy klinicznej i lepszego samopoczucia. Trudności w leczeniu gruźlicy u narkomanów potęguje brak dyscypliny, niesystematyczne leczenie, nie zgłaszanie się na badania kontrolne, styl życia "na ulicy". Wszystkie te czynniki prowadzą do

powstania oporności na klasyczne leki / prątkowe i rozwoju gruźlicy wielolekoopornej.

Standard opieki w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową

Choroby przenoszone drogą płciową oraz prostytucja są nieodłącznie związane ze środowiskiem narkomanów.

Choroby przenoszone drogą płciową

- choroby wirusowe:
 - HIV
 - opryszczka pospolita
 - wirusowe zapalenie wątroby
 - kłykciny kończyste
 - mięczak zakaźny
- choroby bakteryjne:
 - rzeżączka
 - nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej
 - kiła
 - ziarnica weneryczna pachwin
 - ziarniniak weneryczny
- choroby pasożytnicze:
 - świerzb
 - wszawica łonowa
- choroby pierwotniakowe:
 - rzesistkowica
- choroby grzybicze:
 - zakażenia drożdżakowe (Candydoza)

W ostatnim czasie wzrosła wykrywalność zakażeń genitalnymi typami wirusa ludzkiego brodawczaka HPV (Human Papilloma Virus),

odpowiedzialnego za rozwój nowotworów złośliwych, głównie raka szyjki macicy u kobiet z niewydolnością układu immunologicznego w przebiegu HIV/AIDS. Cechą charakterystyczną nowotworów związanych z zakażeniem onkogennymi typami HPV jest wieloletni okres utajenia. W tym kontekście wydaje się słuszne przeprowadzanie okresowych badań ginekologicznych wraz z cytologią i rozmazem w kierunku HPV u wszystkich narkomanek, a szczególnie u kobiet często zmieniających partnerów.

U kobiet i mężczyzn uprawiających seks niekonwencjonalny, traumatyzujący lub którzy mają choroby przebiegające ze stanami zapalnymi, nadżerkami, owrzodzeniami narządów płciowych znacznie łatwiej o zakażenie HIV przez kontakt płciowy. Środowisko polskich narkomanów wymaga jeszcze zasadniczej edukacji w tej dziedzinie.

Zadania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV(+) w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową

- Edukacja, informowanie o chorobach przenoszonych drogą płciową
- Propagowanie i nauka zasad bezpiecznego seksu
- Propagowanie zasad higieny osobistej i zdrowego stylu życia
- Programy rozdawnictwa prezerwatyw
- Okresowe (raz w roku) badanie ginekologiczne
- Leczenie schorzeń w narządzie rodnym (nadżerki, stany zapalne itp.).
- Leczenie partnerów
- Badania przesiewowe krwi w kierunku kiły
- Działania zmierzające do poprawy sanitarnych warunków życia

Standard opieki w zakresie ciąży, porodu, położu

Infekcja HIV sama w sobie stwarza dla dziecka matki seropozytywnej ogromne zagrożenie. Nadużywanie w ciąży różnych substancji, w tym nikotyny, alkoholu, substancji psychoaktywnych, ma niezmiernie istotny wpływ na zdrowie i życie noworodka urodzonego przez matkę narkomankę z HIV/AIDS. Większość ciężarnych niewiele wie o negatywnym wpływie na płód nadużywanych substancji. Pośrednie ryzyko dla narkomanek w ciąży stanowi niewłaściwy sposób odżywiania, choroby przenoszone drogą płciową, zbyt późne zgłaszanie się do ginekologa.

Te kobiety, które posiadają informację na ten temat, wcale nie rezygnują z przyjmowania narkotyków podczas ciąży. Biorą narkotyki, aby uniknąć objawów odstawienia substancji, do których są przyzwyczajone, uciec od przytłaczających je problemów macierzyństwa, wreszcie, aby poprawić sobie samopoczucie. Pacjentki koniecznie trzeba informować, że nie ma bezpiecznej dawki narkotyku, alkoholu, nikotyny dla kobiety w ciąży.

Nagłe odstawienie używanych dotychczas opiatów u kobiet ciężarnych jest również niebezpieczne i może się zakończyć wewnątrzmacicznym obumarciem płodu. Objawy głodu opiatowego obserwuje się u 20 -75 % noworodków urodzonych przez matki uzależnione od heroiny. Po urodzeniu dzieci trzeba stopniowo detoksykować.

Narkomanka HIV(+) często odrzuca noworodka z poczucia winy związanej z niebezpieczeństwem urodzenia dziecka uszkodzonego z powodu narkotyków lub zakażonego wirusem HIV. Włączenie zastępczej terapii metadonem podczas ciąży jest bezpieczne i jest standardem

opieki nad matką - narkomanką w krajach Europy Zachodniej.

Infekcja HIV dodatkowo komplikuje przebieg ciąży u narkomanki. Kobieta taka wymaga postępowania położniczego zgodnego z obecnie przyjętymi rekomendacjami dla kobiet HIV(+) w ciąży, a więc stosowania leków przeciwretrowirusowych podczas ciąży w celu maksymalnego zmniejszenia ładunku wirusa we krwi w chwili porodu, tak samo jak właściwej opieki ginekologa i położnika. Specyfika psychologiczna pacjentki narkomanki wymaga od personelu medycznego dodatkowych umiejętności.

Zespół specjalistów do opieki nad kobietą ciężarną HIV (+) uzależnioną od narkotyków

- Pielęgniarka położna doświadczona w poradnictwie i pracy z osobami uzależnionymi
- Lekarz ginekolog / położnik znający problematykę uzależnienia
- Lekarz specjalista w dziedzinie HIV/AIDS
- Lekarz psychiatra - konsultant
- Psycholog kliniczny
- Terapeuta
- Pracownik socjalny

Zadania w standardzie opieki nad kobietą ciężarną HIV(+) uzależnioną od narkotyków

- Umożliwienie kobiecie ciężarnej HIV (+) jak najwcześniej wizyty u ginekologa
- Diagnostyka i profilaktyka chorób zagrażających ciąży
- Opieka położnicza prowadzona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów zdolny do przekazywania pacjentce profesjonalnej i wszechstronnej informacji

- Eliminowanie czynników ryzyka śmiertelności płodu
- Włączenie w program substytucji metadonowej kobiet głęboko uzależnionych od heroiny
- Leczenie antyretrowirusowe wg standardów dla ciężarnej, podczas porodu oraz dla noworodka
- Opieka psychoterapeutyczna - w celu wzmocnienia emocjonalnego matki i dziecka
- Działania poprawiające rozwój fizyczny i emocjonalny noworodka
- Zapewnienie matce i dziecku warunków egzystencjalnych z możliwością dalszej opieki medycznej
- Leczenie uzależnienia - skierowanie do specjalistycznych ośrodków

Standard opieki w zakresie chorób psychicznych

W populacji narkomanów istnieje pewna grupa uzależnionych i jednocześnie chorych na endogenne psychozy. Dotychczasowe leczenie tych osób nie było łatwe, bowiem po ustąpieniu ostrych objawów psychotycznych, nigdy nie kontynuowały one leczenia ambulatoryjnego, a po hospitalizacji natychmiast wracały do nałogu. Szansą dla tych ludzi stał się udział w programach metadonowych. Dał im możliwość przewlekłego leczenia psychiatrycznego w sposób kontrolowany. Wydaje się, że leczenie psychoz neuroleptykami wraz z metadonem daje dobre efekty terapeutyczne. U pacjentów z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego spowodowanym przez wieloletni nałóg, a dodatkowo przez wirus HIV lub inne patogeny oportunistyczne, częściej rozwijają się psychozy egzogenne. Pacjenci tacy wymagają hospitalizacji i leczenia schorzeń będących przyczyną zaburzeń psychicznych.

Zdania w standardzie opieki nad pacjentem uzależnionym HIV (+) w zakresie zaburzeń psychicznych

- Umożliwienie szybkiej konsultacji psychiatrycznej przy obserwowanej zmianie w zachowaniu, nastroju, itp.
- Możliwość hospitalizacji psychiatrycznej
- Umożliwienie włączenia do programów metadonowych pacjentów z wywiadem psychiatrycznym w celu kontroli, obserwacji oraz leczenia ambulatoryjnego
- Oddziaływania terapeutyczne i psychologiczne

Podsumowanie

Opieka nad uzależnionym pacjentem HIV(+) powinna mieć charakter interdyscyplinarnej terapii kompleksowej. Podstawowe są działania medyczne mające na celu leczenie infekcji HIV oraz innych chorób związanych z dożylną drogą stosowania środków odurzających. Specjalistyczny zespół terapeutów musi ustawicznie prowadzić działania zmierzające do wzmocnienia motywacji do walki z nałogiem, zmiany postaw społecznych, zwiększenia poczucia bezpieczeństwa i poprawienia współpracy w procesie leczenia HIV/AIDS. Zespół pracowników socjalnych powinien oferować indywidualną pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych oraz wszechstronną pomoc dla rodzin i najbliższego otoczenia. Dopiero zapewnienie takiej holistycznej pomocy może spowodować w przyszłości znaczącą redukcję szkód zdrowotnych u pacjentów z HIV/AIDS uzależnionych od dożylny heroiny.

*Grażyna Cholewińska
Ordynator Oddziału 3A*

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

Zasady opieki terapeutycznej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

Charakterystyka problemu

Stworzony w 1993 roku na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie oddział szpitalny dla czynnych narkomanów dożylnych, zakażonych wirusem HIV funkcjonuje w oparciu o zastępczą terapię metadonową.

Założeniem szpitalnego programu metadonowego jest:

- stworzenie osobie uzależnionej możliwości wytrwania w oddziale szpitalnym
- nawiązanie współpracy w zakresie działań medycznych, tj. leczenia infekcji HIV, zakażeń oportunistycznych i chorób związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków.
- detoksykacja w niektórych przypadkach
- przygotowanie do programu rehabilitacji

Zintegrowana i ukierunkowana na wspólny cel praca zespołu medycznego i terapeutycznego pomaga pacjentom odnaleźć się w chorobie, a także w podjęciu decyzji dotyczących dalszego leczenia.

Odbiorcą naszego programu jest pacjent najczęściej długo zakażony wirusem HIV, pozostający wiele lat w nałogu. Z powodu długotrwałego uzależnienia około 20 % naszych podopiecznych stanowią ludzie bezdomni, nie mający żadnych więzi z rodzinami, bez uregu-

lowanego statusu społecznego w wyniku wieloletniego uzależnienia, zakażenia HIV i wielokrotnie podejmowanych prób leczenia, są to pacjenci zdegradowani społecznie.

Od ośmiu lat zespół terapeutyczny realizuje pracę zmierzającą do wzmocnienia motywacji do walki z nałogiem i odpowiedzialnego leczenia infekcji HIV. Praca terapeutyczna ma na celu zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i odbudowanie więzi rodzinnych i społecznych, które zaburzone są dodatkowo poprzez fakt zakażenia HIV.

Formy terapii

Formy terapii są zróżnicowane; od terapii indywidualnej i grupowej poprzez działania re-adaptacyjne aż po wsparcie i pracę z chorym terminalnym. Konieczna jest analiza potrzeb osób hospitalizowanych i wyznaczenie wspólnie z pacjentem programu działań interwencyjnych. Informuje się pacjentów o przysługujących im świadczeniach socjalnych i dostępnych formach pomocy. Ukierunkowuje się na działanie w celu rozwinięcia zdolności samodzielnego rozwiązywania własnych problemów.

Dla osób bezdomnych prowadzi się działania zmierzające do zapewnienia miejsca pobytu po opuszczeniu szpitala. Stałe miejsce zamieszkania, zmiana stylu życia jest warunkiem koniecz-

nym do kontrolowanego przyjmowania leków antyretrowirusowych, regularnego stawiania się na badania i kontrole lekarskie. Schematy i reżimy przyjmowania leków wymagają nadzoru, gdyż każdy objaw kliniczny u takiego chorego powinien być sygnałem do interwencji medycznej.

Na podstawie doświadczeń zdobytych podczas 8 lat pracy z tego typu pacjentem wypracowano własne standardy pracy, które w efekcie końcowym zaowocują zmianą stylu życia podopiecznych.

Wypracowany model opieki kompleksowej w ramach stacjonarnego oddziału szpitalnego dla narkomanów HIV/AIDS, jest unikalny w naszym kraju i prawdopodobnie jednym z niewielu w Europie Centralnej.

Wypracowane standardy

	Cel oddziaływania
Edukacja	Wiedza Profilaktyka
Wsparcie	Zabezpieczenie potrzeb psychicznych Interwencja kryzysowa
Pomoc socjalna	Zabezpieczenie potrzeb bytowych

Edukacja

Z własnych doświadczeń wynika, że pacjenci nadal mają potrzebę rzetelnej informacji na temat infekcji HIV i choroby AIDS. Wiedza na temat HIV oraz chorób związanych z AIDS potrzebna jest nie tylko hospitalizowanym pacjentom, ale również ich najbliższym. Konieczne jest włączenie do programu terapeutycznego wykładów, pogadanek, porad i konsultacji

medycznych w zakresie edukacji pacjenta oraz osób z ich otoczenia.

Tematyką tych zajęć powinny być problemy istotne dla pacjenta.

TEMATY ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH

- Jak żyć z wirusem HIV w rodzinie i otoczeniu
- Drogi zakażenia HIV. Związek z uzależnieniem od dożylnych substancji psychoaktywnych
- Choroby związane z uzależnieniem (HBV, HCV, choroby przenoszone drogą płciową)
- Choroby oportunistyczne zależne od infekcji HIV
- Ciąża i macierzyństwo u kobiet seropozytywnych
- Programy antyretrowirusowe i ich znaczenie dla spowolnienia procesu chorobowego

Wiedza przekazana przez lekarzy specjalistów powinna wpłynąć na zmianę postaw osób hospitalizowanych, a także na sposób traktowania ich we własnym domu przez osoby najbliższe.

