

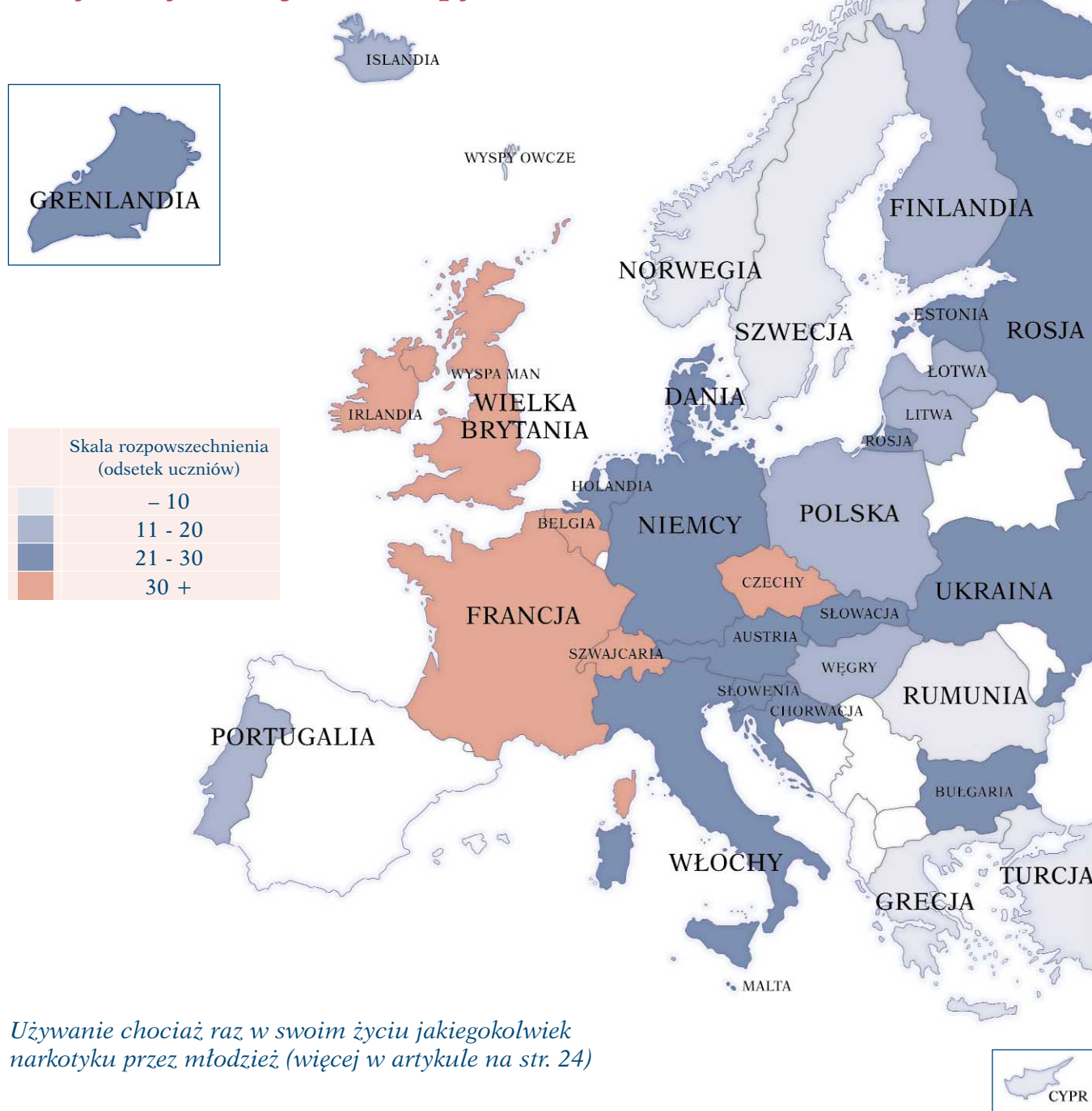


Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 2 (29) 2005

Używanie narkotyków wśród młodzieży w wybranych krajach Europy – ESPAD 2003



Używanie chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek narkotyku przez młodzież (więcej w artykule na str. 24)

SPIS TREŚCI

UŻYWANIE NARKOTYKÓW I ICH DOSTĘPNOŚĆ WŚRÓD STUDENTÓW

Wyniki badania ankietowego – 2004

Janusz Sierostawski *str. 3*

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

Polska młodzież na tle Europy w 2003 r

Janusz Sierostawski *str. 24*

PROCES TWORZENIA STANDARDÓW W TERAPII UZALEŻNIEŃ

Dawid Chojecki *str. 39*

REKOMENDACJE

**do opracowania regulaminu porządkowego
w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym
terapię osób uzależnionych od narkotyków**

..... *str. 43*

JAK ROZPOWSZECHNIĄĆ INFORMACJE O ZJAWISKU NARKOMANII– relacje z mediami

Agnieszka Marchel *str. 51*

CENTRUM INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII

**Rola ekspertów wojewódzkich w budowaniu
systemu zbierania danych**

Artur Malczewski *str. 55*

SYSTEM SZKOLEŃ W DZIEDZINIE TERAPII I REHABILITACJI UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW CERTYFIKOWANY PRZEZ MINISTRA ZDROWIA

..... *str. 58*

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na uzyskanie rekomendacji Krajowego Biura
do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia
staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia
w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków
zatwierdzanego i certyfikowanego przez ministra zdrowia

..... *str. 59*

UŻYWANIE NARKOTYKÓW I ICH DOSTĘPNOŚĆ WŚRÓD STUDENTÓW

Wyniki badania ankietowego – 2004

Wprowadzenie

Od początku lat dziewięćdziesiątych obserwujemy w naszym kraju szybki wzrost rozpowszechnienia wśród młodzieży używania narkotyków. Przekonują o tym nie tylko potoczne obserwacje, ale także wyniki powtarzanych co kilka lat badań ankietowych obejmujących reprezentatywne dla całego kraju próby młodzieży szkolnej. Zarówno wyniki badań ESPAD zrealizowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w latach 1995, 1999 i 2003, jak i wyniki badań szkolnych prowadzonych przez CBOS w latach 1992, 1994, 1996, 1999 i 2003 wykazują trend wzrostowy rozpowszechnienia używania narkotyków przez młodzież szkolną. Wyniki pierwszego ogólnopolskiego badania ankietowego na próbie mieszkańców naszego kraju w wieku 16 lat i starszych przeprowadzane przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2002 r. pokazały, że zjawisko wzrostu używania narkotyków nie ogranicza się do młodzieży szkolnej, ale obecne jest także w starszych grupach młodzieży oraz wśród młodych dorosłych. W badanej podówczas próbie mieszkańców naszego kraju znalazło się 325 studentów. Jeśli analizować tylko osoby w wieku 19-26 lat, to rozpowszechnienie używania narkotyków w grupie studentów okazało się najwyższe. Było ono znacznie wyższe niż wśród osób z tej kategorii wiekowej już pracujących i nieco wyższe niż wśród ich bezrobotnych rówieśników. Konstatacja ta skłaniała do dokładniejszego przyjrzenia się kwestii używania narkotyków przez studentów i do podjęcia w tym celu badania na odpowiednio licznej ich reprezentacji.

Zainteresowania poznawcze kwestią używania narkotyków przez studentów

zbiegły się z potrzebami praktycznymi. Akcja „Uczelnie wolne od narkotyków” zainicjowana przez sekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta RP Barbarę Labudę i prowadzona pod jej patronatem wymagała oszacowań rozmiarów problemu narkotyków wśród studentów. Badania mogły takich oszacowań dostarczyć. Ich powtórzenie po jakimś czasie pozwoli także na dokonanie ewaluacji efektów działań profilaktycznych na uczelniach.

Badanie podjęte w 2004 r. było wspólnym przedsięwzięciem trzech instytucji: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Pracowni Badań Społecznych oraz Agencji Promocji Studentów Socjologii „PAPSS”. Agencja przygotowała wstępną wersję kwestionariusza, dopracowaną następnie przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii we współpracy z Pracownią Badań Społecznych. Dobór próby, terenowa część badania oraz założenie i kontrola zbioru danych zrealizowane zostały przez Pracownię Badań Społecznych. Analiza wyników i opracowanie raportu należały do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

Całość projektu została sfinansowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ze środków budżetowych ministra zdrowia wydzielonych na badania oraz środków pochodzących z funduszy europejskich (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – EMCDDA).

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez studentów substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby studentów, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami, oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była również próba

identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu, jak i podaży. W badaniu poruszono zatem takie kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem.

Wszystkie te kwestie zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań wśród młodzieży studiującej w całym kraju. Intencją tych oszacowań było dostarczenie wiedzy użytecznej przy planowaniu działań profilaktycznych w środowisku studenckim.

Przedmiotem tego artykułu są jedynie wyniki odnoszące się do używania narkotyków oraz kwestii ich dostępności. Inne zagadnienia poddane badaniu zaprezentowane zostaną w następnym artykule na łamach Serwisu.

Metoda i próba badawcza

Badanie zostało zrealizowane metodą ankietową z zastosowaniem kwestionariusza do samodzielnego wypełnienia. Ankieta miała charakter w pełni anonimowy i była wypełniana samodzielnie przez studentów w formie audytoryjnej. Sposób organizacji badania był tak dobrany, aby maksymalnie zwiększyć poczucie anonimowości badania oraz zminimalizować wpływ kontekstu uczelni, gdzie rekrutowano respondentów.