Wsparcie

Poczucie izolacji społecznej, brak zaplecza socjalnego i świadomość przewlekłej choroby jaką jest HIV/AIDS prowadzi do jeszcze większej alienacji naszych pacjentów, co w efekcie daje trwanie w nałogu. Toteż poprzez oferowaną pomoc terapeutyczną i socjalną próbujemy dotrzeć do osoby uzależnionej HIV (+), aby skłonić ją zarówno do leczenia infekcji HIV, jak i leczenia uzależnienia. Pragniemy zmotywować ją do naprawienia relacji rodzinnych i swojej sytuacji społecznej.

Zdiagnozowanie potrzeb indywidualnych jest podstawą do pracy terapeutycznej. Dla każdego człowieka najważniejsze jest, wg teorii

Maslow'a zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa. Trudno jest zaspokoić taką potrzebę u narkomana zakażonego HIV, hospitalizowanego w zamkniętym oddziale szpitalnym. Poczucie to jest zaburzone poprzez świadomość zamknięcia, zależność od innych (głównie personelu medycznego), często długi okres hospitalizacji oraz co do przyszłości. Samotność, lęk przed śmiercią, poczucie odrzucenia społecznego ma duży wpływ na zaburzenie poczucia bezpieczeństwa. Aby pomóc choremu trzeba wzbudzić w nim uczucie, że jest "zaopiekowany". Wsparcie terapeutyczne i opieka medyczna motywuje pacjentów do leczenia choroby somatycznej i wpływa na chęć zmiany dotychczasowego życia.

W ostatnim czasie coraz większy odsetek stanowią kobiety narkomanki zakażone wirusem HIV będące w ciąży. Konieczne wydaje się umożliwienie tym pacjentkom konsultacji specjalistycznych u lekarza chorób zakaźnych, a także ginekologa. Problemem wielu kobiet seropozytywnych jest posiadanie dziecka zdrowego, nie zakażonego wirusem HIV. Przekazana niezbędna wiedza może zaowocować większą współpracą z lekarzem, a jednocześnie zminimalizować lęk przed narodzeniem zakażonego dziecka, tak samo jak uświadomienie konieczności przyjmowania w ciąży leków antyretrowirusowych w celu zredukowania ryzyka zakażenia dziecka. Niezbędne są działania terapeutyczne, mające na celu uświadomienie pacjentkom konieczności odstawienia narkotyku. U kobiet HIV (+) brak wiedzy na temat powodzenia ciąży, obawa przed urodzeniem chorego dziecka, niechęć do zerwania z dotychczasowym życiem powoduje często odrzucenie noworodka. Niezbędnym zadaniem terapeutycznym jest praca nad zaakceptowaniem ciąży

i przyszłego macierzyństwa. Zapewnienie warunków do egzystencji dla matki i dziecka wzmocni w kobiecie chęć do realizowania się w macierzyństwie.

Dzięki kompleksowemu oddziaływaniu personelu pacjenci uświadamiają sobie znaczenie profilaktyki HIV i odpowiedzialność za innych. Wzbudzają w sobie chęć do życia pomimo choroby, często zgłaszają potrzebę zerwania z nałogiem. Dzieje się to w wyniku wstępnego nabierania umiejętności w zakresie nazywania emocji oraz pracy nad nimi, tak samo jak umiejętności adekwatnego reagowania na poczucie krzywdy.

Zachęca się pacjentów do konstruktywnego rozwiązywania własnych problemów i wyrabiania umiejętności podejmowania świadomych decyzji.

Zintegrowane oddziaływania terapeutyczne mają duży wpływ na zmianę sposobu postrzegania samego siebie oraz naukę zachowań aprobowanych społecznie.

Podsumowanie

W oparciu o kilkuletnie doświadczenie można zaobserwować znaczne korzyści z oferowanej pacjentowi opieki interdyscyplinarnej. Jest ona niezbędnym warunkiem systemowego oddziaływania medyczno-terapeutycznego i socjalnego wobec narkomanów z problemem HIV/AIDS. Proponowane oddziaływanie prowadzi do wzrostu poczucia bezpieczeństwa naszych pacjentów. W wielu przypadkach następuje odbudowa więzi rodzinnych, czego wynikiem jest pomoc emocjonalna i zapewnienie bytu ze strony domu rodzinnego. Podjęcie decyzji o przerwaniu zażywania narkotyków daje możliwość rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego co

niesie ze sobą nadzieję na dłuższe życie w lepszym komforcie zdrowotnym. Pacjenci mają możliwość podjęcia ról społecznych, czują się potrzebni, a także mogą spełnić oczekiwania ze strony swojej rodziny. Regulują własną sytuację socjalną (dokumenty, ubezpieczenie, zasiłki i renty). Wynikiem odstawienia narkotyków jest spadek zachowań przestępczych. Jednocześnie pacjenci mają potrzebę uregulowania swojej sytuacji praw-

nej, np. zadłużeń alimentacyjnych, lokatorskich, itp. Opieka holistyczna jaką objęci są nasi podopieczni w końcowym efekcie owocuje umiejętnością radzenia sobie w tak trudnej sytuacji, jaką jest skojarzenie uzależnienia od narkotyków z problemem HIV/AIDS.

Katarzyna Puławska-Popielarz

Kierownik Zespołu Terapeutów

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

Zasady pomocy socjalnej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

Pracownik socjalny jest niezbędnym elementem zespołu pracującego na rzecz pacjenta - narkomana z HIV/AIDS. Funkcję tę powinna pełnić osoba z odpowiednimi kwalifikacjami w zakresie pomocy socjalnej, przeszkolona, z dobrą znajomością zasad oddziaływania w środowisku potrzebujących, a dodatkowo dobrze zorientowana w topografii i możliwościach regionalnych i administracyjnych jednostek świadczących pomoc socjalną.

Ogólnie panująca w społeczeństwie polskim niechęć do narkomanów, potęgowana dodatkowo przez zakażenie HIV sprawia, że ta grupa pacjentów praktycznie pozostaje bez pomocy socjalnej. Słabo zorientowani w problemie funkcjonariusze administracji lokalnych, a także organizacji pozarządowych, choć w mniejszym stopniu, wyrażają po cichu opinię, że narkomani z HIV/AIDS sami są sobie winni, nie powinni otrzymywać żadnej pomocy socjalnej. Takie stanowisko powo-

duje, że narkomani pozbawieni pomocy w przygotowaniu do podejmowania podstawowych funkcji społecznych, tym bardziej zamykają się w znanym sobie i bezpiecznym z ich punktu widzenia nierealnym świecie, jaki osiągają w stanie odurzenia. Tkwią wyłącznie w środowisku sobie podobnym, bo nie znają innych wzorów życia, lub nie mają możliwości, aby dotychczasowe życie zmienić.

Bezdomność, bezrobocie, brak wykształcenia, brak oparcia ekonomicznego w rodzinie sprawiają, że człowiek przywiązany do nałogu, z poważnymi schorzeniami, jak AIDS, zakażenie HCV, HBV i inne, na pewno nie poradzi sobie sam. Również sam nie zwróci się o pomoc, bo najczęściej nie wie, gdzie jej szukać. Takiego potrzebującego powinien umieć znaleźć pracownik socjalny, wychowawca w zakładzie karnym, lekarz leczący HIV/AIDS, kierownik schroniska, noclegowni itp.

Odpowiednie podejście, rozmowa na temat problemów egzystencjalnych często bywa pierwszym krokiem w przełamaniu nieufności i nawiązaniu współpracy z narkomanem, umożliwiającym dalsze oddziaływania medyczne i psychologiczne.

Pomoc socjalna

W wyniku oddziaływań terapeutycznych i medycznych, osoba uzależniona od środków psychoaktywnych w pewnym momencie zaczyna dostrzegać potrzebę uregulowania swoich spraw socjalno-bytowych. Pracownik socjalny powinien umieć zidentyfikować tę fazę i wykorzystać chęci pacjenta do dalszej z nim współpracy.

Z chorym przybyłym do szpitala przeprowadza się rozmowę w celu rozpoznania jego sytuacji życiowej - rodzinnej, ekonomicznej, zdrowotnej, itp. Zebranie danych o pacjencie i ich analiza pozwala zdiagnozować potrzeby socjalne po to, by wspólnie z chorym wyznaczyć priorytety i indywidualny program działań. Na tym etapie pracy z pacjentem uczymy go logicznie szeregować kolejność własnych potrzeb socjalnych i zachęcamy do przedstawienia swoich własnych pomysłów w celu ich rozwiązania. Pracownik socjalny wspólnie z osobą potrzebującą powinien opracować sposób realizacji założonego programu, wyznaczyć kolejność załatwiania spraw, wprowadzić ewentualne modyfikacje oraz dokonywać oceny jego skuteczności.

Drugim etapem jest realizacja wyznaczonych zadań. W żadnym wypadku nie wolno pacjenta wyręczać w rozwiązywaniu jego problemów, nie wolno za niego wykonywać czynności, które obiektywnie jest w stanie wykonać samodzielnie. Pomoc pracownika socjalnego polega jedynie na ukierunkowaniu i nadzorowaniu działań. Najważniejszym celem tego typu oddziaływań jest rozwinięcie u osoby bezdomnej i chorej zdolności do samodzielne- go rozwiązywania własnych problemów.

Zadania w standardzie pomocy socjalnej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

- Tworzenie warunków sprzyjających samodzielnemu funkcjonowaniu osoby bezdomnej w społeczeństwie
 - pomoc w zdobyciu potrzebnych dokumentów, świadczeń (z zakładu pracy, z ZUS itp.)
 - odzyskanie utraconego mieszkania lub wystąpienie o przydział mieszkania komunalnego (tzw. z odzysku)
 - pomoc w znalezieniu miejsca pobytu w zakładzie opiekuńczo - leczniczym, hospicjum, schronisku itp.
 - podejmowanie prób nawiązania kontaktu z rodziną narkomana HIV (+).
 - pomoc w odnowieniu zerwanych więzi społecznych, rodzinnych, koleżeńskich
- Pomoc w usamodzielnieniu się
 - wzmacnianie i wspieranie zdolności do samodzielnego życia
 - prowadzenie działań zmierzających do zapewnienia osobie bezdomnej miejsca do życia po opuszczeniu szpitala - umożliwiające dalsze leczenie antyretrowirusowe i inne oddziaływania medyczne i terapeutyczne
- Współpraca z administracją publiczną i innymi organizacjami
 - starania o dofinansowanie programów w celu ograniczenia skutków bezdomności
 - współpraca z Kościołem i organizacjami pozarządowymi w zakresie udzielania osobie bezdomnej koniecznego wsparcia
- Promocja zdrowia i zdrowego stylu życia
 - propagowanie zdrowego stylu życia i działania w tym kierunku
 - świadczenia rzeczowe: rozdawnictwo środków higieny, owoce, soki, witaminy

Dokumentacja

Ważną częścią pracy socjalnej z narkomanem HIV (+) w szpitalu jest tworzenie osobnej dokumentacji dotyczącej udzielanych świadczeń socjalnych. Ma ona służyć rejestracji świadczonej pomocy podczas pobytu w szpitalu i podczas kolejnych hospitalizacji.

Część pierwsza zawiera opis sytuacji życiowej chorego w momencie, gdy po raz pierwszy zgłasza się do oddziału szpitalnego, a przy kolejnych hospitalizacjach uzupełnia się te informacje. Dobrze prowadzona dokumentacja pozwala na koniec ocenić skuteczność działań socjo-ekonomicznych, a pośrednio proces resocjalizacji narkomana z HIV/AIDS oraz efektywność pracy zespołu socjalnego.

Dokumentacja w zakresie pomocy socjalnej dla pacjenta z HIV/AIDS uzależnionego od dożylnych środków odurzających

- Dane osobowe
 - dokumenty osobiste (brak lub posiadanie dowodu osobistego i in. dokumentów)
 - ostatnie stałe zameldowanie
 - ostatnie miejsce zamieszkania
- Przygotowanie zawodowe
 - wykształcenie
 - zawód
 - wykonywana praca
- Źródła utrzymania
 - brak
 - zatrudnienie „na czarno”
 - praca z opłacaną składką ZUS
 - zasiłek
 - alimenty, pomoc rodziny, inne
- Stan zdrowia
 - grupa inwalidzka

- uzależnienia (alkohol, narkotyki, inne)
- kontakt z instytucją zdrowia psychicznego
- Rodzina
 - współmałżonek, dzieci, rodzice
 - forma kontaktu
 - zobowiązania finansowe

Formy pomocy socjalnej

Dokumentacja pracowników socjalnych w drugiej części powinna zawierać informacje o formach pomocy socjalnej i udziale własnym osoby potrzebującej. Umieszczenie daty oferowanych świadczeń socjalnych ułatwia przy kolejnych hospitalizacjach planowanie i realizację następnych zadań. Pozwala również odtworzyć dokumenty i procedury administracyjne w celu przeprowadzenia dalszych kroków.

Formy pomocy udzielane we współpracy z pacjentem HIV/AIDS uzależnionym od dożylnych środków odurzających

- wyrobienie dowodu tożsamości
- przywrócenie stałego meldunku
- znalezienie czasowego mieszkania
- znalezienie stałego mieszkania
- ułatwienie kontaktu z rodziną
- uzyskanie rzeczowej pomocy z Ośrodka Pomocy Społecznej
- kontakt z Zespołem Orzekania o Niepełnosprawności
- uzyskanie renty, zasiłku
- uzyskanie stałej pomocy finansowej z Ośrodka Pomocy Społecznej
- kontakt z usługami prawnymi
- uzyskanie wyników badań lekarskich niezbędnych do podjęcia pracy
- kontakt w celu znalezienia pracy

- umieszczenie w ośrodku rehabilitacyjnym, opiekuńczo - leczniczym, hospicjum itp.
- ułatwienie podjęcia leczenia uzależnienia
- kontakt z usługami psychologicznymi
- formy pomocy dla matki narkomanki HIV(+) i jej dziecka
- założenie sprawy o alimenty itp.
- inne

Podsumowanie

Rola pracownika socjalnego w interdyscyplinarnym zespole specjalistów opiekujących się narkomanem z HIV/AIDS jest komplementarnym dopełnieniem w holistycznym modelu opieki, jaki realizuje się w Wojewódzkim Szpitalu zakaźnym w Warszawie od dziewięciu lat. Bez pakietu oddziaływań socjo-ekonomicznych prawdopodobnie nie udało by się osiągnąć efektu systematycznego, przewlekłego leczenia przeciwretrowirusowego, tak samo jak leczenia nałogu w tej wyjątkowo trudnej grupie chorych.

Możliwość realizacji oferty socjalnej wzbudza u naszych podopiecznych poczucie bezpieczeństwa i pozwala nawiązać współpracę na płaszczyźnie medycznej i terapeutycznej.

Stworzenie sprzyjających warunków życiowych osobie bezdomnej, zakażonej HIV i uzależnionej od narkotyków, w wielu przypadkach procentuje zmianą zachowań. Pacjenci, którzy zostali zmotywowani do samodzielności w rozwiązywaniu własnych problemów, uczestniczą od wielu lat w programach metadonowych, funkcjonują i spełniają role społeczne tak jak inni ludzie. Prawdopodobnie nie stało by się tak, gdyby nie pokazano im jak to można zrobić. Narkoman korzystający z substytucyjnego leczenia uzależnienia za pomocą metadonu, nie musi już za wszelką cenę zdobywać narkoty-

ku. Posiadając mieszkanie lub miejsce w schronisku i środki finansowe do egzystencji, może „na trzeźwo” myśleć o swoim zdrowiu, o leczeniu chorób, o spełnianiu się w układach rodzinnych, macierzyńskich i społecznych.

Niebagatelną rolę odgrywają też świadczenia rzeczowe, jak rozdawnictwo odzieży, środków higieny i produktów żywnościowych. Zespół socjalny organizuje w oddziale szpitalnym imprezy okolicznościowe jak Wieczór Wigilijny, Mikołajki, Światowy Dzień Walki z Narkomanią, Dzień Kobiet itp. dla chorych aktualnie hospitalizowanych i ich rodzin.

Odbiorcami pomocy socjalnej w niektórych przypadkach są rodziny i osoby z otoczenia chorego. Dotyczy to m.in. pomocy w zorganizowaniu środków na pochówek, zdobyciu opału, opłaceniu lub anulowaniu zadłużenia w spółdzielni mieszkaniowej. Dzięki temu rodzina pacjenta z HIV/AIDS zmotywowana jest do opieki i wspierania go w walce z nałogiem oraz leczenia infekcji HIV.

Pomoc socjalną dla narkomana HIV (+) nie można rozważać w kategoriach nagrody i kary. Zarówno infekcja HIV, jak i uzależnienie od środków psychoaktywnych jest ciężką chorobą somatyczną i nierzadko psychiczną. Żadna z nich nie jest wynikiem słabej woli człowieka ani skłonności do złośliwej samozagłady. Człowieka chorego, uzależnionego od nałogu nie powinno się pozostawiać bez pomocy. Ten humanitarny aspekt winien przyświecać systemowi holistycznej opieki oferowanej pacjentowi z HIV/AIDS w dwudziestym pierwszym wieku. Każdy pacjent i tak z tej oferty przyjmie to, co będzie uznawał dla siebie za najlepsze.

Grażyna Cholewińska
Ordynator Oddziału 3A

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie

Model Opieki Terapeutycznej nad Pacjentem z HIV/AIDS uzależnionym od środków psychoaktywnych hospitalizowanym w Oddziale Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie

Od ponad dziewięciu lat w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym funkcjonuje oddział przeznaczony dla osób żyjących z HIV/AIDS uzależnionych od środków psychoaktywnych. Pacjentów tego oddziału charakteryzują problemy zarówno natury psychologicznej, jak i medycznej wynikające z infekcji HIV, uzależnienia i chorób związanych z przyjmowaniem narkotyków dożylnych oraz problemy natury socjalnej. Większość hospitalizowanych to osoby bez zabezpieczenia finansowego, nie ubezpieczone, często bezdomne, samotne lub z ograniczonym kontaktem z rodziną. Z uwagi na różnorodność potrzeb podopiecznych istotne znaczenie ma możliwość otrzymania przez nich wszechstronnej pomocy zapewnianej przez zespół pracowników oddziału. W trakcie hospitalizacji pacjenci objęci są kompleksową opieką realizowaną przez zespół profesjonalistów takich jak: terapeuci, lekarze specjalności chorób zakaźnych, interny, psychiatry, pielęgniarki i pracownik socjalny. Znaczącą rolę w zapewnianiu pacjentom niezbędnej opieki odgrywają terapeuci. W swojej pracy muszą równocześnie uwzględniać trudności wynikające z uzależnienia hospitalizowanych osób, zakażenia HIV, choroby AIDS, jak również ograniczonych strukturą szpitala możliwości, urozmaicenia często dłu-

giego czasu pobytu podopiecznych w oddziale. Duży nacisk kładziony jest na indywidualne podejście do każdego pacjenta.

Model opieki terapeutycznej składa się z trzech etapów.

ETAP PIERWSZY realizowany jest od momentu przyjęcia pacjenta do czasu zdiagnozowania problemów i wynikających z nich potrzeb chorego oraz określenia we współpracy z nim charakteru proponowanej pomocy. Wstępne zdiagnozowanie problemów odbywa się na podstawie wywiadu przeprowadzonego z podopiecznym na temat:

- przebiegu choroby, jaką jest uzależnienie (rodzaj przyjmowanych środków, od kiedy, podejmowane próby leczenia itp.),
- określenie aktualnej sytuacji życiowej.

Taka rozmowa pozwala na zebranie informacji istotnych dla planowania opieki nad chorym, nawiązania z nim kontaktu, zwłaszcza jeśli jest to osoba pierwszy raz leczona w oddziale oraz stworzenie atmosfery sprzyjającej dalszym spotkaniom. Przeprowadza się ją w wybranym przez pacjenta i najodpowiedniejszym dla niego w ciągu dnia momencie (terapeuci dyżurują także w godzinach popołudniowych), z równoczesnym przestrzeganiem prawa podopieczne-

go do odmowy odpowiedzi na określone i trudne dla niego w danym momencie pytania.

Należy podkreślić, że to pacjent decyduje na ile i w jakim czasie chce dopuścić do swoich spraw osobistych osoby trzeciej. Oczywiście im więcej informacji otrzymanych od chorego i im większa jego gotowość do współpracy, tym większa możliwość dostosowania oferty pomocy do jego potrzeb i możliwości. Istotną rolę odgrywają także informacje uzyskane o pacjencie od innych pracowników oddziału dotyczące m. in. przebiegu i planu leczenia oraz rokowań dotyczących stanu zdrowia (lekarze), statusu socjalnego i problemów z tym związanych (pracownik socjalny), zachowania się podopiecznego poza godzinami pracy terapeutów (pielęgniarki).

Z założenia, spotkanie wstępne służące zebraniu informacji o pacjencie odbywa się zwykle wkrótce po przyjęciu chorego do oddziału. Jednakże zdarzają się również sytuacje, gdy w ocenie terapeutów ważniejsze jest skupienie się na zabezpieczeniu istotnych dla pacjenta i szybko zauważonych potrzeb czy też problemów np. niepomyślna diagnoza i związana z nią obawa o siebie - potrzeba poczucia bezpieczeństwa, wsparcia emocjonalnego. Takie postępowanie sprzyja budowaniu płaszczyzny porozumienia między pacjentem a terapeutą i jest również dobrym punktem wyjścia do dalszej z nim współpracy.

Istotne znaczenie dla komfortu psychicznego chorego, jego nastawienia do pobytu w oddziale ma sposób przyjęcia do oddziału. Poza sprawami formalnymi leżącymi w gestii lekarzy i pielęgniarek (założenie dokumentacji, wykonanie badań itp.), terapeutyci zapoznają nowo przyjętą osobę z rozplanowaniem oddziału, jego zasadami, możliwościami opieki, przebiegiem dnia (plan dnia), innymi chorymi z sali itp.

W przypadku pacjenta wielokrotnie hospitalizowanego w tym oddziale początkowe działania terapeutów skupiają się na:

- uzupełnieniu posiadanych już o pacjencie informacji,
- omówieniu wydarzeń z okresu od ostatniego pobytu chorego w oddziale do aktualnego przyjęcia,
- realizacji przez podopiecznego planu ułożonego podczas ostatniej hospitalizacji dotyczącego najogólniej poprawy jakości życia (np. podjęcie i kontynuacja leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym, unormowanie sytuacji socjalnej, poprawa kontaktu z rodziną, podjęcie zastępczej terapii metadonowej, rozpoczęcie leczenia ambulatoryjnego - terapia w poradni).

Tacy chorzy traktują również w pewien sposób oddział szpitalny jak "własny dom". Dotyczy to zwłaszcza pacjentów samotnych, którzy wykazują dużą otwartość w stosunku do personelu, a zwłaszcza terapeutów z którymi sami chętnie inicjują spotkania i rozmowy.

Po dokonaniu wstępnej diagnozy problemów i wynikających z nich potrzeb pacjenta, następuje moment ułożenia indywidualnego planu pracy z chorym (indywidualny plan opieki), w którym aktywnie uczestniczy podopieczny, wytyczając główne cele do realizacji. Nacisk kładziony jest na samodzielność chorego (na miarę jego możliwości) ze wsparciem ze strony terapeutów i w ramach dostępnych w szpitalu możliwości.

Indywidualny plan pracy z pacjentem określający sposób udzielanej mu pomocy zawiera m. in. następujące elementy:

- 1) wzbudzanie i utrzymanie motywacji pacjenta do podjęcia walki z nałogiem, a w konsekwencji udanie się po zakończeniu hospitalizacji do ośrodka rehabilitacyjnego,

- 2) w przypadku pacjentów nie ubezpieczonych, ze złym stanem zdrowia, a także bezdomnych lub bez możliwości zamieszkania z rodziną – szukanie miejsca pobytu, w którym chory miałby zapewnioną opiekę i możliwość unormowania spraw bytowych,
- 3) w przypadku pacjentów mających stałe miejsce pobytu, po wielokrotnych nieudanych próbach leczenia lub w związku ze złym stanem zdrowia – pomoc w załatwieniu miejsca w programie metadonowym (zastępcza terapia substytucyjna),
- 4) pomoc w odnowieniu lub poprawieniu kontaktów z najbliższymi,
- 5) pomoc w uczeniu się życia ze świadomością bycia osobą zakażoną HIV (edukacja),
- 6) pomoc w wzbudzeniu chęci do życia i znalezieniu istotnych dla podopiecznego celów,
- 7) pomoc w radzeniu sobie z chorobą i znajdowaniu pozytywnych elementów w szpitalnej codzienności (opieka terminalna).

Należy podkreślić, że liczba wymienionych powyżej elementów w planie opieki nad pacjentem będzie zróżnicowana w zależności od indywidualnych potrzeb podopiecznego, jak również będzie mogła ulegać zmianie (pojawianie się w trakcie hospitalizacji nowych, trudnych dla chorego zdarzeń wymagających rozpatrzenia).

ETAP DRUGI oznacza rozpoczęcie i realizację indywidualnego planu opieki terapeutycznej. W tym okresie uwaga terapeutów skupia się na trzech elementach. Po pierwsze jest to dbałość o utrzymanie pacjenta w jak najlepszej kondycji psychicznej, co ma istotne znaczenie zarówno dla procesu leczenia jak i dla gotowości chorego do współpracy w realizacji zaplanowanych działań. Dlatego konieczne jest stałe monitorowanie:

- realizacji potrzeb podopiecznego,

- adaptacji chorego do warunków szpitalnych w zależności od czasu trwania hospitalizacji i postępów w leczeniu,
- prezentowanego zachowania i poziomu aktywności itp.

Odbywa się to w oparciu o systematyczny kontakt z podopiecznym, obserwacje oraz stałe zbieranie informacji na temat pacjenta od pozostałych pracowników oddziału.

Pozostałe dwa elementy realizowane w ramach opieki terapeutycznej w trakcie drugiego etapu, to systematyczna pomoc i wsparcie pacjenta w podjętych przez niego zamierzeniach, a także interwencje w sytuacjach trudnych emocjonalnie dla podopiecznego. Tego rodzaju sytuacje związane są między innymi z:

- poczuciem rezygnacji pojawiającym się w wyniku braku postępów w leczeniu, niepomyślnym rokowaniem, otrzymaniem informacji o zdiagnozowaniu zakażenia HIV,
- osłabieniu motywacji do podjęcia leczenia się z uzależnienia i poprawy własnej sytuacji życiowej w związku z np. przedłużającą się znacznie hospitalizacją.

W pierwszym przypadku działalność terapeutyczna skupia się początkowo na dawaniu wsparcia emocjonalnego, wysłuchaniu chorego, "bycia z chorym", realizowaniu jego oczekiwań w danym momencie. W przypadku pacjenta, który dowiedział się, że jest osobą zakażoną HIV niezbędne jest także dostarczenie wiedzy na temat wszelkich aspektów zakażenia HIV, zaopatrzenie w adresy organizacji niosących pomoc i działających na rzecz osób żyjących z HIV/AIDS.