Badanie zostało zrealizowane na próbie studentów uczących się w trybie dziennym lub wieczorowym w wyższych szkołach państwowych oraz niepaństwowych. Objęcie badaniem tej populacji było podyktowane faktem, iż to właśnie osoby studiujące w ten sposób w pełni uczestniczą w życiu studenckim i w największym stopniu prowadzą wedle stereotypu „studencki styl życia”. Osoby studiujące w trybie zaocznym nie zostały objęte badaniem, ponieważ w znacznie większym stopniu niż studenci dzienni

i wieczorowi charakteryzują się innym stylem życia, często związanym z wykonywaną przez nich pracą zawodową. Badanie jest zatem reprezentatywne dla populacji studentów dziennych i wieczorowych. Ogółem ta zbiorowość liczy ponad 900 tysięcy osób, z czego około 10% stanowią studenci wieczorowi.

Badanie zostało zrealizowane w 71 różnych uczelniach. Próba badawcza liczyła 1545 osób. Sposób doboru próby gwarantował jej reprezentatywność pod względem: płci, roku studiów, trybu studiów (dzienny lub wieczorowy), wielkości miejscowości, w której znajduje się uczelnia, oraz rodzaju uczelni (niepaństwowa lub państwowa, zaś wśród państwowych z podziałem na: uniwersytety, uczelnie artystyczne, akademie medyczne, uczelnie ekonomiczne, pedagogiczne, techniczne i rolnicze). Dobór próby miał charakter dwuetapowy. Na pierwszym etapie spośród ponad 350 istniejących w Polsce szkół wyższych wylosowano uczelnie proporcjonalnie do ilości studiujących w nich osób na poszczególnych latach i w poszczególnych trybach studiów. Następnie w ramach poszczególnych uczelni dokonano losowania numerów indeksów studentów uczących się na określonych latach i w określonym trybie. Z wylosowanymi w ten sposób studentami ankieterzy Pracowni Badań Społecznych przeprowadzili badanie. Realizacja części terenowej badania została zakończona 20 czerwca 2004 r.

Dysproporcje między próbą wylosowaną i zrealizowaną wyrównano wagami skonstruowanymi ze względu na takie zmienne, jak płeć, rok studiów, typ studiów, wielkość miejscowości, w której znajduje się uczelnia, oraz typ uczelni.

Dane o rozkładzie cech społeczno-demograficznych w próbie zawiera *tabela 1*.

Proporcje płci w próbie są z grubsza wyrównane, z niewielką przewagą kobiet. Zdecydowana większość badanych mieści się w szerokim przedziale wieku 20-24 lata (74,9%). Niemal wszyscy badani są stanu

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

Płeć			
mężczyźni		44,6	
kobiety		55,4	
Wiek			
18-19		8,8	
20-21		41,1	
22-23		33,8	
24-25		13,2	
26 i więcej		3,2	
Stan cywilny			
kawaler/panna		96,0	
żonaty/zamężna		3,8	
rozwódzony/rozwódzona		0,2	
Wielkość miejscowości (miejsca stałego zamieszkania)			
wieś		20,7	
miasto do 50 tys. mieszkańców		28,6	
miasto pow. 50 tys. do 200 tys. mieszkańców		20,5	
miasto pow. 200 tys. mieszkańców		30,1	
Wykształcenie ojca/opiekuna			
podstawowe		3,7	
zasadnicze zawodowe		30,2	
średnie		35,7	
wyższe		30,4	
Wykształcenie matki/opiekunki			
podstawowe		4,0	
zasadnicze zawodowe		17,1	
średnie		46,5	
wyższe		32,5	
Rok studiów			
pierwszy		30,8	
drugi		24,4	
trzeci		20,1	
czwarty		13,3	
piąty lub szósty		11,5	
Tryb studiów			
dzienne		91,1	
wieczorowe		8,9	
Rodzaj szkoły wyższej			
uniwersytet		38,1	
politechnika		24,5	
uczelnia rolnicza		10,4	
uczelnia pedagogiczna		5,7	
inne uczelnie		21,3	
Status własnościowy uczelni			
kościelna		3,7	
inna niepaństwowa		13,4	
państwowa		83,0	
Wielkość miejscowości, w której znajduje się uczelnia			
pow. 200 tys. mieszkańców		81,5	
do 200 tys. mieszkańców		18,5	
Miejsce zamieszkania w czasie studiów			
dom rodzinny		46,0	
akademik		18,0	
stancja		10,7	
mieszkanie wynajmowane lub użyczane		17,4	
mieszkanie własne		6,6	
inne		1,3	
Dochody			
do 200 zł		19,6	
201-500 zł		34,7	
501-1000 zł		31,6	
1001 zł i więcej		13,0	

wolnego i nie weszli jeszcze w związek małżeński (96,0%). Młodzież studiująca rekrutuje się głównie z miast (79,2%). Pod względem wykształcenia rodziców studenci wyraźnie różnią się od swoich rówieśników, którzy nie podjęli studiów. Wśród rodziców młodzieży studiującej spotykamy znacznie więcej osób z wyższym wykształceniem, natomiast znacznie mniej jest osób z wykształceniem podstawowym. Rozkład respondentów ze względu na rok studiów ma charakter malejący. Odzwierciedla to z jednej strony zjawisko zróżnicowania długości studiów, z drugiej zaś – powtarzania poszczególnych lat oraz niekończenia studiów w terminie. Zdecydowana większość studentów (91,1%) pobiera naukę na studiach dziennych, mniej niż co dziesiąty studiuje w trybie wieczorowym. W szerokiej gamie typów uczelni objętych badaniem najliczniej reprezentowane są uniwersytety (38,1%) oraz

politechniki (24,5%). Przeważająca większość studentów uczęszcza do uczelni państwowych (83%). W zdecydowanej większości uczelnie rozlokowane są w większych miastach. Tylko 18,5% młodzieży akademickiej studiuje w miastach liczących nie więcej niż 200 tys. mieszkańców. Największa frakcja badanych mieszka w trakcie studiów w domu rodzinnym (46,0%). Druga co do liczebności grupa to mieszkańcy akademików (18,0%), a trzecia – korzysta z mieszkań użyczonych lub wynajmowanych (17,4%). Dochody większości respondentów (66,3%) mieszczą się w szerokim przedziale 200-1000 zł.

Podsumowując opis próby warto zauważyć, że studenci różnią się od reszty młodych ludzi w analogicznych grupach wiekowych nie tylko stylem życia, ale odbiegają od nich także pod względem większości czynników statusu społeczno-demograficznego.

Tabela 2. *Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (odsetki badanych)*

Używane substancje	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Substancje wziewne	1,1	0,1	0,1
Marihuana lub haszysz	35,6	20,6	10,0
Amfetamina	11,1	3,7	1,5
Ecstasy	4,7	2,9	1,2
LSD	3,4	0,9	0,2
Grzyby halucynogenne	3,8	0,8	0,3
Crack	0,2	0,1	0,1
Heroina	0,4	-	-
Polska heroina, tzw. kompot	0,2	-	-
Kokaina	1,2	0,3	0,1
Sterydy anaboliczne	1,2	0,1	0,1
Leki uspokajające i nasenne bez wskazań medycznych	4,1	2,1	1,1

Wyniki

Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych

Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń w środowisku studenckim było centralną kwestią badania. Do pomiaru rozpowszechnienia używania zastosowano pytania zamknięte. Respondentom przedstawiono w ankiecie listę środków z prośbą o zaznaczenie tych, których kiedykolwiek używali. Na liście poza substancjami nielegalnymi znalazły się także leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez wskazań medycznych. Ponadto badanych proszono o zaznaczenie środków, które przyjmowali w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem oraz tych, których używali w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Potwierdzenie używania danego środka kiedykolwiek w życiu oznacza, że badany ma już za sobą pierwsze doświadczenia, nie przesądza natomiast kwestii czy obecnie używa narkotyków. Za wskaźnik aktualnego używania przyjmuje się zwykle używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W przypadku osób dorosłych, jakimi są studenci, to rozróżnienie ma szczególnie istotne znaczenie. Wielu młodych ludzi jeszcze w szkole eksperymentuje z narkotykami, a następnie przestaje się nimi interesować. Zatem pytanie o używanie substancji kiedykolwiek w życiu nie może być traktowane jako trafny wskaźnik ich używania przez studentów. Wszakże badani nie zawsze byli studentami.

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Używanie narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego, chyba że wiąże się z uzależnieniem. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy badani, którzy zadeklarowali kontakt z danym środkiem w czasie ostatnich 30 dni, na pewno używają go co

najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z dużym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu, są zbliżone do proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu proporcja używających w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem odpowiadałaby w bardzo dużym przybliżeniu proporcji używających co najmniej raz na miesiąc. Warto dodać, że osoby, które używały substancji w czasie ostatnich 30 dni, w żadnym wypadku nie mogą być traktowane jako uzależnione. Używanie jakiegokolwiek substancji z taką częstotliwością jeszcze nie świadczy o uzależnieniu. W badaniach ankietowych realizowanych w populacji generalnej czy w jej segmentach, takich jak młodzież, zwykle nie stosuje się wskaźników uzależnienia, bowiem zjawisko to należy do zbyt rzadkich, aby w próbach losowych można było znaleźć odpowiednią reprezentację osób uzależnionych. Do badania tej grupy stosuje się zwykle inne podejścia badawcze.

Dane z rozkładami odpowiedzi na pytanie o używanie poszczególnych środków kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni zawarto w *tabeli 2*.