Zdarza się, że na prośbę pacjenta terapeuta uczestniczy także w trakcie informowania przez chorego osób bliskich o fakcie zakażenia HIV. W takich sytuacjach opieką objęta jest również

rodzina podopiecznego. Należy podkreślić, że pacjenci często dopiero pierwszy raz "na trzeźwo" uświadamiają sobie własny stan zdrowia. Jest to bardzo ważny moment, gdyż może on stanowić w konsekwencji punkt zwrotny i prowadzić do poszukiwania przez podopiecznego rozwiązań dla poprawy jakości jego życia. Wszystkie działania podejmowane są za zgodą pacjenta i z uwzględnieniem jego gotowości, możliwości i potrzeb w określonym czasie. Równocześnie dąży się do tego, aby w realizacji indywidualnego planu opieki uczestniczyła rodzina pacjenta bądź osoby dla niego ważne. Jednym z częstych problemów w pracy terapeutów tego oddziału szpitalnego jest utrzymanie motywacji pacjenta do podjęcia pożądaných społecznie zachowań w przypadku konieczności przedłużenia jego pobytu w oddziale. Zdarza się, że hospitalizacja może trwać miesiąc i dłużej, co nawet u współpracującego i zmotywowanego podopiecznego stwarza ryzyko pojawienia się zniechęcenia i osłabienia podjętych decyzji. Przyczyniają się do tego także:

- przyjmowani do oddziału pacjenci będący pod wpływem środków psychoaktywnych, chętnie podejmujący rozmowy dotyczące narkotyków,
- monotonia otoczenia,
- niekorzystne informacje otrzymywane "z zewnątrz" (kłopoty rodzinne, prawne).

Podopieczni wielokrotnie hospitalizowani w oddziale obawiają się również długich hospitalizacji, co podkreślają przy przyjęciu, cyt.: „aby tylko nie trwało to zbyt długo”. Poza wy-szczególnionymi wyżej punktami jest to także wynikiem:

- przykrych doświadczeń związanych ze zgonami współpacjentów w oddziale, zwłaszcza tych bliżej i lepiej poznanych.

Takim sytuacjom, poza silnymi emocjami, często towarzyszy obawa, którą wyrażają słowa: „może ja będę następna/ny?”,

- ograniczonego kontaktu z rodziną i/lub znajomymi (odwiedziny odbywają się w godzinach pracy terapeutów, do oddziału nie wpuszczane są osoby nietrzeźwe, biorące narkotyki),
- poczucia zależności od innych, zwłaszcza w przypadku osób unieruchomionych w obrębie łóżka, mających izolację oddechową z powodu gruźlicy, co związane jest z koniecznością przebywania w sali oraz pacjentów nie mających pomocy ze strony rodziny i pozostających bez wsparcia finansowego, co oznacza brak możliwości zaopatrzenia się w środki higieniczne, spożywcze itp.

Sytuacje takie wymagają szczególnej uwagi terapeutów, częstszego kontaktu z pacjentem, obserwacji jego zachowania i włączania pozostałych pracowników oddziału do współpracy ukierunkowanej na wzmacnianie i wspieranie podopiecznego.

ETAP TRZECI w ramach modelu opieki terapeutycznej oznacza okres podsumowania dotychczasowej pracy z chorym, finalizowania podjętych działań i odpowiada końcowemu etapowi hospitalizacji - zakończenia leczenia i szykowania pacjenta do wypisu. Na tym etapie pracy terapeutycznej duży nacisk kładziony jest na wzmacnianie decyzji chorego w realizacji określonych planów po wyjściu ze szpitala. W spotkaniach z podopiecznym podkreślane są, m.in. efekty jego samodzielnej pracy, zmiany zapoczątkowane przez pacjenta w jego zachowaniu, postępowaniu wobec siebie i innych. Pacjenci opuszczający oddział często proszą o możliwość dalszego kontaktu z terapeutami i w rzeczywistości chętnie przychodzą, aby pochwalić się

Rys. 1. Model Opieki Terapeutycznej

ETAPY	POSTĘPOWANIE
<p>Etap Pierwszy Wstępne zdiagnozowanie problemów i potrzeb pacjenta</p> <p>Ułożenie indywidualnego planu pracy z pacjentem (plan indywidualnej opieki terapeutycznej)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zebranie wywiadu z chorym pierwszy raz hospitalizowanym w oddziale w zakresie problematyki uzależnienia oraz aktualnej sytuacji życiowej pacjenta, • W przypadku pacjenta wielokrotnie leczonego w określonym oddziale szpitalnym - uzupełnienie posiadanych informacji o chorym z okresu od ostatniego pobytu do aktualnego, • Zabezpieczenie zauważonych bądź zgłoszonych przy przyjęciu potrzeb pacjenta. • Ułożenie problemów i wynikających z nich potrzeb według stopnia ich ważności dla pacjenta (potrzeby długo i krótkofalowe), • Ułożenie planu postępowania (realizacja potrzeb) z uwzględnieniem możliwości podopiecznego oraz ograniczeń związanych z hospitalizacją.
<p>Etap Drugi Realizacja indywidualnego planu opieki</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dbłość o utrzymanie pacjenta w jak najlepszej kondycji psychicznej, • Pomoc choremu w realizacji zamierzonych działań, • Interwencja w przypadku nagłych i trudnych dla podopiecznego zdarzeń w trakcie hospitalizacji.
<p>Etap Trzeci Zakończenie i podsumowanie realizacji indywidualnego planu opieki</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zakończenie działań niezbędnych dla pomyślnego przebiegu hospitalizacji, • Ukierunkowanie pacjenta na realizowanie postawionych celów po zakończeniu hospitalizacji.

osiągnięciami "na zewnątrz", porozmawiać, a czasem prosić o pomoc. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent kończący leczenie w oddziale stara się przedłużyć pobyt z uwagi na to, że w trakcie hospitalizacji nie zadeklarował prośby o pomoc, zamierzał "wrócić do nałogu", jednakże pod koniec pobytu uświadomił sobie własne ograniczenia (np. zły stan zdrowia) i pojawiła się obawa przed wyjściem "na ulicę". W takich wypadkach terapeuci starają się pomóc choremu poprzez skierowanie do placówek, gdzie otrzyma pomoc w załatwieniu miejsca pobytu lub możliwość terapii. Zdarzają się także przypadki, kiedy pacjent poza problemami natury "na tu i na teraz" (brak zgody na określone leczenie, brak potrzebnych środków higienicznych czy spożywczych, brak oczekiwanych odwiedzin rodziny itp.), nie wyraża potrzeby zmiany swojego życia i poprawy jego jakości. W takich sytuacjach terapeuci podejmują trud stopniowego wzbudzania motywacji podopiecznego, a efekt takich działań niejednokrotnie ma miejsce dopiero przy którymś kolejnym pobycie.

Należy podkreślić fakt, że praca z tak specyficznymi pacjentami wymaga od terapeuty umiejętności nie tylko postępowania z osobami uzależnionymi, lecz także ciężko chorymi. Często też mają miejsce sytuacje nagłe, zaskakujące swoją niepowtarzalnością, co stwarza konieczność elastyczności w postępowaniu, umiejętności szybkiego podejmowania decyzji i radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Dlatego tak ważny jest systematyczny kontakt z innymi terapeutami, wspólne omawianie stanu chorych, spójność i jedność w podejmowaniu działań, co zapewnia niezbędne w tego rodzaju pracy poczucie bezpieczeństwa i jej celowości.

Opisany model opieki terapeutycznej został wypracowany w oparciu o doświadczenie nabyte w pracy z osobami żyjącymi z HIV/AIDS i uzależnionymi od środków odurzających hospitalizowanych w oddziale szpitalnym. Jego realizacja ukierunkowana jest na:

- zabezpieczenie potrzeb pacjenta w trakcie hospitalizacji,

- pomoc w podjęciu decyzji, a następnie działań stwarzających w przyszłości możliwość ułożenia przez pacjenta życia „na trzeźwo”, zgodnie z aprobowanym społecznie modelem i jest możliwa w oparciu o ścisłą współpracę z innymi profesjonalistami.

Na zakończenie należy podkreślić, że przedstawiony model opieki będzie stale udoskonalany, a jego treści zmieniane będą literą życia pisanego w tym oddziale.

*Małgorzata Piekarska Mankiewicz
Grażyna Cholewińska
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie*

Przedstawiony w artykule materiał wykorzystany został do prezentacji na IV Zjeździe Towarzystwa Naukowego AIDS „W dwadzieścia lat po odkryciu HIV”, Łągów Lubuski, maj 2002 r.

Mini Grupa Dublińska-Polska

Grupa Dublińska to nieformalne forum współpracy powołane do życia w 1990 roku z inicjatywy Stanów Zjednoczonych. Członkami Grupy Dublińskiej są (w porządku alfabetycznym) następujące kraje: Australia, Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Japonia, Kanada, Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Luksemburg, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Stany Zjednoczone Ameryki, Szwecja. W Grupie Dublińskiej swoich przedstawiciele mają również Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju oraz Komisja Europejska.

Celem Grupy Dublińskiej jest: koordynacja pomocy finansowej oraz ustalanie strategii. Grupa Dublińska działa na trzech poziomach:

- Centralnym: spotkania w Brukseli dwa razy w roku. Przewodnictwo rotacyjnie obejmują kolejni członkowie. W grudniu Belgia przejęła przewodnictwo Grupy Centralnej od Kanady. Prace Grupy wspiera Sekretariat Rady.
- Regionalnym: raz do roku kraj przewodniczący na poziomie regionalnym (w przypad-

ku Europy Centralnej jest to Holandia) przygotowuje raport na temat najnowszych osiągnięć (oraz zaleceń, jeśli zachodzi taka potrzeba). Raport jest omawiany na szczeblu centralnym w Dublinie.

- Krajowym: Mini Grupy Dublińskie są ustanawiane w poszczególnych krajach pod auspicjami Grupy Dublińskiej szczebla centralnego. Te Mini Grupy stanowią podstawę dla władz państwowych i odpowiednich organów do wymiany informacji i współpracy finansowej.

Przedstawiciele ambasad wszystkich wymienionych krajów (z wyjątkiem Luksemburga, który nie prowadzi ambasady w Warszawie) jak też Komisji Europejskiej i Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju tworzą Mini Grupę Dublińską w Polsce przy przewodnictwie Holandii. Podczas corocznych spotkań członkowie Grupy omawiają sprawy dotyczące narkomanii w Polsce. W ciągu ostatnich dwóch lat na takich spotkaniach skupiano się głównie na uzależnieniu od narkotyków synte-

tycznych oraz profilaktyce. Spotkania pozwoliły przedstawicielom Grupy Dublińskiej nawiązać kontakty z przedstawicielami polskich urzędów - Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Komendy Głównej Policji.

Na corocznym spotkaniu 30 października 2001 roku członkowie Mini Grupy Dublińskiej Polska postanowili przekazać wyniki swojego raportu Prezesowi Rady Ministrów oraz Ministrowi Zdrowia zwracając się z prośbą o komentarz. Jednocześnie grupa zaapelowała do Prezesa Rady Ministrów o poczynienie odpowiednich kroków w celu umożliwienia rozpoczęcia działalności Rady Przeciwdziałania Narkomanii.

Mając na względzie nasilenie zjawiska narkomanii syntetycznej w Polsce i poza jej granicami Grupa postanowiła zorganizować specjalną sesję poświęconą temu zjawisku. Sesja odbyła się 5 marca 2002 roku w Ambasadzie Kanady. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwa Administracji i Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Edukacji, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Zdrowia, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Generalnego Inspektoratu Farmaceutycznego, Komendy Głównej Policji oraz Stowarzyszenia MONAR. Na spotkaniu obecni byli niemal wszyscy członkowie Mini Grupy Dublińskiej Polska. Ponadto w spotkaniu tym wzięli udział przedstawiciele Amerykańskiej Agencji ds. Zwalczania Przystępczości Narkotykowej, Wydziału Holenderskiej Policji ds. Narkotyków Syntetycznych oraz Przystępczości Gospodarczej, a także Policji Australijskiej.

Zarówno polscy uczestnicy, jak też przedstawiciele Grupy Dublińskiej opowiedzieli się za potrzebą jak najszybszego rozpoczęcia działalności Krajowej Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Ponadto stwierdzono narastanie zja-

wiska narkomanii, w szczególności w odniesieniu do narkotyków syntetycznych. Polscy urzędnicy jak też przedstawiciele organizacji pozarządowych podkreślili podczas spotkania potrzebę wdrożenia systemu wczesnego ostrzegania, który monitorowałby nowe trendy na polu zażywania narkotyków. Uznano to za konieczność w zwalczaniu przystępczości narkotykowej jak też w lepszym kontakcie z uzależnionymi. Jest to również konieczne w efektywnym realizowaniu programów profilaktycznych skierowanych do grup ryzyka wśród młodzieży. Grupa oraz przedstawiciele polskich władz omówili zjawisko zastępowania narkotyków naturalnych ich syntetycznymi odpowiednikami ze względu na obniżone ryzyko, niższe koszty oraz łatwiejszą mobilność zdolności produkcyjnych.

Uczestnicy spotkania zgodzili się z wnioskiem, że skuteczność walki z narkomanią uległaby poprawie przy lepszej komunikacji i kontaktach pomiędzy różnymi organami odpowiedzialnymi za egzekwowanie prawa, dlatego też należy dołożyć wszelkich starań, aby tę sferę usprawnić. Ponadto, należy kłaść większy nacisk na współpracę na szczeblu międzynarodowym w walce z produkcją narkotyków syntetycznych. Na koniec polscy przedstawiciele oraz przedstawiciele Mini Grupy Dublińskiej wyrazili uznanie dla polskich władz w rozwiązywaniu problemów narkomanii syntetycznej. Zaapelowali jednocześnie do rządu polskiego o zwiększenie wydatków na zapewnienie dostatecznej liczby personelu i zakup nowoczesnego sprzętu oraz o lepszą koordynację pomiędzy polskimi agendami zajmującymi się zwalczaniem narkomanii.

Następne spotkanie Mini Grupy Dublińskiej Polska odbędzie się w październiku w 2002 roku.

Sladjana Pantelic

Ambasada Królestwa Holandii w Warszawie

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ POBOROWYCH GMINY WARSZAWA-URSYNÓW

Wyniki badań ankietowych zrealizowanych w 2001 r.
na tle wyników z lat 1996 i 1998

WPROWADZENIE

W Polsce, w ciągu ostatnich dwudziestu lat, przeprowadzono wiele lokalnych i regionalnych badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej na temat używania różnych substancji psychoaktywnych. Zrealizowano również kilka badań na próbach ogólnopolskich. Badania te, z nielicznymi wyjątkami, prowadzone były przez różne zespoły badawcze, przy użyciu nieporównywalnych kwestionariuszy, na różnie zdefiniowanych populacjach, przy odmiennych sposobach doboru próby. Nie pozwalają one zatem, w przeważającej większości, na precyzyjne śledzenie trendów w rozwoju zjawiska, czy dokładne odwzorowanie jego terytorialnego zróżnicowania. Na ogólny obraz jaki wyłania się z zestawienia wyników różnych badań składają się:

- wzrost w latach dziewięćdziesiątych rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, jak nielegalnych,
- znaczne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych - większe rozpowszechnienie w wielkich miastach, ale w niektórych regionach kraju, także w mniejszych miastach.

Ten drugi rys polskiej sceny „lekowej” decyduje o potrzebie prowadzenia badań w skali lokalnej dla oceny sytuacji epidemiologicznej w mieście czy gminie. Wyniki badań ogólnopolskich czy nawet regionalnych nie będą dobrym przybliżeniem lokalnej sytuacji, mogą co najwyżej stanowić punkt odniesienia do oceny. Szczególnie istotne jest tu śledzenie trendu, bowiem z perspektywy strategii zapobiegawczych podstawowe znaczenie mają zmiany w rozpowszechnieniu zjawiska. Ich ocena pozwala na określenie skali potrzeb w zakresie zapobiegania oraz dostarcza przesłanek do ewaluacji działań profilaktycznych. Także od strony metodologicznej analiza trendu dostarcza pewniejszych wyników, niż ma to miejsce w przypadku pojedynczego pomiaru.

Warto zauważyć, że zdecydowana większość badań na temat używania substancji psychoaktywnych przez młodzież obejmowała uczniów szkół. Badania w szkołach są relatywnie tanie i łatwe w realizacji, tą drogą można dotrzeć do zdecydowanej większości nastolatków. Metoda audytoryjna stosowana zwykle przy zbieraniu danych w szkołach przy zastosowaniu dodatkowych zabiegów zapewnia wysoki poziom anonimowości i daje znaczne

poczucie bezpieczeństwa badanym. Wadą badań szkolnych jest pozostawienie poza zasięgiem badania młodzieży pracującej oraz nieuczącej się i niepracującej, wśród której można spodziewać się większego rozpowszechnienia zjawiska, niż wśród uczniów. Także nieobecność w szkole w czasie badania stanowić może ważny czynnik selekcji respondentów, który sprzyjać może skrzywieniu wyników.

CEL BADAŃ

Badanie miało na celu, przede wszystkim, pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych w celu monitorowania sytuacji epidemiologicznej. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mają doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była również próba pomiaru dostępności nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Populacja badana obejmowała młodzież męską zamieszkałą w gminie Warszawa-Ursynów zgłaszającą się do poboru, badanie chwytta zatem tylko wycinek problemu. Wyniki możemy odnieść jedynie do mężczyzn, w przeważającej większości osiemnasto-dziewiętnastoletnich.

Wprawdzie punktem wyjścia do podjęcia tego badania i głównym przedmiotem naszego zainteresowania pozostają narkotyki, tj. psychoaktywne substancje nielegalne, to jednak wiele miejsca zajmują w nim również substancje legalne – napoje alkoholowe, tytoń oraz leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez wskazań lekarskich. Warto zwrócić uwagę, że używanie tych substancji również wywołuje wiele niebezpiecznych konsekwencji zdrowotnych i społecznych.

METODA I MATERIAŁ BADAWCZY

Zainteresowanie poborowymi jako przedmiotem badania nastawionego na ocenę sytuacji epidemiologicznej miało bardzo prozaiczne przyczyny. Gmina Warszawa-Ursynów jest wielką sypialnią Warszawy. Większość młodzieży zamieszkałej na tym terenie uczy się lub pracuje w innych częściach miasta. Dotarcie do młodzieży ursynowskiej za pośrednictwem szkół byłoby przedsięwzięciem zbyt kosztownym podobnie jak realizacja badań w miejscu zamieszkania. Objęcie badaniem poborowych było jedynym dostępnym sposobem zdobycia orientacji co do rozmiarów zjawiska używania substancji psychoaktywnych i śledzenia dynamiki tego zjawiska. Zastosowanie takiego schematu doboru badanych pociąga za sobą zarówno korzyści jak ograniczenia i zagrożenia. Do tych pierwszych zaliczyć można:

- objęcie badaniem wszystkich młodych mężczyzn z dwóch roczników - badanie ma zatem charakter pełny, choć ograniczony do jednego segmentu struktury demograficznej młodzieży,
- uniknięcie skrzywienia wynikającego ze statusu ucznia jako kryterium doboru i co się z tym wiąże skrzywienia wynikającego z odsiewu uczniów nieobecnych w czasie badania.

Ograniczenia i zagrożenia:

- pokrycie badaniem faktycznie tylko jednego rocznika i tylko mężczyzn - silne zróżnicowanie zjawiska ze względu na wiek i płeć nie pozwala na ekstrapolację wyników na całą młodzież,
- sytuacja badania w mniejszym stopniu sprzyja przekonaniu o całkowitej anonimowości i nie daje poczucia pełnego bezpieczeństwa badanym.

Badanie podjęte na Ursynowie w 1996 r., chociaż miało przynieść orientację co do aktualnych rozmiarów problemu w tej gminie, pomysłane było przede wszystkim jako pierwszy pomiar monitorowania zmian w rozmiarach zjawiska w latach następnych. Z perspektywy tego celu ograniczenie badanej populacji do młodzieży męskich w wieku 18-19 lat wydaje się zabiegiem dopuszczalnym. Badanie zrealizowane w 1998 r. stanowiło drugi pomiar tego monitorowania, a obecne badanie - podjęte w 2001 r. - trzeci pomiar. Zestawienie wyników z 1996 r., 1998 r. i 2001 r. pozwala na ocenę dynamiki problemu w ostatnich pięciu latach.

Narzędziem badawczym zastosowanym na Ursynowie był kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez respondenta używany w 1993 r. do badań młodzieży w dwóch województwach: wrocławskim i kieleckim. Kwestionariusz powstał w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (autorzy: Janusz Sierosławski i Antoni Zieliński) z wykorzystaniem rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia.

Praktycznie wszystkie pytania kwestionariusza miały zamknięty charakter (podane kategorie odpowiedzi do wyboru), bądź wymagały wpisania tylko liczby (np. liczba przypadków picia wódki w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem). Konstrukcja kwestionariusza zakładała pytanie o używanie każdej z substancji osobno, przy pomocy bloków podobnych pytań. Osobny blok pytań dotyczył dostępności wybranych substancji, głównie nielegalnych.

We wszystkich trzech badaniach, tj. w 1996, 1998 i w 2001 roku zastosowano ten sam kwestionariusz oraz jednakowy protokół zbierania danych. Jedyną poważniejszą zmianą wprowadzoną w 2001 r. w kwestionariuszu było wzbogacenie listy substancji – o których używanie pytano – o heroinę przeznaczoną do palenia

(tzw. brown sugar) oraz ecstasy, jak również listy substancji, których dostępność badano, także o te dwie substancje. Nawet najmniejsze zmiany w kwestionariuszu mogą odbić się na porównywalności wyników. Jednak zmieniająca się szybko scena narkotykowa, pojawianie się na niej nowych substancji, wymusza niejako zmiany także w zestawie substancji, o których potrzebujemy zdobyć informacje. W tym przypadku zdecydowano się pytać o nowe substancje, nawet kosztem zakłóceń porównywalności, bowiem ignorowanie ich istnienia w badaniu przyniosłoby bardziej skrzywiony obraz. Pamiętając o tym, że badania poborowych na Ursynowie mają względnie regularny charakter i będą także powtarzane w przyszłości, w latach następnych możliwe będzie oszacowanie wpływu zmiany w kwestionariuszu na porównywalność wyników. Dysponując dostatecznie długim trendem wskaźników możemy wychwycić zakłócenia powodowane przez jednorazowe czynniki takie jak zmiany w sposobie zbierania danych.

Badanie realizowane zostało przy okazji stawiania się młodych ludzi przed komisją poborową orzekającą o zdolności do służby wojskowej. Ankiety wypełniane były w czasie oczekiwania na przyjęcie przez Komisję Poborową. Badanie prowadził ankieter nie związany z Komisją. W trakcie wprowadzenia badania informowany był o anonimowym i dobrowolnym charakterze udziału w badaniu. Ankiety wypełniane były przez respondenta bez ingerencji ankietera.

W czasie pracy Komisji Poborowej w 2001 r. zebrano wypełnione kwestionariusze od 1116 poborowych. Dziewczeta, uczennice szkół medycznych, które również podlegają obowiązkowi zgłoszenia się do poboru nie były poddawane badaniu. Rozkład podstawowych cech

społeczno-demograficznych respondentów poddanych badaniu w 2001 r. w zestawieniu z analogicznymi danymi z badań z 1998 r. i 1996 r. zawiera Tabela 1.

Dane zawarte w tabeli wskazują na stosunkowo słabe zróżnicowanie badanej grupy. Wszyscy badani są w podobnym wieku, w niemal 90% są uczniami, prawie wszyscy mieszkają w domu rodziców. W typie szkoły, do której uczęszczają, lub którą ukończyli dominuje liceum ogólnokształcące. Osoby, które swoją edukację zakończyły na szkole podstawowej lub zasadniczej zawodowej względnie uczęszczają do tego typu szkół stanowią niespełna 10%. Dane te w zestawieniu z danymi o statusie społeczno-zawodowym ojca potwierdzają tezę o inteligentnym charakterze Ursynowa. Ponad połowa badanych ma ojców pracowników umysłowych, tylko 3% pochodzi z rodzin robotników niewykwalifikowanych. Rozkład cech społeczno-demograficznych uchwycony w 2001 r. bardzo niewiele odbiega od rozkładów z badań przeprowadzonych w 1998 r. i 1996 r. Różnice nie przekraczają 3 punktów procentowych. Świadczy to z jednej strony o względnie stabilnym składzie społeczno-demograficznym Ursynowa, z drugiej zaś stanowi pewnego rodzaju test rzetelności pomiaru. Warto przypomnieć, że w pierwszym badaniu (1996) udało się zrealizować badania tylko wśród niewiele ponad połowy poborowych. Zestawienie cech społeczno-demograficznych z trzech badań sugeruje, że w 1996 r. mimo niepełnych badań udało się uniknąć skrzywienia.

WYNIKI

Prezentację wyników rozpoczniemy od rozpowszechnienia używania różnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń,

w tym przede wszystkim nielegalnych. Następnie zajmiemy się kwestią dostępności niektórych substancji nielegalnych. Wszystkie wyniki prezentować będziemy w zestawieniu z wynikami uzyskanymi w 1998 r. i 1996 r. starając się uchwycić ewentualne zmiany jakie zaszły w ciągu ostatnich 5 lat w zakresie używania substancji psychoaktywnych i ich dostępności.

Używanie narkotyków

W tabeli 2 zgromadzono dane o używaniu poszczególnych substancji chociaż raz w ciągu całego życia. Dane pochodzą z badań z 1996 r., 1998 r. i 2001 r. W ankiecie badanych pytano o używanie poszczególnych substancji wymieniając je z nazwy. Lista substancji w 1996 r. i 1998 r. była taka sama. W 2001 r. została ona uzupełniona o substancje, które pojawiły się na rynku na szerszą skalę w ostatnich latach (heroina do palenia - tzw. brown sugar oraz ecstasy).

Najbardziej rozpowszechnioną substancją wśród młodych mężczyzn Ursynowa inną niż alkohol i tytoń są przetwory konopi (marihuana, haszysz). W 2001 r. chociaż raz użyło jej prawie 46% badanych. Na drugim miejscu jest amfetamina (16%), na trzecim LSD i inne halucynogeny (11%), na czwartym leki uspokajające i nasenne (8,5%), a na piątym kokaina (5,6%). Doświadczenia z każdą z pozostałych substancji stały się udziałem mniej niż 5% respondentów. Ranking substancji ze względu na ich popularność w 2001 roku nie odbiega znacząco od rankingu z lat poprzednich.

Porównanie wyników z 2001 roku z wynikami z 1998 r. oraz z 1996 r. wskazuje na spadek bądź stabilizację trendu. Praktycznie rozpowszechnienie żadnego ze środków nie wzrosło w istotny sposób. Jeśli można w ogóle mówić o

Tabela 1. Rozkład cech społeczno-demograficznych w badanej grupie (odsetki badanych)

Liczba badanych	1996 N=697	1998 N=1139	2001 N=1116
Wiek			
18 lat	57,5	61,1	55,7
19 lat	39,2	34,1	31,5
20-26 lat	3,2	5,4	12,8
Status szkolno-zawodowy			
uczeń	86,6	88,5	81,4
student	5,6	6,4	10,4
pracujący	3,3	3,8	5,8
bezrobotny	3,9	1,2	2,3
inne	0,3	0,2	0,1
Typ szkoły			
podstawowa	3,9	5,3	4,2
zasadnicza zawodowa	8,2	8,3	5,7
technikum	26,3	21,6	14,8
liceum zawodowe	9,3	5,0	6,1
liceum ogólnokształcące	48,5	56,0	58,7
szkoła pomaturalna	1,0	0,9	1,1
szkoła wyższa	2,7	3,0	7,3
Miejsce zamieszkania			
dom rodziców, opiekunów	98,6	97,5	95,2
inne np. internat, dom studencki, stacja	1,4	2,5	4,8
Status społeczno-zawodowy ojca			
rolnik indywidualny	2,0	1,6	1,4
niewykwalifikowany pracownik fizyczny	3,3	3,3	3,4
wykwalifikowany pracownik fizyczny	23,5	23,9	20,5
pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	17,8	19,1	20,9
pracownik umysłowy z wyższym wykształceniem	37,2	36,9	40,1
przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec	15,0	11,5	13,8
inne	1,2	3,6	–

trendzie wzrostowym, to jego ślad można dostrzec w odsetkach eksperymentujących z przetworami konopi. Wprawdzie odsetek sięgających po marihuanę i haszysz konsekwentnie wzrasta, to jednak skala tego wzrostu jest minimalna. Największy spadek stwierdzono w przypadku LSD i innych halucynogenów (o prawie pięć punktów procentowych). Znacznie spadło też rozpowszechnienie eksperymentowania z amfetaminą (o trzy punkty procentowe). Mniejsze spadki wystąpiły przy lekach uspokajających i nasennych oraz substancjach wziewnych. W przypadku LSD i innych halucynogenów oraz dwóch ostatnich substancji obserwuje się stały trend spadkowy trwający od 1996 r. Jedynie popularność amfetaminy przed spadkiem w 2001 r., w 1998 r. lekko wzrosła w stosunku do 1996 r. Trzeba jednak zauważyć, że obecny spadek ulokował rozpowszechnienie amfetaminy na poziomie poniżej 1996 r.