Na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia doświadczeń z substancjami znajdują się przetwory konopi indyjskich, czyli marihuana lub haszysz. Chociaż raz w życiu próbowało ich 35,6% badanych. Do obecnych użytkowników zalicza się 20,6% badanych, a do przyjmowania w ostatnich 30 dniach przyznało się 10,0%. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia lokuje się amfetamina – 11,1% badanych miało jakiegokolwiek doświadczenia z tą substancją, 3,7% było okazjonalnych użytkowników i 1,5% używających względnie często. Trzecie miejsce należy do ecstazy – odpowiednio 4,7, 2,9 i 1,2%. LSD używało chociaż raz w czasie całego życia

3,4% badanych, w czasie ostatnich 12 miesięcy – 0,9% i w czasie ostatnich 30 dni – 0,2% badanych. Podobne do rozpowszechnienia używania ekstazy jest rozpowszechnienie używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. Chociaż raz w życiu używało ich 4,1% badanych, chociaż raz w czasie 12 miesięcy przed badaniem 2,1% i w czasie ostatnich 30 dni – 1,1%.

Rozpowszechnienie doświadczeń z pozostałymi środkami nie przekracza granicy 1,5%, gdy chodzi o eksperymentowanie. Niektóre ze środków (heroina, polska heroina) pojawiają się tylko w doświadczeniach z całego życia, nie występują natomiast w ogóle w odpowiedziach na pytanie o ostatnie 12 miesięcy. Nie oznacza to oczywiście, że wśród studentów nie ma w ogóle używających obecnie tych środków, jest ich jednak na pewno tak niewiele, że nawet przy zastosowaniu bardzo dużej próby są oni nie

do uchwycenia.

Wskaźnikiem istotnym z profilaktycznego punktu widzenia jest używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Studenci, którzy używali danej substancji kiedyś w przeszłości, a nie sięgali po nią w czasie ostatnich 12 miesięcy, to osoby obarczone jakimiś doświadczeniami z substancjami, ale obecnie niebiorące. Fakt posiadania takich doświadczeń nie musi rzutować na obecną sytuację studenta ani tym bardziej na jego przyszłość. Nie wydaje się, aby osoby takie potrzebowały obecnie specjalnych oddziaływań.

Jak przekonują wyniki badania, obecnie zdecydowanie największe jest rozpowszechnienie używania marihuany i haszyszu. Już ponad 1/5 studentów zaliczyć można do grupy okazjonalnych użytkowników, których objąć trzeba oddziaływaniami profilaktycznymi.

Tabela 3. *Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (odsetki badanych wg płci)*

Używane substancje	Kiedykolwiek w życiu		W czasie ostatnich 12 miesięcy		W czasie ostatnich 30 dni	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Substancje wziewne	1,5	0,7	-	0,2	0,2	-
Marihuana lub haszysz	46,5	26,8	28,6	14,2	14,4	6,6
Amfetamina	12,8	9,8	5,6	2,4	2,3	1,1
Ecstasy	7,3	2,6	4,2	1,9	1,7	0,9
LSD	4,7	2,3	1,1	0,7	0,1	0,2
Grzyby halucynogenne	4,9	2,8	1,6	0,1	0,7	-
Crack	0,4	0,1	-	-	0,2	-
Heroina	0,6	0,3	-	-	-	-
Polska heroina, tzw. kompot	0,4	-	-	-	-	-
Kokaina	2,2	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2
Sterydy anaboliczne	2,1	0,4	0,2	-	0,1	-
Leki uspokajające i nasenne bez wskazań medycznych	2,9	5,0	1,4	2,5	0,5	1,5

Wprawdzie frakcje okazjonalnych użytkowników amfetaminy i ekstazy są znacznie mniej liczne, to jednak środki te należą do grupy narkotyków o wiele bardziej niebezpiecznych.

Wskaźniki używania poszczególnych substancji chociaż raz w życiu odnotowane w badaniu studentów są nieco niższe od wskaźników uzyskanych w badaniu uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat) przeprowadzonym w 2003 r. w ramach programu Europejskich Badań Szkolnych ESPAD. Szczególnie duża różnica występuje w przypadku wskaźników okazjonalnego (aktualnego) i częstego używania substancji nielegalnych, zwłaszcza amfetaminy. Oznacza to, że środowiska młodzieży szkolnej wydają się bardziej zagrożone problemem narkotyków niż środowisko studenckie.

W przypadku większości środków istotne zróżnicowanie rozpowszechnienia używania wiąże się z płcią (*tabela 3*). Brak większych różnic występuje tylko w przypadku substancji o nikłym rozpowszechnieniu, takich jak np. substancje wziewne. Większe zróżnicowanie pojawia się, gdy analizujemy doświadczenia z całego życia badanych. Wskaźniki używania w czasie ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni przed badaniem w nieco mniejszym stopniu zależne są od płci badanych.

Dotychczasowa analiza pokazała nam rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji. Teraz wprowadźmy ogólny wskaźnik okazjonalnego używania jakiegokolwiek substancji nielegalnej. Do tak określonej grupy użytkowników zaliczać będziemy osoby, które w czasie ostatnich 12 miesięcy przyjęły, chociaż raz, jakąkolwiek nielegalną substancję psychoaktywną. Takich osób było w próbie 21,7%. Nietrudno zauważyć, że odsetek ten jest niewiele większy niż odsetek okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu. Tylko 1,1% badanych należało do grupy osób,

które w czasie ostatnich 12 miesięcy nie używały przetworów konopi, a używały innych nielegalnych środków.

W *tabeli 4* znajdujemy dane dotyczące rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków w różnych grupach wyróżnionych ze względu na cechy społeczno-demograficzne.

Jak przekonują dane z tabeli, okazjonalne używanie substancji nielegalnych jest zróżnicowane ze względu na cechy społeczno-demograficzne badanych.

Mężczyźni w niemal dwukrotnie większym odsetku niż kobiety zaliczają się do grona okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Rozpowszechnienie okazjonalnego używania nie wiąże się z wiekiem w sposób istotny statystycznie. Nie jest także zależne od stanu cywilnego badanych. Osoby używające narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy spotykamy równie często wśród tych, którzy nie zawarli związku małżeńskiego, jak i wśród tych, którzy taki krok mają już za sobą. Pewne sygnały zróżnicowania pojawiają się, gdy analizujemy osobno mężczyzn i kobiety – nie są to jednak różnice istotne statystycznie. Wśród studentów odsetek okazjonalnych użytkowników jest wyższy w grupie tych, którzy są lub byli żonaci; wśród studentek obserwujemy odwrotną tendencję.

Istotnym statystycznie czynnikiem okazjonalnego używania narkotyków jest wielkość miejscowości zamieszkania respondentów. Najwyższe rozpowszechnienie używania spotykamy w grupie studentów wywodzących się z miast liczących 50-200 tys. mieszkańców. Wśród studentów z mniejszych miast i ze wsi rozpowszechnienie jest słabiej zróżnicowane i sporo niższe niż wśród studentów z miast średniej wielkości. Studenci z miast dużych (ponad 200 tys. mieszkańców) charakteryzują się najniższym rozpowszechnieniem. Uwzględnienie dodatkowo czynnika płci w analizie pokazuje,

że zależność jest istotna statystycznie tylko wśród mężczyzn. Praktycznie całe zróżnicowanie koncentruje się wśród mężczyzn, w grupie kobiet obserwujemy jedynie niewielką nadwyżkę użytkowniczek pochodzących z miast liczących 50-200 tys. mieszkańców. Wyniki analizy rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków według wielkości miejscowości stałego zamieszkania badanych uznać trzeba za zaskakujące. Sugerują one, że studenci przełamują stereotyp, wedle którego używanie narkotyków jest bardziej rozpowszechnione w dużych miastach.

Wykształcenie ojców osób badanych nie

wprowadza istotnego statystycznie zróżnicowania. Inaczej jest w przypadku wykształcenia matek respondentów: odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia ich matek. Zależność ta jest również istotna statystycznie wśród mężczyzn analizowanych osobno, nie utrzymuje się natomiast wśród kobiet. W grupie mężczyzn wyraźny wzrost odsetka użytkowników notuje się przy przejściu do kategorii wykształcenia wyższego. Warto zauważyć, że wśród kobiet największe zróżnicowanie pojawia się po przejściu do kategorii wykształcenia średniego, chociaż nie jest ono istotne statystycznie.

Tabela 4. *Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg cech społeczno-demograficznych (odsetki badanych)*

Cechy społeczno-demograficzne	Mężczyźni 29,1	Kobiety 15,7	Ogółem 21,7*
Wiek			
18-19	36,2	15,4	24,3
20-21	31,2	14,2	22,0
22-23	26,4	14,8	19,5
24 i więcej	25,8	21,6	23,7
Stan cywilny			
kawaler/panna	29,0	15,8	21,7
żonaty/zamężna lub rozwiedziony/rozwiedziona	33,1	11,1	21,7
Wielkość miejscowości (miejsce stałego zamieszkania)			
wieś lub miasto do 5 tys. mieszkańców	25,8*	14,8	19,7*
miasto pow. 5 tys. do 50 tys. mieszkańców	30,3	14,8	21,5
miasto pow. 50 tys. do 200 tys. mieszkańców	40,4	18,8	28,3
miasto pow. 200 tys. mieszkańców	23,8	14,8	18,9
Wykształcenie ojca/opiekuna			
podstawowe lub zasadnicze zawodowe	24,7	13,1	18,3
średnie	32,3	14,9	22,2
wyższe	29,0	19,0	23,8
Wykształcenie matki/opiekunki			
podstawowe lub zasadnicze zawodowe	23,4*	10,7	16,1*
średnie	25,7	16,7	20,6
wyższe	35,7	16,9	25,9

Rok studiów			
pierwszy	35,4	15,3*	25,2*
drugi	26,8	13,9	20,2
trzeci	22,1	10,5	15,4
czwarty	24,6	24,8	24,7
piąty lub szósty	29,9	18,1	23,0
Tryb studiów			
dzienne	29,1	15,2	21,4
wieczorowe	28,7	20,2	23,7
Status własnościowy uczelni			
niepaństwowa, w tym kościelna	26,8	14,1	20,4
państwowa	29,6	16,0	21,9
Wielkość miejscowości, w której znajduje się uczelnia			
pow. 200 tys. mieszkańców	27,2*	14,8	20,5*
do 200 tys. mieszkańców	38,7	19,0	26,8
Miejsce zamieszkania w czasie studiów			
dom rodzinny	27,5	14,1*	20,4
akademik	30,0	13,1	20,9
stancja	33,9	10,3	20,8
mieszkanie wynajmowane lub użyczane	33,6	20,6	25,8
mieszkanie własne	22,0	28,1	26,1
Z kim mieszka			
z rodzicami	26,7*	14,9	20,5
bez rodziców	33,2	17,5	23,9
Dochody			
do 200 zł	19,7*	11,4	15,4*
201-500 zł	27,6	15,1	20,3
501-1000 zł	32,3	16,5	23,6
1001 zł i więcej	39,0	20,7	29,1

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

W zależności od roku studiów następuje zróżnicowanie rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków. W tym przypadku istotne statystycznie różnice dotyczą całej zbiorowości studentów, jak również kobiet analizowanych osobno. Warto zauważyć, że wśród ogółu studentów najwyższy odsetek okazjonalnych użytkowników spotykamy na pierwszym roku studiów (35,4%), a wśród studentek na czwartym roku

studiów (24,8%).

Tryb studiów nie wiąże się z okazjonalnym używaniem narkotyków w sposób istotny statystycznie. Podobnie jest ze statusem własnościowym uczelni.

Wielkość miasta, w którym znajduje się uczelnia, różnicuje badanych – w miastach do 200 tys. mieszkańców spotykamy częściej studentów używających narkotyków niż w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców.

Konstatacja ta odnosi się nie tylko do całej zbiorowości studenckiej, ale także do mężczyzn analizowanych osobno. Wynik ten wydaje się zaskakujący, podobnie jak to było w przypadku analizy według wielkości miejscowości stałego zamieszkania studentów. Wyniki analizy według wielkości miasta, w którym usytuowana jest uczelnia, także sugerują, że studenci wyłamują się z ogólnej prawidłowości większego rozpowszechnienia używania narkotyków w dużych miastach.

Okazjonalne używanie narkotyków wiąże się w istotny statystycznie sposób z miejscem zamieszkania w czasie studiów, ale tylko w grupie kobiet analizowanych osobno. Dla całej zbiorowości oraz dla mężczyzn związek ten nie jest istotny statystycznie. Używaniu narkotyków wśród studentek sprzyja zamieszkiwanie w lokalu własnym, a także – w mniejszym stopniu – w mieszkaniu wynajętym lub użyczonym. W grupie mężczyzn natomiast istotną rolę odgrywa zamieszkiwanie z rodzicami. Czynniki te nie są istotne statystycznie dla kobiet i w całej zbiorowości studenckiej. Studenci płci męskiej mieszkający bez rodziców istotnie częściej zaliczają się do użytkowników narkotyków niż mieszkający z rodzicami.

Istotnie statystycznie zróżnicowanie wprowadza poziom dochodów. Zarówno wśród wszystkich studentów, jak i wśród mężczyzn analizowanych osobno, w miarę wzrostu poziomu dochodów rośnie odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Dokonując przeglądu zestawionych wyżej zależności można założyć, że przynajmniej część z nich ma charakter pozorny. Narzędziem do eliminacji takich pozornych zależności i poszukiwania „jak najoszczędniejszego” modelu wyjaśniającego jest regresja logistyczna. Model zbudowany dla okazjonalnego używania narkotyków jako zmiennej zależnej zaprezentowany jest w tabeli 5. Do budowy modelu użyto jako zmienne niezależne zmiennych z tabeli 4. Wprowadziliśmy do finalnej wersji modelu

zostały włączone tylko cztery zmienne, ale zależności między nimi a zmienną zależną ujawnione w tabeli zachodzą przy kontroli wszystkich pozostałych zmiennych, również tych, które do modelu nie weszły.

Zmienne przyjęte do modelu to: płeć, wykształcenie matki, wielkość miejscowości stałego zamieszkania respondenta, wielkość miasta, w którym znajduje się uczelnia, oraz dochody respondenta. Przy ich udziale wyjaśnić można taką część zmienności okazjonalnego używania narkotyków, że dodawanie do modelu kolejnych zmiennych nie przyczynia się w sposób istotny do polepszenia predykcji wartości zmiennej zależnej. Innymi słowami można uznać, że na gruncie tego modelu efekt pozostałych zmiennych stwierdzany w analizach dwuzmiennych daje się wyjaśnić statystycznym wpływem zmiennych obecnych w modelu.

Mężczyźni z 2, 3 razy wyższym prawdopodobieństwem niż kobiety zaliczają się do używających substancji nielegalnych.

Prawdopodobieństwo sięgania po narkotyki zwiększa się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia matki. Jeśli za punkt odniesienia przyjąć grupę badanych, których matki mają wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe, to dla osób, których matki legitymują się wyższym wykształceniem, istnieje o 80% wyższe prawdopodobieństwo znalezienia się w grupie użytkowników narkotyków.

W modelu znalazły się zarówno wielkość miejscowości zamieszkania respondenta, jak i wielkość miasta, w którym usytuowana jest uczelnia. Przyjmując za kategorię referencyjną badanych mieszkających w miastach o wielkości powyżej 200 tys. mieszkańców stwierdzamy, że osoby mieszkające w miastach o liczbie ludności 50-200 tys. odznaczają się o 60% większym prawdopodobieństwem sięgania po narkotyki. Mieszkańcy wsi oraz miast liczących do 50 tys. ludności nie różnią się istotnie pod tym względem od mieszkańców miast pow. 200 tys. ludności.

Osoby studiujące w miastach o liczbie mieszkańców do 200 tys. charakteryzują się o 70% wyższym prawdopodobieństwem sięgania po narkotyki niż osoby studiujące w miastach o większej liczbie mieszkańców.

Ostatnia zmienna obecna w modelu to dochody. Prawdopodobieństwo sięgania po narkotyki zwiększa się wraz ze wzrostem dochodów. Jeśli za grupę wyjściową do porównań przyjmiemy osoby o dochodach do 200 zł miesięcznie, to okazuje się, że badanych o dochodach 201-500 zł z prawdopodobieństwem większym o 70% zaliczyć można do grupy używających narkotyków. W przypadku osób o dochodach 501-1000 zł to prawdopodobieństwo jest wyższe o 90%,

zaś w przypadku najzamożniejszych (powyżej 1000 zł) jest ono aż ponad dwa i pół razy wyższe.

Warto zauważyć, że do modelu nie weszła jedna zmienna, z którą korelowało używanie narkotyków, tj. rok studiów. Zmienność wprowadzona przez ten czynnik bardziej efektywnie została wyjaśniona przez inne związane z nim zmienne obecne w modelu.

Zaprezentowany wyżej model może służyć do szacowania prawdopodobieństwa, z którym student o charakterystyce określonej zmiennymi obecnymi w modelu może zaliczać się do grona okazjonalnych użytkowników narkotyków. Student o największym prawdopodobieństwie znalezienia się

Tabela 5. Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg cech społeczno-demograficznych – model regresji logistycznej

Cechy społeczno-demograficzne	Iloraz szans	Poziom istotności
Płeć		
kobieta (kategoria referencyjna)		
mężczyzna	2,3	0,000
Wykształcenie matki/opiekunki		0,030
podstawowe lub zasad. zawodowe (kategoria referencyjna)		
średnie	1,4	0,083
wyższe	1,8	0,008
Wielkość miejscowości stałego zamieszkania		0,024
miasto pow. 200 tys. mieszkańców (kategoria referencyjna)		
miasto pow. 50 tys. do 200 tys. mieszkańców	1,6	0,010
miasto pow. 5 tys. do 50 tys. mieszkańców	1,1	0,483
wieś lub miasto do 5 tys. mieszkańców	1,0	0,832
Wielkość miejscowości, w której znajduje się uczelnia		
pow. 200 tys. mieszkańców (kategoria referencyjna)		
do 200 tys. mieszkańców	1,7	0,001
Dochody		0,006
do 200 zł (kategoria referencyjna)		
201-500 zł	1,6	0,029
501-1000 zł	1,8	0,004
1001 zł i więcej	2,2	0,001

w tej grupie to mężczyzna, którego matka ma wyższe wykształcenie, on zaś mieszka w mieście liczącym 50-200 tys. mieszkańców, studiuje w mieście liczącym do 200 tys. mieszkańców oraz charakteryzuje się dochodem przekraczającym 1000 zł miesięcznie. Jeśli spotkamy studenta o takiej charakterystyce, to możemy przyjąć z prawdopodobieństwem 0,62, że jest on okazjonalnym użytkownikiem narkotyków. Dla kontrastu jeśli pod uwagę weźmiemy studentkę, której matka ma wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe, i jednocześnie ta studentka mieszka oraz studiuje w mieście liczącym powyżej 200 tys. mieszkańców, a jej dochód nie przekracza 200 zł, to analogiczne prawdopodobieństwo będzie bliskie zeru (0,06). Dla mężczyzny o podanej wyżej charakterystyce prawdopodobieństwo znalezienia się wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków jest także niewielkie i wynosi 0,13.