Niektórzy badani przyznali się do sięgania po kilka różnych substancji psychoaktywnych. W sumie z jakąkolwiek substancją psychoaktywną inną niż alkohol lub tytoń miało do czynienia w 1998 r. 50,8% badanych. Jeśli wyłączyć substancje, które można nabyć legalnie, tj. kleje i rozpuszczalniki oraz leki uspokajające i nasenne, to z pozostałymi substancjami, które zaliczane są do nielegalnych, przynajmniej raz w życiu zetknęło się w 1998 r. 46,8% poborowych. W 2001 r. odsetki te praktycznie nie uległy zmianie. Do prób używania jakiegokolwiek substancji innej niż alkohol lub tytoń przyznało się 50,2% badanych, zaś substancji nielegalnej 47,4%. Oznacza to w pierwszym przypadku spadek o 0,6 punktu procentowego, a w drugim wzrost o 0,6 punktu procentowego. Zmiany te są tak niewielkie, że należy je traktować jako stabilizację.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle przyjęcie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie. Dane na ten temat zawarto w tabeli 3.

Podobnie jak w przypadku używania w czasie całego życia, aktualnie badani w najwyższym odsetku sięgają po przetwory konopi (32%). Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia jest amfetamina - 9%, a na trzecim LSD i inne halucynogeny oraz leki uspokajające i nasenne - 7%. Kolejne miejsca zajmują: ecstasy i kokaina po 4% oraz heroína "brown sugar". Każda z pozostałych substancji była używana w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem przez mniej niż 1% badanych.

Wyniki z 2001 roku praktycznie niewiele różnią się od wyników uzyskanych w poprzednich badaniach. Podobnie jak w przypadku wskaźników używania w czasie całego życia mamy do czynienia ze stabilizacją lub niewielkim spadkiem większości wskaźników. Odróżnia się jedynie trend aktualnego używania kokainy, który ma konsekwentnie charakter rosnący, chociaż skala tego wzrostu jest nieznaczna. Warto zauważyć, że inaczej niż w odniesieniu do całego życia zmienia się odsetek aktualnie używających przetworów konopi. Po wzroście w 1998 r., w 2001 r. odnotowujemy spadek i to poniżej poziomu z 1996 r.

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, jak można przypuszczać, podobnie jak picie alkoholu w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni na pewno używają jej co naj-

Tabela 2. Używanie chociaż raz w życiu substancji psychoaktywnych innych niż alkohol lub nikotyna przez poborowych Gminy Ursynów (1996 r. N=697; 1998 r. N=1139; 2001 r. N=1116) - odsetki badanych

Rodzaj substancji	1996 r.	1998 r.	2001 r.
marihuana lub haszysz	43,6	45,3	45,8
amfetamina	17,8	19,0	16,0
ecstasy	*	*	3,5
LSD lub inne halucynogeny	17,2	16,2	11,3
leki uspokajające lub nasenne	11,0	10,6	8,5
wziewne substancje np. kleje, rozpuszczalniki	7,0	3,9	2,6
kokaina	4,7	5,7	5,6
leki z grup morfiny np. morfina, kodeina, dolargan	2,3	1,2	1,3
opiaty domowego wyrobu, tzw. "kompot"	1,6	0,6	1,1
heroina (w 2001 - tzw. biała)	1,3	5,3	1,3
heroina "brown sugar"	*	*	2,5
astrolit - substancja nieistniejąca	0,9	0,3	0,4

mniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Przy takim założeniu można uznać, że 18% badanych używa marihuany lub haszyszu co najmniej raz w miesiącu (tabela 4). Na drugim miejscu pod względem częstego używania są amfetamina oraz leki uspokajające i nasenne po - ok. 4%. Na poziomie niespełna 3% ulokowało się częste używanie LSD lub innych halucynogenów. Nieco powyżej 1% w czasie ostatnich 30 dni sięgnęło po któryś z takich środków jak ecstasy, kokaina lub heroina "brown sugar". Rozpowszechnienie częstego używania każdej z pozostałych substancji nie przekroczyło 1%.

Porównanie wyników z 2001 r. z wynikami z lat wcześniejszych ujawnia stabili-

zację lub słabą tendencję spadkową w zależności od środka. Konsekwentny trend spadkowy zaznacza się w przypadku marihuany i haszyszu. Odsetki używających w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem amfetaminy także lekko spadły, ale dopiero w 2001 r. W przypadku LSD lub innych halucynogenów, a także leków uspokajających lub nasennych lekki spadek nastąpił już w 1998 r. a 2001 r. praktycznie nie przyniósł żadnej zmiany.

Dostępność narkotyków

Poziom dostępności narkotyków, podobnie jak w poprzednich badaniach, mierzony był przy pomocy dwóch wskaźników. Pierwszym były oceny badanych formułowane na pięciostopniowej skali odpowiedzi na pytanie o to, jak trudno byłoby badanym zdobyć przetwory konopi (marihuanę lub haszysz), amfetaminę, leki uspokajające i nasenne oraz opiaty domo-

Tabela 3. Używanie chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol lub nikotyna przez poborowych Gminy Ursynów (1996 r. N=697; 1998 r. N=1139; 2001 r. N=1116) - odsetki badanych

Rodzaj substancji	1996 r.	1998 r.	2001 r.
marihuana lub haszysz	34,4	37,3	31,8
amfetamina	12,3	13,0	9,0
ecstasy	*	*	4,4
LSD lub inne halucynogeny	13,8	10,7	6,9
leki uspokajające lub nasenne	7,8	7,1	6,6
wziewne substancje np. kleje, rozpuszczalniki	2,5	3,6	0,9
kokaina	3,5	3,6	4,4
leki z grup morfiny np. morfina, kodeina, dolargan	1,7	0,3	0,9
opiaty domowego wyrobu, tzw. "kompot"	1,3	0,5	0,8
heroina (w 2001 - tzw. biała)	1,0	5,3	0,9
heroina "brown sugar"	*	*	1,5

wego wyrobu, zakładając że zależałoby im na tym. Drugim wskaźnikiem była ekspozycja badanych na propozycje otrzymania, kupna lub użycia marihuany lub haszyszu, amfetaminy, "kompotu" czy też innego środka psychoaktywnego, niezależnie od tego czy skorzystali z tej propozycji. Pierwszy wskaźnik dotyczy możliwości zdobycia środka przy założeniu aktywnej postawy badanego, drugi narażenia na ekspansję nielegalnego rynku.

Dane o ocenach badanych odnoszących się do poziomu trudności z jakimi spodziewają się spotkać, gdyby chcieli zdobyć wymienione wcześniej substancje zawiera tabela 5. Wskazują one na generalnie duży poziom dostępności poszczególnych substancji. Najłatwiejsze do uzyskania, jak wynika z rozkładu odpowiedzi, zdają się być przetwory konopi. Ponad połowa respondentów uznała je za bardzo łatwe do zdobycia, a dalsze blisko 30% za raczej łatwe. Tylko niewiele ponad 7% stwierdziło, że dostęp do tej substancji jest dla nich niemożliwy. Trochę niższym poziomem dostępności cechują się

amfetamina i leki uspokajające i nasenne. Za bardzo łatwe do zdobycie uznała je nieco ponad 1/3 badanych. Warto zauważyć, że wspomniane wcześniej konopie, chociaż są substancją nielegalną, to jak wynika z wypowiedzi badanych, łatwiej dostępną niż legalne w sumie leki uspokajające i nasenne. Najtrudniejszy dostęp mają badani do opiatów domowego wyrobu. O ile różnice między rozkładami odpowiedzi na pytania o poprzednie substancje nie były zbyt duże, to w przypadku "kompotu" odnotować trzeba bardzo dużą odmiennność. Dużą łatwość w dotarciu do tego środka zgłasza tylko 13% badanych, podczas gdy zdobycie go uznaje za niemożliwe 30% badanych. Na koniec spójrzmy na ocenę dostępności dwóch dodanych w 2001 r. substancji, tj. ecstasy i heroiny "brown sugar". Dostępność tych substancji oceniana jest przez badanych niżej niż przetworów konopi, amfetaminy i leków uspokajających i nasennych, ale wyżej niż opiatów domowego wyrobu. Warto zauważyć, że ecstasy i "brown sugar" oceniane są bardzo

Tabela 4. Używanie chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol lub nikotyna przez poborowych Gminy Ursynów (1996 r. N=697; 1998 r. N=1139; 2001 r. N=1116) - odsetki badanych

Rodzaj substancji	1996 r.	1998 r.	2001 r.
marihuana lub haszysz	21,2	19,7	18,2
amfetamina	5,8	6,0	4,3
ecstasy	*	*	1,4
LSD lub inne halucynogeny	5,7	3,0	2,8
leki uspokajające lub nasenne	4,9	3,6	3,8
wziewne substancje np. kleje, rozpuszczalniki	2,0	0,7	0,9
kokaina	1,6	1,3	1,4
leki z grup morfiny np. morfina, kodeina, dolargan	0,6	0,1	0,4
opiaty domowego wyrobu, tzw. "kompot"	0,7	0,5	0,7
heroina (w 2001 - tzw. biała)	1,0	2,9	0,8
heroina "brown sugar"	*	*	1,1

podobnie, chociaż ecstasy wydaje się być trochę bardziej dostępna.

Porównując wyniki badania z 2001 r. z wynikami z 1998 r. i 1996 r. trzeba odnotować brak większych zmian. W przypadku przetworów konopi i amfetaminy po niewielkim wzroście odnotowanym w 1998 r. nastąpił niewielki spadek. Taki wniosek można wyciągnąć patrząc na odsetki badanych, którzy deklarowali bardzo łatwy dostęp do tych substancji. Jednocześnie, jeśli skoncentrować się na odsetkach badanych, którzy twierdzą, że zdobycie danej substancji byłoby dla nich niemożliwe, to widzimy konsekwentny trend wzrostowy. W sumie wydaje się, że dane wskazują na stabilizację dostępności tych substancji. Trochę inaczej rzecz się ma z lekami uspokajającymi i nasennymi. Ich dostępność w ocenie badanych w 1998 r. uległa zmniejszeniu. Spadły odsetki osób, dla których dotarcie do tych leków było łatwe lub raczej łatwe, zwiększyły się odsetki osób, dla których byłoby to niemożliwe. W 2001 r. tendencja ta uległa zahamowaniu.

Wprawdzie odsetki deklarujących całkowity brak dostępu do leków wzrósł, to jednak wzrósł także odsetek twierdzących, że mają bardzo łatwy dostęp. Podobnie niejednoznaczny obraz zmian w dostępności pojawia się, gdy analizujemy opiaty domowego wyrobu. W tym przypadku badani w mniejszym odsetku niż w 1998 r. wybierali odpowiedź "niemożliwe", a w większym oceniali swój dostęp jako łatwy, lub bardzo łatwy.

Dane dotyczące drugiej miary dostępności narkotyków zastosowanej w badaniu zawarte w tabeli 6 wskazują na bardzo znaczne zmiany w ciągu ostatnich dwóch lat.

Najwyższe odsetki badanych spotykały się z propozycjami dotyczącymi przetworów konopi, zaś zdecydowanie najniższe - opiatów domowego wyrobu. W 2001 r. stosunku do 1998 r. bardzo wyraźnie zmniejszyło się narażenie na propozycję amfetaminy. Najsilniej spadły odsetki osób, którym proponowano te substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie dawniej niż 30 dni przed bada-

Tabela 5. Stopień trudności zdobycia poszczególnych substancji w opiniach respondentów (odsetki badanych)

	konopie			amfetamina		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
niemożliwe	4,7	6,7	7,5	5,1	8,1	9,5
bardzo trudne	4,5	3,0	4,0	6,4	4,7	7,1
raczej trudne	8,6	6,7	6,3	17,5	14,6	13,4
raczej łatwe	33,8	27,2	29,6	34,2	30,1	32,8
bardzo łatwe	48,5	56,4	52,6	36,8	42,5	37,3

	leki uspokajające i nasenne			„kompot”		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
niemożliwe	7,2	14,2	15,2	26,6	33,4	30,1
bardzo trudne	7,7	7,8	10,9	23,5	20,9	20,6
raczej trudne	18,1	19,3	15,0	25,9	24,8	23,8
raczej łatwe	32,3	24,9	22,4	14,0	11,8	12,3
bardzo łatwe	34,6	33,4	36,4	9,9	9,1	13,0

	ecstasy	heroina „brown sugar”
niemożliwe	12,0	14,0
bardzo trudne	10,3	11,7
raczej trudne	15,8	23,6
raczej łatwe	32,2	23,1
bardzo łatwe	29,7	24,5

niem. Zwiększyła się też wyraźnie proporcja badanych, którzy nigdy w życiu nie byli narażeni na ofertę. W przypadku konopi, po spadku w 1998 r. w stosunku do 1996 r., obecnie odnotować trzeba wzrost.

Spadek odsetka badanych narażonych na propozycję wystąpił także w przypadku opiatów domowego wyrobu i innych środków. Warto zauważyć, że w 2001 r. "kompot" był proponowany mniej niż 1% badanych.