Powody i okoliczności używania narkotyków

Kwestii powodów i okoliczności, w jakich studenci sięgają po narkotyki, poświęcono dwa pytania kwestionariusza. W pierwszym prosiliśmy badanych o wskazanie powodów używania środków psychoaktywnych (tabela 6).

Najczęściej wymienianymi powodami sięgnięcia po jakąś substancję była chęć uzyskania przyjemności – 83,1% badanych, którzy używali narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, oraz chęć osiągnięcia relaksu, wyluzowania, odprężenia – 77,4%.

Należy zwrócić uwagę, że studenci tylko w 6,6% stwierdzali, iż używają narkotyków, aby nie odstawać od grupy. Oznaczać to może, że trzeba z większą rezerwą traktować – często podejmowane przez osoby zajmujące się profilaktyką – zagadnienie nacisku grupowego jako czynnika roz-

Tabela 6. Powody używania środków odurzających w czasie ostatnich 12 miesięcy (odsetki wśród badanych, którzy używali środków odurzających w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem)

Dla przyjemności	83,1
Dla relaksu, wyluzowania, odprężenia	77,4
Aby przeżyć coś niezwykłego	34,0
Aby nie odstawać od grupy	6,6
Żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia	1,3
Aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi	6,6
Bo musiałem/am się czegoś nauczyć/szybko nauczyć	7,7
Żeby mieć więcej energii do zabawy	21,4
Chciałem/am zapomnieć o problemach	24,1
Żeby nie spać	4,6
Żeby mniej jeść	1,5
Nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów	18,4
Inne powody	13,3
Nie pamiętam powodów	13,9

Tabela 7. Powody używania środków odurzających w czasie ostatnich 12 miesięcy wg płci (odsetki wśród badanych, którzy używali środków odurzających w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem)

Powody	Mężczyźni	Kobiety
Dla przyjemności	81,2	85,8
Dla relaksu, wyluzowania, odprężenia	81,8	71,4
Aby przeżyć coś niezwykłego	34,2	34,0
Aby nie odstawać od grupy	7,0	6,0
Żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia	0,7	2,1
Aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi	6,3	7,2
Bo musiałem/am się czegoś nauczyć/szybko nauczyć	7,2	8,3
Żeby mieć więcej energii do zabawy	15,9	29,8
Chciałem/am zapomnieć o problemach	23,7	24,0
Żeby nie spać	5,7	3,0
Żeby mniej jeść	0,3	3,3
Nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów	22,5	12,7
Inne powody	16,2	9,9
Nie pamiętam powodów	13,2	15,2

przestrzeganie się zjawiska, przynajmniej w grupie studentów. Generalnie motywy społeczne, jak chęć zwrócenia na siebie uwagi otoczenia (1,3%) oraz dodawanie sobie odwagi w kontaktach z innymi (6,6%) pojawiają się stosunkowo rzadko w wyborach dokonywanych przez respondentów.

Wyniki zgromadzone w tabeli 6 pokazują, że potrzeba szybkiego nauczenia się czegoś

także należy do rzadszych powodów używania środków odurzających. Wymieniło go tylko 7,7% badanych, którzy używali jakichś środków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Gdyby odnieść tę proporcję do wszystkich studentów, to okazałoby się, że w nauce pomaga sobie niekiedy przy użyciu substancji tylko 1,6% wszystkich studentów.

Tabela 8. Okoliczności palenia marihuany w czasie ostatnich 12 miesięcy (odsetki wśród badanych, którzy używali marihuany w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem)

Podczas imprez domowych	71,6
Podczas imprez w akademiku	32,8
W barach/pubach	31,5
W klubach/dyskotekach/na koncertach	35,2
Gdy byłem/am sam/a w domu/akademiku	13,8
Na świeżym powietrzu (park, ulica)	57,4
W trakcie przybywania na uczelni	10,4

Tabela 9. Okoliczności palenia marihuany w czasie ostatnich 12 miesięcy wg płci (odsetki wśród badanych, którzy używali marihuany w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem)

Okoliczności	Mężczyźni	Kobiety
Podczas imprez domowych	68,2	77,0
Podczas imprez w akademiku	36,6	26,8
W barach/pubach	38,5	20,7
W klubach/dyskotekach/na koncertach	41,0	26,2
Gdy byłem/am sam/a w domu/akademiku	18,8	6,0
Na świeżym powietrzu (park, ulica)	66,1	43,6
W trakcie przybywania na uczelni	15,2	2,9

Powody używania substancji wskazywane przez badanych w niewielkim stopniu różnicuje płeć badanych (tabela 7). Większość powodów wskazywana była przez podobne odsetki mężczyzn i kobiet. Większe różnice odnotować trzeba w przypadku „chęci uzyskania większej energii do zabawy” wskazywanej częściej przez kobiety oraz „braku zajęcia, nudy” wymienianych częściej przez mężczyzn.

Najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją psychoaktywną są przetwory konopi, stąd potrzeba dokładniejszego przyjrzenia się okolicznościom, w jakich jest używana. Dane na ten temat zwiera tabela 8.

Marihuana lub haszysz używane są przede wszystkim w czasie imprez domowych nazywanych niegdyś prywatkami. W czasie takich imprez używało tych substancji 71,6% spośród badanych, których zaliczamy do okazjonalnych użytkowników przetworów konopi. Na drugim miejscu pod względem częstości jest używanie na świeżym powietrzu (ulica, park) – 57,4%. Używanie w trakcie przebywania na uczelni pojawiło się tylko w wypowiedziach 10,4% okazjonalnych użytkowników konopi, czyli dotyczyć może ok. 2% wszystkich studentów.

Okoliczności używania przetworów konopi różnicowane są przez płeć respondentów (tabela 9).

Mężczyźni częściej wymieniali niemal wszystkie okoliczności używania marihuany lub haszyszu. Kobiety częściej wskazywały jedynie na imprezy domowe jako okoliczność używania tych substancji.

Palenie marihuany lub haszyszu jest elementem życia towarzyskiego. Samotne palenie zdarza się bardzo rzadko. Spośród studentów, którzy używali przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, ci studenci, którzy robili to zazwyczaj sami, stanowili tylko 0,7%. Okazjonalni użytkownicy, którzy palili marihuanę czasem sami, a czasem w towarzystwie, stanowili dalsze 5,8%. Jeśli odejmiemy jeszcze badanych, którzy wybrali odpowiedź „trudno powiedzieć” – 1,2%, to o pozostałych 92,3% możemy powiedzieć, że palą marihuanę lub haszysz zazwyczaj w towarzystwie.

Dostępność substancji psychoaktywnych w ocenach studentów

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych badano pytając respondentów o to, jak trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była z jednego krańca przez odpowiedź „niemożliwe”, a z drugiego – „bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”.

Tabela 10. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi w odsetkach badanych na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji

Substancje	Nieemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Marihuana lub haszysz	4,8	4,1	7,9	28,7	38,7	15,7
Amfetamina	6,1	6,6	12,6	30,8	20,7	23,2
Ecstasy	7,9	6,8	13,6	25,7	14,5	31,5
LSD	8,9	9,3	15,3	21,7	10,9	33,9
Grzyby halucynogenne	9,2	10,8	16,4	16,8	9,1	37,7
Crack	11,4	13,9	16,0	9,5	5,2	44,0
Heroina	12,3	14,4	16,6	10,0	5,0	41,6
Polska heroina, tzw. kompot	13,4	13,4	14,5	10,3	5,1	43,3
Kokaina	12,5	13,7	14,8	10,9	6,7	41,6
Sterydy anaboliczne	9,7	8,5	11,1	20,5	13,9	36,3
Leki uspokajające lub nasenne	12,3	8,8	11,5	15,5	12,3	39,5

Ocenie badanych poddano dostępność leków uspokajających i nasennych oraz poszczególnych substancji nielegalnych.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o stopień łatwości zdobycia poszczególnych substancji zawiera tabela 10.

Studenci deklarują w znacznej części łatwy lub bardzo łatwy dostęp do substancji nielegalnych. Odsetki badanych, którzy uważają, że środki nielegalne są bardzo trudne bądź niemożliwe do zdobycia, wahają się od 8,9% w przypadku przetworów konopi indyjskich do 26,8% w przypadku polskiej heroiny. Analogiczne odsetki stwierdzających, że byłoby im dosyć łatwo lub bardzo łatwo dostać poszczególne substancje wahają się od 67,4% w przypadku konopi indyjskich do 14,7% w przypadku cracku.

Od dokonania oceny uchylało się,

w zależności od rodzaju ocenianej substancji, od 15,7% (marihuana i haszysz) do 43,3% (polska heroina) badanych. Stosunkowo najmniej przypadków uchylania się od oceny odnotowano w odniesieniu do substancji bardziej rozpowszechnionych na naszym rynku i częściej używanych przez studentów, np. marihuany bądź haszyszu. Najwięcej odpowiedzi „nie wiem“ pojawia się przy substancjach spotykanych bardzo rzadko, np. crack. Te relatywnie wysokie odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedź „nie wiem“, wskazują na znaczną frakcję osób do tego stopnia niezainteresowanych substancjami nielegalnymi, że nie potrafią nawet wyobrazić sobie skali trudności w zdobyciu tego typu środków.

Na tle ocen dostępności substancji nielegalnych dostępność leków uspokajających i nasennych jest oceniana na poziomie

zblizonym do substancji trudno dostępnym. Podobnie też kształtuje się wielkość frakcji studentów niepotrafiących dokonać oceny.

Rozkłady studenckich ocen dostępności narkotyków niewiele odbiegają od rozkładów ocen formułowanych w badaniu ESPAD w 2003 r. zrealizowanym wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Wprawdzie studenci w nieco większych odsetkach niż uczniowie uznają poszczególne substancje za bardzo łatwo dostępne, to jednak trzeba pamiętać, że studenci w większym odsetku niż uczniowie przebywają w miastach, gdzie dostępność zwykle bywa większa.

Oceny dostępności narkotyków dokonywane przez ogół badanych bazują nie tylko na własnych doświadczeniach w zdobywaniu środków, ale przede wszystkim stanowią refleks ogólnych przekonań kształtowanych w znacznej mierze przez media oraz potoczną wiedzę społeczną. Próba wydobycia ocen bardziej powiązanych z własnymi doświadczeniami jest analiza ocen dostępności w rozbiciu na osoby, które używały narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy, oraz osoby, które ich nie używały (*tabela 11*). Można założyć, że ci pierwsi powinni być lepiej zorientowani w możliwościach dotarcia do narkotyków, gdy chce się je zdobyć.

Dane z tabeli pokazują, że w przypadku narkotyków częściej używanych, takich jak amfetamina, ecstazy, LSD, grzyby halucynogenne, a szczególnie w przypadku przetworów konopi, odsetki badanych deklarujących łatwy bądź bardzo łatwy dostęp są znacznie wyższe w grupie używających narkotyków niż wśród pozostałych badanych. Warto zauważyć, że ponad 90% badanych, którzy używali narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, twierdzi, że ma co najmniej łatwy dostęp do przetworów konopi.

Większe rozpowszechnienie używania narkotyków wśród studentów z mniejszych miast (do 200 tys. mieszkańców) niż z miast większych (pow. 200 tys. mieszkańców)

stwierdzone zarówno w analizach dwuzmiennej (*tabela 4*), jak i wielozmiennej (*tabela 5*) skłoniło do sprawdzenia, jak oceniana jest dostępność narkotyków w tych dwóch kategoriach miast (*tabela 12*).

Dane zestawione w tabeli wskazują na brak różnic w ocenach dostępności poszczególnych substancji dokonywanych przez respondentów studiujących w dużych i mniejszych miastach. Wynik ten stoi w sprzeczności z ogólnym przekonaniem o większej dostępności narkotyków w wielkich miastach. Jego interpretacja może podążać w różnych kierunkach. Może być tak, że ta szczególna grupa, jaką są studenci, ma rzeczywiście jednakowy dostęp do narkotyków zarówno w dużych miastach, jak i mniejszych miejscowościach. Może być też tak, że niezależnie od rzeczywistych różnic w dostępności narkotyków, przekonania na ten temat kształtują się podobnie w obu kategoriach miast. Ta interpretacja oznaczałaby, że owe przekonania kształtują się przede wszystkim na podstawie informacji czerpanych z mediów.

Sprawdzeniu tej ostatniej tezy służy porównanie ocen dokonywanych przez badanych z dużych i mniejszych miast, osobno wśród użytkowników narkotyków i badanych, którzy po narkotyki nie sięgają (*tabela 13*). Można przypuszczać, że oceny dokonywane przez użytkowników narkotyków, którzy są lepiej zorientowani w lokalnych możliwościach zdobycia substancji, dostarczą bardziej wiarygodnych informacji o zróżnicowaniu dostępności ze względu na wielkość miasta.

Dane zawarte w tabeli przekonują, że zarówno w grupie użytkowników narkotyków, jak i wśród pozostałych studentów odsetki deklarujących co najmniej łatwy dostęp do poszczególnych substancji nie są zróżnicowane ze względu na wielkość miasta, w którym ulokowana jest uczelnia. Jeśli oceny użytkowników narkotyków uznać można za bardziej wiarygodne, to trzeba zgodzić się z tezą, że w przypadku studentów

Tabela 11. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako dużej wśród respondentów, którzy używali narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy i pozostałych – odsetki badanych, którzy na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji wybrali odpowiedzi „łatwe“ lub „bardzo łatwe“

Substancje	Nie używający narkotyków	Używający narkotyków
Marihuana lub haszysz	60,6	91,9
Amfetamina	47,3	66,5
Ecstasy	35,1	58,5
LSD	29,7	42,9
Grzyby halucynogenne	23,6	34,2
Crack	14,3	16,2
Heroina	15,4	13,9
Polska heroina, tzw. kompot	16,0	13,2
Kokaina	16,9	19,6
Sterydy anaboliczne	33,7	36,9
Leki uspokajające lub nasenne	27,5	29,0

Tabela 12. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako dużej wśród respondentów, którzy studiuje w dużych miastach (pow. 200 tys. mieszkańców) i mniejszych miastach (do 200 tys. mieszkańców) – odsetki badanych, którzy na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji wybrali odpowiedzi „łatwe“ lub „bardzo łatwe“

Substancje	Miasta powyżej 200 tys. mieszkańców	Miasta do 200 tys. mieszkańców
Marihuana lub haszysz	67,3	68,0
Amfetamina	51,4	52,1
Ecstasy	40,2	40,3
LSD	32,8	31,7
Grzyby halucynogenne	25,5	27,7
Crack	15,5	11,2
Heroina	15,6	12,6
Polska heroina, tzw. kompot	15,5	15,1
Kokaina	18,3	14,0
Sterydy anaboliczne	34,2	35,2
Leki uspokajające lub nasenne	28,2	26,2

dostępność narkotyków w miastach liczących powyżej 200 tys. mieszkańców jest podobna jak w miastach mniejszych.

Inną miarą dostępności narkotyków zastosowaną w badaniu było pytanie o czas potrzebny do ich zdobycia. Dane na ten temat zawarto w tabeli 14.

Dane zawarte w tabeli pokazują, że większość badanych jest w stanie zdobyć marihuanę lub haszysz w czasie nie dłuższym niż jeden dzień. Dla 37,2% badanych wystarczyłoby nie więcej niż kilka

godzin. Na zdobycie innych środków potrzeba zwykle więcej czasu. Na przykład amfetaminę, drugą co do dostępności substancję zdobyłoby w czasie nie dłuższym niż jeden dzień tylko 36,3% badanych, a w czasie nieprzekraczającym kilku godzin tylko 23,7% badanych. W przypadku pozostałych substancji ponad połowa badanych nie potrafiła określić czasu potrzebnego do ich zdobycia lub uznała, że dotarcie do nich byłoby w ogóle niemożliwe.

Kolejną miarą dostępności substancji

Tabela 13. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako dużej wśród respondentów, którzy studiują w dużych miastach (pow. 200 tys. mieszkańców) i mniejszych miastach (do 200 tys. mieszkańców), oraz w podziale na wielkość miasta, w którym usytuowana jest uczelnia – odsetki badanych, którzy na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji wybrali odpowiedzi „łatwe“ lub „bardzo łatwe“

Substancje	Nie używający narkotyków		Używający narkotyków	
	Miasta pow. 200 tys. mieszkańców	Miasta do 200 tys. mieszkańców	Miasta pow. 200 tys. mieszkańców	Miasta do 200 tys. mieszkańców
Marihuana lub haszysz	60,9	59,0	91,8	92,1
Amfetamina	47,2	48,3	67,5	63,2
Ecstasy	35,3	34,3	59,1	56,6
LSD	30,0	28,9	43,9	39,5
Grzyby halucynogenne	23,2	25,6	34,6	32,9
Crack	14,9	11,4	18,1	10,5
Heroina	15,6	14,3	15,8	7,9
Polska heroina, tzw. kompot	15,7	17,7	14,6	9,2
Kokaina	17,5	13,9	21,3	14,5
Sterydy anaboliczne	33,4	35,3	37,4	33,5
Leki uspokajające lub nasenne	27,5	27,5	31,0	23,3

Tabela 14. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi na pytanie, ile czasu potrzeba na zdobycie poszczególnych substancji

Substancje	Jedną godzinę lub mniej	Kilka godzin	Jeden dzień	Kilka dni	Tydzień lub więcej	W ogóle niedostępne	Nie wiem
Marihuana lub haszysz	16,4	20,8	15,2	14,2	3,7	2,2	27,5
Amfetamina	8,6	15,1	12,6	15,1	4,7	3,8	40,2
Ecstasy	5,4	12,0	9,3	13,8	4,5	4,8	50,2
LSD	3,9	9,6	9,1	12,7	5,8	5,6	53,3
Grzyby halucynogenne	2,3	6,1	6,8	13,1	6,5	6,2	59,0
Crack	1,4	4,1	4,8	9,2	7,2	7,8	65,4
Heroina	1,3	3,6	5,0	10,2	7,5	8,0	64,4
Polska heroina, tzw. kompot	1,6	3,5	4,7	10,3	5,8	8,5	65,5
Kokaina	2,0	3,8	5,7	10,2	7,4	7,5	63,4
Sterydy anaboliczne	3,7	6,8	6,7	12,4	6,1	6,1	58,2
Leki uspokajające lub nasenne	4,2	6,0	6,1	10,5	5,6	6,1	61,4

była ekspozycja na propozycje uzyskania substancji (tabela 15).

Studenci najczęściej spotykają się z ofertami dotyczącymi trzech najbardziej rozpowszechnionych substancji nielegalnych, tj. przetworów konopi (41,5%), amfetaminy (16,0%) oraz ecstasy (9,9%). Propozycje dotyczące pozostałych substancji pojawiały się w przypadku nie więcej niż 5% badanych. Warto zauważyć, że odsetki badanych, którzy otrzymywali propozycje w czasie ostatnich 12 miesięcy, są znacznie wyższe od odsetków badanych, którzy w tym czasie chociaż raz używali substancji. W przypadku przetworów konopi odsetek badanych, którzy spotkali się z propozycją jest dwukrotnie większy niż odsetek tych, którzy używali. W przypadku amfetaminy i ecstasy

analogiczne odsetki są nawet cztery razy większe. Przytoczone relacje oznaczają, że przynajmniej połowa badanych, którym oferowano konopie, nie skorzystała z tej oferty. Podobnie postąpiła większość tych, którym oferowano amfetaminę lub ecstasy.