Rzadko, chociaż częściej niż w przypadku opiatów domowego wyrobu, proponowano też badanym "brown sugar", nową substancję, o

którą w 2001 r. pytaliśmy po raz pierwszy. Tylko niespełna 8% badanych spotkało się z taką propozycją.

Kwestia propozycji dotyczących wyróżnionych środków pogłębiona została kilkoma dodatkowymi pytaniami sondującymi kontekst w jakim proponowano środki oraz efekty tego zabiegu. Jak widać z danych zawartych w tabelach 7, 8 i 9 praktycznie tylko w przypadkach przetworów konopi oraz amfetaminy liczebności są na tyle duże, że możemy prowadzić analizę. Wykazuje ona, że marihuana i haszysz najczęściej proponowana była w czasie prywatek,

Tabela 6. Ostatnia propozycja poszczególnych substancji sformułowana pod adresem respondentów (odsetki badanych)

	konopie			amfetamina		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
w czasie ostatnich 30 dni	27,4	6,7	22,7	10,6	3,8	4,8
w czasie ostatnich 12 mies., ale dawniej niż 30 dni temu	24,5	29,0	19,8	13,9	10,8	7,3
dawniej niż 12 mies. temu	8,0	25,5	8,4	5,9	7,9	4,4
nigdy nie było	40,1	38,9	49,2	69,6	77,5	83,5

	„kompot”			inne		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
w czasie ostatnich 30 dni	1,7	0,5	0,2	7,4	1,5	3,0
w czasie ostatnich 12 mies., ale dawniej niż 30 dni temu	1,7	0,4	0,4	7,7	6,2	3,7
dawniej niż 12 mies. temu	1,0	0,6	0,4	3,0	5,6	1,7
nigdy nie było	95,5	98,6	99,1	81,9	86,6	91,6

	heroina „brown sugar”
w czasie ostatnich 30 dni	2,4
w czasie ostatnich 12 mies., ale dawniej niż 30 dni temu	3,1
dawniej niż 12 mies. temu	1,9
nigdy nie było	92,5

na podwórku lub osiedlu oraz w szkole lub uczelni. Inny ranking odkrywamy analizując propozycje amfetaminy. Na pierwszym miejscu lokuje się tu podwórko lub osiedle, na drugim szkoła lub uczelnia, a na trzecim prywatka. Podobne miejsce jak prywatka zajmuje dyskoteka. Wydaje się, że eksponowane miejsce szkoły jako terenu "ekspansji" amfetaminy wiąże się z jej wykorzystywaniem do pobudzenia organizmu do intensywniejszej pracy w czasie przygotowywania się do egzaminów czy klasówek.

Porównanie wyników badań z 2001 r. z wynikami z lat 1996 i 1998 nie ujawnia większych zmian. Niewielkie przesunięcia warte

odnotowania to wzrost odsetka propozycji konopi otrzymywanych na podwórku lub osiedlu oraz w parku.

Dane zawarte w tabeli 7 przeczą rozpowszecznionej, szczególnie w mass-mediach, tezie o dealerach nawiedzających szkoły w celu prowadzenia marketingu narkotyków jako podstawowego mechanizmu rozprzestrzeniania się problemu narkotyków wśród młodzieży. Jak przekonują dane zwarte w tabeli nadal zdecydowana większość badanych spotyka się propozycjami narkotyków ze strony znajomych. Warto także odnotować spadek proporcji propozycji od dealera po wzroście jaki nastąpił w 1998 r.

Tabela 7. Miejsce ostatniej propozycji poszczególnych substancji (odsetki badanych)

	konopie			amfetamina		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
nie było propozycji	41,2	34,4	45,6	69,7	71,8	80,7
szkoła, uczelnia	11,3	12,6	9,4	8,6	6,6	4,1
zakład pracy	0,4	0,5	0,1	0,3	0,2	0,1
podwórko, osiedle	12,5	15,9	16,5	6,7	8,2	6,5
dyskoteka	3,1	8,8	3,2	3,2	4,3	2,7
kawiarnia, bar, klub	7,1	4,2	1,9	4,1	1,5	0,7
park	2,2	2,8	4,6	1,0	0,7	1,0
prywatka w mieszkaniu	18,0	14,7	15,0	5,1	4,4	2,9
inne miejsca	4,2	6,2	3,6	1,4	2,3	1,2

	„kompot”			inne		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
nie było propozycji	95,4	98,1	98,9	83,0	83,8	90,2
szkoła, uczelnia	0,9	0,6	0,3	0,6	2,9	2,5
zakład pracy	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
podwórko, osiedle	0,3	0,5	0,4	0,9	4,5	3,2
dyskoteka	0,4	0,5	0,1	1,2	1,7	0,8
kawiarnia, bar, klub	0,3	0,2	0,0	2,8	1,9	0,4
park	0,6	0,0	0,2	1,9	0,6	0,5
prywatka w mieszkaniu	1,1	0,3	0,1	4,8	3,3	2,0
inne miejsca	0,7	0,0	0,0	4,7	1,2	0,5

	heroina „brown sugar”
nie było propozycji	91,4
szkoła, uczelnia	1,6
zakład pracy	0,2
podwórko, osiedle	4,0
dyskoteka	0,2
kawiarnia, bar, klub	0,0
park	0,5
prywatka w mieszkaniu	1,5
inne miejsca	0,5

Tabela 8. Źródło ostatniej propozycji poszczególnych substancji (odsetki badanych)

	konopie			amfetamina		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
nie było propozycji	40,1	34,1	44,4	69,3	71,6	80,1
handlarz (dealer)	4,6	9,3	4,0	4,6	3,8	2,2
ktoś inny - znajomy	53,1	53,2	48,0	25,1	23,7	16,6
ktoś inny - nieznanomy	2,2	3,4	3,6	1,0	0,8	1,1

	„kompot”			inne		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
nie było propozycji	95,3	98,1	98,7	81,9	83,5	90,0
handlarz (dealer)	1,7	0,7	0,3	2,5	1,7	1,5
ktoś inny - znajomy	2,6	0,9	1,0	14,6	13,9	8,1
ktoś inny - nieznanomy	0,4	0,3	0,0	1,0	0,3	0,5

	heroina „brown sugar”
nie było propozycji	91,4
handlarz (dealer)	1,4
ktoś inny - znajomy	6,5
ktoś inny - nieznanomy	0,8

Wyniki badania dotyczące dostępności narkotyków wydają się budować pesymistyczny obraz zjawiska, chociaż zmniejszające się narażenie na oferty może napawać optymizmem. Nadal jednak oceny dostępności sformułowane bezpośrednio przez badanych wskazują na dużą łatwość w uzyskaniu narkotyków. Kolejny optymistyczny rys w tym obrazie, na jaki warto zwrócić uwagę to fakt, że mimo znacznej dostępności nadal większość badanych nie sięga po narkotyki. Nawet ci, którzy spotykają się bezpośrednio z propozycjami w większości z nich nie korzystają. Jak widać z danych zawartych w tabeli 9 przy każdej z substancji odsetki osób, które odrzuciły propozycję znacznie przeważają nad odsetkami tych, którzy korzystają z oferty.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wyniki badania przeprowadzonego w 2001 r. wśród poborowych gminy Warszawa-Ursynów potwierdzają znaczny poziom zagrożenia substancjami psychoaktywnymi młodzieży tej części miasta stwierdzony w 1996 r. i 1998 r. Dotyczy to zarówno substancji legalnych jak substancji nielegalnych. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy jest ono większe, czy mniejsze niż gdzie indziej, brakuje nam porównywalnych badań prowadzonych w innych miastach lub w skali kraju.

Podobnie jak w innych badaniach prowadzonych w naszym kraju w latach 90. relatywnie najsilniej rozpowszechnione są przetwory

Tabela 9. Wynik ostatniej propozycji poszczególnych substancji (odsetki badanych)

	konopie			amfetamina		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
nie było propozycji	41,2	32,7	43,9	69,0	71,7	79,7
skorzystał	23,1	21,4	16,3	8,2	7,4	4,2
odrzucił	35,7	45,8	39,7	22,8	20,9	16,1

	„kompot”			inne		
	1996	1998	2001	1996	1998	2001
nie było propozycji	95,3	98,1	98,7	83,0	83,5	89,7
skorzystał	0,7	0,3	0,4	4,7	4,0	1,9
odrzucił	4,0	1,7	0,9	12,3	12,4	8,4

	heroina „brown sugar”
nie było propozycji	90,7
skorzystał	1,9
odrzucił	7,4

konopi. Na Ursynowie znajduje potwierdzenie, notowane w innych badaniach w Warszawie, znacznie wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania z amfetaminą.

W czasie pięciu lat dzielących pierwsze badanie od aktualnego sytuacja epidemiologiczna uległa niewielkim zmianom. W 1998 r. nieco wzrosło rozpowszechnienie eksperymentalnego używania przetworów konopi oraz amfetaminy i zmniejszyło się rozpowszechnienie eksperymentalnego używania LSD i innych halucynogenów. W 2001 r. pierwszy z wymienionych wyżej wskaźników ustabilizował się, a drugi spadł i to poniżej poziomu z 1996 r. Największa zmiana odnotowana w 1998 r. to znaczny wzrost rozpowszechnienia okazjonalnego używania heroiny z poziomu ok. 1% do 5%. W 2001 r. wskaźnik ten spadł. Nie bez wpływu było tu wyłączenie do osobnego pytania heroiny do palenia. Ale nawet, gdyby do-

dać odsetki próbujących czystej heroiny i heroiny typu "brown sugar", to i tak otrzymamy wynik znacznie poniżej 5%. Można zatem uznać, że rozpowszechnienie eksperymentowania z heroiną spadło. W 2001 r. odnotowano także spadek rozpowszechnienia używania LSD i innych halucynogenów, amfetaminy, leków uspokajających i nasennych oraz substancji wziewnych.

W zakresie aktualnego i częstego używania substancji także obserwujemy raczej stabilizację, lub tendencje spadkowe. Trzeba zauważyć, że wprawdzie wzrósł trochę wskaźnik eksperymentalnego używania marihuany lub haszyszu to spadły wskaźniki aktualnego i częstego używania tych substancji.

Chociaż, jak już wspomniano, nie możemy porównać rozpowszechnienia używania substancji wśród młodzieży Ursynowa i całej Polski czy wybranych miast, na podstawie badań poboro-

wych, to jednak możemy powiedzieć coś o trendach. Warto zauważyć, że badania szkolne ESPAD realizowane w 1995 r. i 1999 r., zarówno na poziomie całego kraju, jak i na próbach lokalnych, wykazywały znaczący wzrost rozpowszechnienia eksperymentalnego i okazjonalnego używania większości z badanych substancji w okresie czterech lat dzielących badania. Wyniki uzyskane na Ursynowie pokazują odmienną tendencję. W przypadku większości wskaźników możemy mówić o stabilizacji, a w niektórych przypadkach nawet o spadku. Dotyczy to szczególnie takich niebezpiecznych substancji, jak heroina czy amfetamina. Wydaje się, że przynajmniej do pewnego stopnia, wiązać się to może z szeroko podejmowanymi w Gminie Warszawa Ursynów od-

działywaniami profilaktycznymi. Konkurencyjnych wyjaśnień dostarcza inteligencki charakter Ursynowa, co oznaczać może większą aktywność rodziców w tych kwestiach oraz bardzo wysoki poziom popularności narkotyków charakterystyczny dla młodych mężczyzn w wielkich miastach, poziom bliski stanu pełnego nasycenia. Wedle tej ostatniej hipotezy rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych już nie rośnie, bowiem jest już tak wysokie, że osiągnęło "efekt sufitowy". Innymi słowy wszyscy potencjalni użytkownicy substancji już po nie sięgnęli. Sprawdzenie tych hipotez wymagałoby podjęcia osobnych badań.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Klasyfikacja metod leczenia uzależnień od narkotyków w państwach członkowskich UE i Norwegii

Spotkanie ekspertów, Lizbona, 8-9.02.2002 r.

EMCDDA jest organizacją Unii Europejskiej, do której zadań należy monitorowanie problemów związanych z występowaniem, używaniem narkotyków, uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i sposobami radzenia sobie z tymi problemami przez kraje UE.

W programie "EU Action Plan on Drugs 2000-2004" zapisano między innymi, że Państwa Członkowskie w ramach realizacji strategicznego celu 3 powinny:

3.1.3. istotnie zwiększać liczbę skutecznie leczonych osób uzależnionych.

3.1.3.1. prowadzić zróżnicowane programy lecznicze dla użytkowników substancji

psychoaktywnych, programy pomocy dla osób ciężko uzależnionych, włącznie z programami redukcji szkód zdrowotnych.

3.1.3.2. przeznaczać odpowiednie środki na leczenie uzależnionych tak, aby pacjenci uzależnieni, którzy chcą się leczyć mogli mieć zagwarantowany dostęp do leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego w rozsądnym czasie.

3.1.3.3. zdefiniować jasno standardy i cele leczenia oraz prowadzić opartą na dowodach ewaluację leczenia zgodną z tymi standardami. Powinno się położyć nacisk na naukową ewaluację różnych strategii leczenia (...).

3.1.3.4. zwrócić szczególną uwagę na społeczną i zawodową rehabilitację i reintegrację byłych uzależnionych (...).

EMCDDA okresowo publikuje sprawozdania z realizacji tego celu, opierając się na raportach krajowych państw członków UE. Dotychczasowe sprawozdania były jednak trudno porównywalne, ze względu na zróżnicowane pojmowanie stosowanych pojęć oraz brak jednoznacznych ich kryteriów. Spotkanie ekspertów miało na celu wypracowanie wspólnej klasyfikacji rodzajów leczenia osób uzależnionych oraz zarekomendowanie kryteriów oceny ich jakości.