Dane o proponowaniu środków odurzających potwierdzają tezę o podobnej dostępności poszczególnych substancji dla studentów w dużych i mniejszych miastach (tabela 16).

W przypadku żadnej substancji osoby studiujące w miastach liczących powyżej 200 tys. mieszkańców nie otrzymywali propozycji w istotnie większym odsetku niż studenci z mniejszych miast. Można zatem przyjąć, że problem narkotyków nie jest już zjawiskiem typowym tylko dla dużych miast,

Tabela 15. Ekspozycja na propozycje dotyczące poszczególnych substancji – respondenci, którym proponowano poszczególne substancje w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (odsetki badanych)

Substancje wziewne	1,2
Marihuana lub haszysz	41,5
Amfetamina	16,0
Ecstasy	9,9
LSD	4,8
Grzyby halucynogenne	3,5
Crack	1,0
Heroina	0,9
Polska heroina, tzw. kompot	0,9
Kokaina	2,6
Sterydy anaboliczne	3,6
Leki uspokajające lub nasenne	2,7

przynajmniej jeśli chodzi o studentów.

Respondentów pytano także o ich rolę w rozprzestrzenianiu się zjawiska używania narkotyków. Badani w 19,7% potwierdzili, że w czasie ostatnich 12 miesięcy skontaktowali kogoś z osobą, która miała dostęp do środków odurzających. Do częstowania kogoś środkami odurzającymi przyznało się 5,4% badanych, a do sprzedawania środków 0,9%. Przytoczone tu dane należy traktować jako dolną granicę oszacowań; studentów, którzy odgrywają aktywną rolę w dystrybucji narkotyków jest pewnie więcej. Trzeba pamiętać, że pytania o częstowanie kogoś narkotykami lub ich sprzedaż to w gruncie rzeczy pytania o popełnienie przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności. Można założyć, że przynajmniej część osób dopuszczających się takich czynów będzie się obawiała przyznać do tego nawet w anonimowej ankiecie.

Podsumowanie

Wyniki badania ankietowego zrealizowanego na reprezentatywnej próbie studentów całego kraju wykazały znaczne rozpowszechnienie używania substancji legalnych i nielegalnych w tej grupie. Rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych jest jednak niższe niż wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. Szczególnie duża różnica występuje w przypadku wskaźników aktualnego – okazjonalnego i częstego używania substancji nielegalnych, zwłaszcza amfetaminy.

Tabela 16. Ekspozycja na propozycje dotyczące poszczególnych substancji wśród respondentów, którzy studiują w dużych miastach (pow. 200 tys. mieszkańców) i mniejszych miastach (do 200 tys. mieszkańców) – odsetki badanych, którym proponowano poszczególne substancje w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

	Miasta pow. 200 tys. mieszkańców	Miasta do 200 tys. mieszkańców
Marihuana lub haszysz	41,1	43,4
Amfetamina	15,5	17,9
Ecstasy	9,7	10,8
LSD	4,5	5,9
Grzyby halucynogenne	3,2	4,8
Crack	1,0	0,7
Heroina	0,9	0,6
Polska heroina, tzw. kompot	0,7	1,5
Kokaina	2,8	1,8
Sterydy anaboliczne	3,4	4,7
Leki uspokajające lub nasenne	2,4	4,0

Najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną wśród młodzieży studenckiej są przetwory konopi, podobnie jak wśród młodzieży szkolnej i w całej populacji dorosłych mieszkańców naszego kraju. Widoczne jest również zjawisko używania amfetaminy i ecstasy.

Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Okazjonalne używanie pojawia się też częściej wśród młodzieży studiującej w mniejszych miastach (do 200 tys. mieszkańców) oraz zamieszkałej na stałe w miastach średniej wielkości (50-200 tys. mieszkańców). Używaniu okazjonalnemu sprzyja też wyższe wykształcenie matki.

Używanie substancji nielegalnych następuje przede wszystkim w kontekście spędzania czasu wolnego i zabawy. Wspomaganie procesu nauki tymi substancjami występuje sporadycznie.

Młodzież studencka nieco wyżej ocenia dostępność substancji nielegalnych niż młodzież szkół ponadgimnazjalnych, co zapewne jest efektem przebywania studentów w zasadzie tylko w miastach. Oceny dostępności dokonywane przez studentów są podobne w miastach dużych (pow. 200 tys. mieszkańców) i miastach mniejszych. Studenci sięgający niekiedy po narkotyki oceniają dostępność substancji używanych w tym środowisku znacznie wyżej niż studenci, którzy narkotyków nie używają. Ponad 90% badanych, którzy używali narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, twierdzi, że ma co najmniej łatwy dostęp do przetworów konopi.

Wnioski i rekomendacje

Wyniki badania skłaniają do sformułowania kilku wniosków, a w ślad za nimi kilku rekomendacji.

Młodzież studencka w naszym kraju,

wedle wyników badania, jawi się jako zagrożona przez nielegalne substancje psychoaktywne. Większość wskaźników dotyczących używania substancji nielegalnych jest dość wysoka, chociaż niższa niż w przypadku młodzieży szkolnej. Młodzież studencka powinna zatem zostać objęta działaniami profilaktycznymi, chociaż to profilaktyka wśród młodzieży szkolnej powinna stanowić priorytet.

Zwiększone rozpowszechnienie okazjonalnego używania narkotyków wśród młodzieży z uczelni usytuowanych w mniejszych ośrodkach miejskich i zamieszkałej w miastach średniej wielkości wskazuje kierunki koncentracji działań profilaktycznych. Także zwiększone ryzyko sięgania po narkotyki przez młodzież lepiej sytuowaną, z rodzin osób z wyższym wykształceniem sugeruje, że te środowiska powinny być w pierwszym rzędzie adresatami działań profilaktycznych.

Wyniki badania wskazują na towarzyszący używaniu narkotyków kontekst stylu spędzania czasu wolnego i zabawy. Na tej sferze należałoby zatem skoncentrować wysiłek profilaktyczny.

Wydaje się, że znaczne rozpowszechnienie używania substancji, a szczególnie rozmiary zjawiska używania przetworów konopi, jest efektem głębokiej zmiany obyczajowej, której zabiegi profilaktyczne podejmowane na etapie szkoły nie były w stanie przeciwstawić się skutecznie. Dla odwrócenia obecnego trendu, jeśli to jest w ogóle możliwe, potrzebna jest nie tylko mobilizacja całego społeczeństwa oparta na pełnym konsensusie co do celu, jaki chcemy osiągnąć, ale też i pomysły nowego podejścia do redukcji popytu na substancje wśród młodzieży, zarówno szkolnej, jak i studenckiej.

Janusz Sierosławski

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

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

Polska młodzież na tle Europy w 2003 r.

Wprowadzenie

Problemy alkoholu i narkotyków dotyczą młodzież wszystkich krajów naszego kontynentu, chociaż nie w jednakowym stopniu. Poszczególne kraje różnią się między sobą nasileniem i charakterem zjawiska. Na różnice w rozpowszechnieniu i wzorach używania substancji wynikające z tradycyjnych różnicowań kulturowych nakładają się odmienności mające swe źródło w przemianach ostatnich lat.

We wszystkich krajach podejmowane są próby przeciwdziałania, a przynajmniej kontrolowania tego problemu. Podstawą tych działań coraz częściej staje się rozeznanie zjawiska i jego dynamiki budowane na podstawie wyników powtarzalnych badań. Najwięcej informacji praktycznie użytecznych przynoszą badania międzynarodowe. Zaprojektowanie badań w sposób zapewniający porównywalność wyników uzyskanych w różnych krajach pozwala wykryć znacznie więcej ogólnych prawidłowości, a także odnaleźć cechy specyficzne każdego z nich. Dzięki temu sformułować można więcej wniosków i rekomendacji użytecznych praktycznie, już to do kształtowania polityki wobec substancji, już to do projektowania konkretnych oddziaływań profilaktycznych.

Przykładem takich międzynarodowych badań jest Europejskie Badanie w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Narkotyków (European School Survey Project on Alcohol and Drugs – ESPAD), które obrazuje używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną na naszym kontynencie.

Badanie to zostało przeprowadzone już trzykrotnie – w 1995 r., 1999 r. i 2003 r.

Dane zostały zebrane jednocześnie w 26 krajach europejskich w 1995 r., w 30 krajach w 1999 r. oraz w 35 krajach w 2003 r. Populacją poddaną badaniu w 1995 r. byli uczniowie urodzeni w 1979 r., w 1999 r. uczniowie urodzeni w 1983 r., a w 2003 r. uczniowie urodzeni w 1987 r. Oznacza to, że w momencie realizacji badania mieli oni 15-16 lat.

Kraje, które brały udział w programie w 2003 r. to: Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Grenlandia, Holandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Rosja (Moskwa), Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Turcja, Ukraina, Węgry, Wielka Brytania, Włochy, Wyspa Man i Wyspy Owcze. W 2003 r. w każdym z krajów badanie zrealizowano na ogólnokrajowej próbie reprezentatywnej, z wyjątkiem Rosji, Niemiec i Turcji. W Rosji badanie ograniczyło się tylko do Moskwy, w Niemczech badaniem objęto jedynie próby z 6 na 16 istniejących landów (Bawaria, Brandenburgia, Berlin, Hesja, Meklemburgia-Zachodnia Pomerania i Turyngia), zaś w Turcji – z sześciu miast (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istambuł, Izmir i Samsun). Dane z tych krajów z oczywistych powodów są znacznie gorzej porównywalne z danymi z pozostałych krajów uczestniczących w badaniu.