W spotkaniu, obok dwojga pracowników EMCDDA, wzięli udział eksperci z Francji, Irlandii, Holandii, Portugalii, Norwegii i Grecji, a poza tym dwóch ekspertów z krajów oczekujących na członkostwo w UE – Polski i Litwy. Jest to o tyle istotne, że już w najbliższej przyszłości także kraje oczekujące na członkostwo będą zobowiązane do tego typu sprawozdawczości. W czasie spotkania podkreślano, że dane porównawcze mogą być istotnym środkiem nacisku na decydentów w celu wyegzekwowania środków na dogonienie krajów Unii.

Zdefiniowano leczenie zaburzeń spowodowanych przyjmowaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych (ang.: *illegal drug-related treatment*) jako: leczenie za pomocą technik medycznych i/lub psychospołecznych, którego celem jest zmniejszenie ilości przyjmowanych nielegalnych substancji psychoaktywnych bądź ich nieużywanie w celu poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Programów wymiany igieł nie zaliczono do form leczenia. Ustalono, że w ramach sprawozdawczości w tej dziedzinie będą podlegały: leczenie zespołów abstynencyjnych, programy terapii bezlekowych (ang.: *drug free treatment*) i leczenie z

użyciem leków (ang.: *medically assisted treatment*). W tym ostatnim pojęciu mieści się zarówno leczenie substytucyjne, jak i leczenie antagonistami receptora opioidowego.

W związku z bardzo zróżnicowanymi formami leczenia osób uzależnionych zdefiniowano leczenie szpitalne jako takie, w którym pacjent spędza noc, a wszystkie inne formy leczenia (np. oddziały dzienne) uznano za leczenie ambulatoryjne. Ponieważ w wielkich centrach leczenia uzależnień funkcjonują równoległe różne programy, w celach sprawozdawczości uznano, że jednostką leczniczą jest fizycznie odrębna lub odseparowana placówka prowadząca jedną lub kilka aktywności terapeutycznych. Wynika z tego, że duże centra powinny sprawozdawać działalność konkretnych oddziałów, a nie dużego centrum jako całości. Zrezygnowano z danych, które praktycznie nie są do uzyskania od lekarzy ogólnych zadawalając się jedynie opisem zakresu ich działalności.

Podstawą sprawozdawczości będzie liczba łóżek w leczeniu szpitalnym. Istotne znaczenie mają też mieć informacje o odsetku pacjentów leczonych w stosunku do wszystkich uzależnionych, własności ośrodków i zasadach pokrywania w nich kosztów leczenia, liczbie personelu fachowego (w przeliczeniu na pełne etaty) w stosunku do liczby pacjentów, akredytacji ośrodków i personelu, miejsca leczenia uzależnień w strukturze lecznictwa.

Termin "detoksykacja" zastąpiono bardziej adekwatnym: "leczenie zespołów abstynencyjnych". Wyróżniono następujące jego rodzaje: przejście okresu abstynencji bez leków metodą "gęsiej skórki", stopniowe odstawianie agonistów opioidowych z użyciem np. metadonu, stopniowe lub szybkie prowokowanie zespołu abstynencyjnego za pomocą naltreksonu, a po-

tem leczenie np. klonidyną, metody alternatywne, jak np. akupunktura, elektroterapia itp.

W odniesieniu do leczenia bez udziału leków wyodrębniono następujące jego rodzaje: programy oparte o model minnesocki/12 kroków, bazujące na elementach religijnych lub duchowych, behawioralno-poznawcze, społeczno-edukacyjne, systemowe, psychoanalityczne, bazujące na zasadach społeczności terapeutycznej i holistyczne-eklektyczne.

Trzecim blokiem jest leczenie z użyciem farmakoterapii, w skład którego wchodzi zarówno leczenie agonistami, jak i antagonistami opiatowymi. Sprawozdania powinny zawierać informacje, czy programy są nisko- czy wysokoprogowe, czy leki substytucyjne wydawane są do domu, czy abstynencja jest kontrolowana przez badania moczu, i jakie konsekwencje ponosi pacjent w wyniku stwierdzenia występowania substancji psychoaktywnych.

W celu oceny jakości leczenia istotne są informacje w kontekście zakładanych celów leczenia (np. całkowita abstynencja lub redukcja szkód zdrowotnych). Istotnymi wskaźnikami dostępności do leczenia mają być m.in.: liczba leczonych do liczby chcących się leczyć i czas oczekiwania w kolejce na przyjęcie. Innym parametrem jest systemowość leczenia i koordynacja między placówkami. W pewnym sensie o jakości leczenia ma świadczyć system monitoringu jego skuteczności. Inne zalecane parametry, to ocena odsetka pacjentów kończących program oraz ocena przyczyn przedwczesnych wypisów.

Jednak najważniejszym kryterium oceny jakości leczenia jest jego skuteczność. W tym celu ma być oceniany stopień poprawy zdrowia nawiązujący do definicji WHO. Parametrami oceniającymi zdrowie somatyczne mają być: umieralność i inne parametry zdrowia somatyczne-

go. W odniesieniu do zdrowia psychicznego wskazane są: ocena umiejętności radzenia sobie z problemami, samoocena, zaburzenia lękowe i odczuwanie zestresowania, jakość życia itp. Miarą poprawy funkcjonowania społecznego ma być ocena wykształcenia, sytuacji mieszkaniowej, zatrudnienia, sieci powiązań społecznych, konfliktów z prawem itp.

Mimo, że należy dążyć do sprawozdawczości obejmującej całość lecznictwa uzależnień, jasnym jest, że część danych może być co najwyżej ekstrapolowana z badań naukowych na małych populacjach. Niemniej zaleca się powszechne używanie międzynarodowych narzędzi kwestionariuszowych jak np. *Addiction Severity Index* oraz *Treatment Unit Form*.

Spotkanie ekspertów było dobrą okazją do wymiany poglądów na temat znacznego zróżnicowania systemów i programów leczniczych w Europie. Istotnym wynikiem spotkania było osiągnięcie konsensu co do klasyfikacji nazewnictwa i klasyfikacji programów leczniczych. Natomiast wciągnięcie Polski do europejskiego systemu sprawozdawczości powinno wymusić lepsze zewidencjonowanie placówek zajmujących się leczeniem, spowodować powszechniejszą ewaluację skuteczności programów i ocenić polski poziom leczenia na tle krajów Unii Europejskiej.

Bogusław Habrat
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Zaprosili nas

- W dniach 15-17 maja br. w Bęsi k. Biskupca odbyła się II Konferencja pn. "Rozwiązywanie problemów narkomanii w powiatach", zorganizowana przez p. Michała Tartarka, Pełnomocnika Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego do Spraw Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- W dniach 07-08. czerwca br. w Szczecinie odbyła się II Międzynarodowa Konferencja pn. „Leczenie substytucyjne i rehabilitacja narkomanii”. Gospodarzem tego rocznej konferencji było Centrum Psychiatryczne SPS ZOZ „Zdroje” oraz Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych PAM w Szczecinie. Honorowy patronat nad konferencją objął Minister Zdrowia - prof. Mariusz Łapiński. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele większości polskich ośrodków, w których prowadzi się leczenie substytucyjne oraz goście z Kirgistanu, Tadżykistanu, Uzbekistanu i Kazachstanu. Podczas konferencji omówiono wiele istotnych spraw związanych z substytucją lekową. W szczególności podkreślano konieczność nowelizacji odpowiednich przepisów prawnych w sprawie leczenia substytucyjnego oraz konieczność dalszego rozwijania tej formy oddziaływań leczniczych. Przypomnijmy, że obecnie w Polsce działa 11 programów leczenia metadonem, w których uczestniczy ok. 900 - 1000 pacjentów. W czerwcu b.r. otworzono pierwszy tego typu program w zakładzie karnym w Krakowie.
- 11 czerwca br. z inicjatywy bydgoskiego Oddziału PTZN, w siedzibie Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, odbyło się Ogólnopolskie Sympozjum Profilaktyki Uzależnień pn. "Piwo i marihuana - prolog do uzależnienia". Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele różnych instytucji rządowych i pozarządowych oraz praktycy, na co dzień pracujący z młodzieżą. Celem sympozjum była wspólna debata nad skutecznością programów profilaktycznych, możliwościami tworzenia i realizowania lokalnych strategii profilaktycznych oraz rozszerzenia oferty pomocy osobom uzależnionym. Podczas spotkania wielokrotnie podkreślano ideę współpracy i wspólnych działań zapobiegawczych mając na uwadze założenie, że większość problemów społecznych ma charakter interakcyjny i należy dążyć do przełamywania stereotypów dotyczących wąskiego pojmowania profilaktyki.
- 14 czerwca br. w Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej w Warszawie, spotkali się "ambasadorowie" antynarkotykowej kampanii "Narkotyki - najlepsze wyjście nie wchodzić" z województwa mazowieckiego. Spotkanie odbyło się pod przewodnictwem Zofii Feliks, Pełnomocnika Zarządu ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego i zgromadziło przedstawicieli organizacji pozarządowych, m.in. Fundacji "Maraton, Stowarzyszenia MONAR, Stowarzyszenia "Karan".

Zaproszono także Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii - inicjatora tegorocznej kampanii adresowanej do młodzieży oraz przedstawiciela środowiska organizatorów imprez młodzieżowych, p. Artura Piecha. Podczas spotkania zaprezentowano program działań wypracowany na ogólnopolskim spotkaniu pełnomocników i omówiono metody i sposoby wdrażania tych działań w ramach kampanii w środowisku lokalnym.

- W dniu 19 czerwca br. we Wrocławiu odbyło się Forum ds. Uzależnień. Organizatorem imprezy, która przebiegała pod hasłem ogólnopolskiej kampanii „Narkotyki - najlepsze wyjście nie wchodzić”, był Wydział Zdro-

wia Urzędu Miejskiego Wrocławia. Spotkanie zaplanowane zostało jako forum prezentacji dorobku i doświadczeń różnych organizacji pozarządowych działających na terenie gminy Wrocław. Zakres programów wspieranych przez gminę, realizowanych na jej terenie jest bardzo szeroki. Obejmują one szkolenia dla licznych grup zawodowych - lekarzy rodzinnych, pielęgniarek, nauczycieli, programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, edukację rodziców, a także programy z zakresu ograniczania szkód zdrowotnych. Podczas spotkania ogłoszono także wyniki konkursu na najciekawszy scenariusz programu profilaktycznego.

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

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



Serwis Informacyjny Narkomania

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

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

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**
Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**
Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**
tel./fax (022) 635 73 70, 635 29 30

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

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

Jacek Morawski (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski (Instytut Psychatrii i Neurologii)

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

Włodzimierz Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne

Zapraszamy na zajęcia doskonalące w

„STUDIUM WIEDZY O PROFILAKTYCE NARKOMANII”

Program opracowany jest przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Szkolenie adresowane jest do:

Realizatorów działań profilaktycznych:

- osób zatrudnionych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych zobowiązanych do podejmowania działań z zakresu profilaktyki narkomanii oraz działających w organizacjach uprawnionych do podejmowania takich działań.
- osób planujących i organizujących działania profilaktyczne w placówce środowiskowej, w środowisku lokalnym.

Program przewiduje 70 godzin szkolenia (w wymiarze 18 godzin wykładów i 52 godzin warsztatów) przeprowadzonych w ramach 2 cykli po 5 dni oraz trening zadaniowy dotyczący zastosowania w praktyce poznanej na warsztatach metody zbierania danych, służącej ocenie zagrożenia narkomania w wybranym środowisku - np. w placówce środowiskowej, środowisku lokalnym oraz przygotowaniu wstępnej diagnozy problemów w wybranym środowisku.

Zakres zajęć teoretycznych:

1. Podstawowe pojęcia z dziedziny uzależnień, fizjologiczne mechanizmy uzależnienia.

2. Substancje uzależniające - omówienie działania poszczególnych substancji.
3. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce, trendy rozwoju narkomanii w Polsce.
4. Profilaktyka oraz system pomocy osobom zagrożonym uzależnieniem, uzależnionym i ich rodzinom.
5. Koncepcje wyjaśniające używanie substancji i uzależnienie.
6. Specyfika narkomanii młodzieżowej - koncepcje teoretyczne i wynikające z nich rekomendacje dla profilaktyki.
7. Koncepcje profilaktyki ograniczania szkód.
8. Aspekty etyczne w działalności profilaktycznej (m.in. Konwencja o Prawach Dziecka, Karta Praw Pacjenta).

Zakres zajęć warsztatowych:

1. Planowanie działań profilaktycznych.
2. Umiejętności praktyczne:
 - 2.1. Testy na obecność metabolitów narkotyków
 - 2.2. Pierwsza pomoc medyczna osobie pod wpływem środków odurzających
3. Trening komunikacji.
4. Zajęcia informacyjne nt. narkotyków dla młodzieży i dorosłych.
5. Zajęcia edukacyjne dla młodzieży.

6. Telefon zaufania.
7. Wczesna interwencja wobec osoby używającej narkotyków.
8. Promocja programu.
9. Ocena skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych.
10. Dokumentacja.

**Sposób rekrutacji:
zgłoszenia indywidualne osób do organizatora szkolenia.**

Wymagania wobec osoby zgłaszającej się:

1. wykształcenie co najmniej średnie
2. posiadanie rekomendacji instytucji zobowiązanej / uprawnionej do podejmowania działań profilaktycznych
3. zgoda pracodawcy na uczestnictwo w Studium
4. przedstawienie dowodu opłaty kosztów szkolenia zgodnie z ustalonymi w regulaminie zasadami

Zaświadczenie o szkoleniu:

Uczestnicy kończący szkolenie certyfikowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii otrzymują zaświadczenie potwierdzające uczestnictwo w szkoleniu wydane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Warunkiem otrzymania zaświadczenia jest uczestnictwo co najmniej w 90 % zajęć teoretycznych i 90% zajęć warsztatowych oraz wywiązanie się z zadań treningu zadaniowego.

Koszt szkolenia:

Mając na względzie, że jest to szkolenie pilotażowe programu, uczestnik ponosi jedynie 50% kosztów pobytu - w wysokości ustalonej przez realizatora.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii finansuje koszt zajęć merytorycznych, organizacji, kadry i materiałów oraz pozostałe 50 % kosztów pobytu uczestnika.