We wszystkich trzech badaniach uczestniczyło 21 krajów.

Program został zainicjowany i był koordynowany przez Szwedzką Radę do Spraw Informacji o Alkoholu i Innych Narkotykach (CAN) przy współpracy z Grupą Pompidou (Rada Europy). Badania ESPAD zostały przeprowadzone według wspólnej, wystandaryzowanej metodologii. We wszystkich

krajach starano się ujednoczyć warunki badania. Zastosowano taki sam kwestionariusz. Poprzez podwójne tłumaczenia z angielskiego, w jakim opracowano kwestionariusz na język ojczysty, a następnie z języka ojczystego na angielski i porównanie z oryginałem starano się zminimalizować zniekształcenia wynikające z przekładu. Badania prowadzono w tym samym czasie, według takiego samego protokołu. W szczególności zadbano o wystandaryzowanie badanej populacji oraz sposobu doboru prób badawczych. Wszystkie te zabiegi miały na celu dostarczenie danych, które byłyby w jak największym możliwym do osiągnięcia stopniu porównywalne między wszystkimi krajami uczestniczącymi w programie i pomiędzy badaniami realizowanymi w poszczególnych latach.

Planowanie badań i zbieranie danych zostało przeprowadzone w ścisłej współpracy badaczy z poszczególnych krajów. Każdy z nich był odpowiedzialny za zdobycie funduszy, a także za zebranie danych i ich przetworzenie. W Polsce badanie w 2003 r. zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

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

jednak większość oscylowała wokół zalecanego poziomu 2400 uczniów lub nawet go przekraczała.

Wszystkie kraje złożyły raporty przygotowane według standardowego formatu. Stały się one podstawą do opracowania międzynarodowego raportu, na którym opiera się niniejszy artykuł. Jego przedmiotem są międzynarodowe porównania wyników badania z 2003 r. Porównanie zmian, jakie dokonały się w latach 1995, 1999 i 2003, będzie przedmiotem następnego artykułu. Porównanie to będzie obejmować dane z 21 krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech badaniach.

Wyniki

Po tych uwagach metodologicznych zobaczymy, jak polska młodzież sytuuje się na tle młodzieży z innych krajów naszego kontynentu pod względem używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń.

Prezentację porównań zaczniemy od danych dotyczących doświadczeń z tymi substancjami zebranych przez badanych w ciągu całego ich życia. Pierwszym analizowanym wskaźnikiem będzie odsetek osób, które w swoim dotychczasowym życiu użyły co najmniej jeden raz jakiegokolwiek substancji nielegalnej (*wykres 1*). Pod względem rozpowszechnienia tak zdefiniowanego używania substancji polscy uczniowie lokują się na dwudziestym pierwszym miejscu (19%) wśród 35 krajów uwzględnionych w analizach. Pierwsze miejsce zajmują Czechy (44%), drugie Szwajcaria (41%), a trzecie Irlandia oraz Wyspa Man (po 40%). Najniższe rozpowszechnienie obserwuje się w Rumunii (3%), Turcji oraz na Cyprze (po 5%).

Jeśli pozostaniemy przy substancjach nielegalnych, najbardziej popularne wśród młodzieży szkolnej, praktycznie we wszystkich krajach, są przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz (*wykres 2*). Odsetki młodych ludzi, którzy sięgnęli chociaż raz

po te substancje niewiele odbiegają od cytowanych już odsetków uczniów używających jakichkolwiek środków nielegalnych. Podobnie też układa się zróżnicowanie między krajami. Pod tym względem polska młodzież niewiele odbiega od młodzieży z innych krajów. Rozpowszechnienie doświadczeń z konopiami (18%) lokuje nasz kraj w środkowej strefie rankingu, na dwudziestym pierwszym miejscu. Najwyższe rozpowszechnienie notuje się w Czechach (44%), Szwajcarii (40%), a także w Irlandii oraz na Wyspie Man (po 39%), najniższe – na Cyprze (3%).

Pierwsze próby z narkotykami należy traktować jako poważny sygnał ostrzegawczy, nie są one jednak tożsame z narkomanią. Dopiero powtarzane mogą doprowadzić do powstania problemu. Większość młodych ludzi, którzy mają za sobą pierwsze doświadczenia z substancjami nielegalnymi, na nich poprzestaje, tylko pewna część kontynuuje używanie narkotyków wchodząc do grupy tzw. aktualnych rekreacyjnych użytkowników. Proporcje młodych ludzi, którzy nie rezygnują z narkotyków, przedstawiają się różnie w różnych krajach. Możemy zobaczyć to na przykładzie używania najbardziej rozpowszechnionej substancji nielegalnej, tj. marihuany, w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (*wykres 3*). Polska młodzież pod względem tego wskaźnika lokuje się na piętnastym miejscu wraz z Bułgarią, Chorwacją, Danią i Portugalią wśród krajów, które zrealizowały badanie w 2003 r. Te cztery kraje, podobnie jak Polska, uzyskały wynik 8%. Najwyższą wartość wskaźnika odnotować trzeba we Francji (22%), na Wyspie Man (21%) oraz w Szwajcarii i w Wielkiej Brytanii (po 20%). Najniższe rozpowszechnienie występuje w Rumunii, Szwecji i na Wyspach Owczych – 1% lub poniżej.

Zobaczmy teraz, jak przedstawia się używanie środków nielegalnych innych niż marihuana lub haszysz. Substancje nielegalne inne niż przetwory konopi to szeroki

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

W zdecydowanej większości krajów europejskich doświadczenia z substancjami innymi niż przetwory konopi są, generalnie rzecz biorąc, stosunkowo mało rozpowszechnione (*wykres 4*). Polska w 2003 r. z wynikiem 7% znalazła się na dwunastym miejscu wraz z Francją, Litwą i Portugalią. Najwyższe wyniki notuje się w Czechach (12%) oraz Estonii, Niemczech i na Wyspie Man (po 10%). Najniższy odsetek używających substancji nielegalnych innych niż konopie występuje na Ukrainie i na Wyspach Owczych (2%).

W Polsce drugą pod względem rozpowszechniania używania substancją nielegalną jest amfetamina. W 2003 r. potwierdziło jej użycie chociaż raz w życiu 5% badanych, co sytuuje nasz kraj na drugim miejscu wśród 35 krajów uczestniczących w badaniu (*wykres 5*). Taki sam wynik 5% pojawił się także w Niemczech, Islandii oraz na Litwie. Najwyższe rozpowszechnienie odnotowano w Estonii – 7%. Najrzadziej zjawisko to występuje w Grecji, Rumunii i na Grenlandii – poniżej 1%. Niskie rozpowszechnienie tej substancji powoduje, że zróżnicowanie między krajami nie jest znaczne.

Inaczej jest w przypadku leków uspokajających i nasennych, jednej z substancji legalnych, używanie której także poddano badaniu. Rozpowszechnienie używania tych leków bez przepisu lekarza jest silnie zróżnicowane. Polska młodzież znalazła się

na pierwszym miejscu pod tym względem z wynikiem 17% (*wykres 6*). Na drugim miejscu znalazła się Litwa (14%), a na następnych Francja (13%) oraz Czechy (11%). Kraje o najniższych wskaźnikach to Austria, Bułgaria, Niemcy, Irlandia, Ukraina i Wielka Brytania – wszystkie po 2%.

Analizując wskaźniki rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych warto zauważyć, że uczniowie z Holandii, kraju, który słynie z liberalnej polityki wobec narkotyków, nie sytuują się na pierwszych miejscach. W zakresie używania jakiegokolwiek substancji nielegalnej kiedykolwiek w życiu znajdują się na dziewiątym miejscu, w zakresie doświadczeń z przetworami konopi – na ósmym miejscu, jakiegokolwiek narkotyku innego niż marihuana lub haszysz – na czternastym miejscu, amfetaminy – nawet na dwudziestym trzecim miejscu. Co do używania przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem holenderska młodzież lokuje się na dziesiątej pozycji.

Jednym z czynników sprzyjających używaniu substancji jest ich dostępność. W badaniu ESPAD zastosowano dwa wskaźniki dostępności. Pierwszym były oceny dostępności dokonywane przez badanych. Respondenci proszeni byli o oszacowanie, jak trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z substancji psychoaktywnych, gdyby tego chcieli. Pięciostopniowa skala odpowiedzi wyznaczona była przez dwie skrajne wartości: „niemożliwe“ oraz „bardzo łatwe“. Pozostawiono też sposobność odpowiedzi „nie wiem“. Ocenie badanych poddano dostępność napojów alkoholowych, leków uspokajających i nasennych, substancji wziewnych oraz poszczególnych środków nielegalnych. Zobaczmy jak polska młodzież ocenia możliwość dostępu do przetworów konopi i do amfetaminy w porównaniu z rówieśnikami z innych krajów. Na *wykresie 7* zestawiono odsetki badanych, którzy zadeklarowali co najmniej łatwy dostęp do przetworów konopi, oraz odsetki tych,

którzy postąpili podobnie oceniając swój dostęp do amfetaminy.

Pod względem oceny dostępności marihuany i haszyszu polska młodzież lokuje się na szesnastym miejscu wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu. Uczniowie z naszego kraju w 37% zadeklarowali co najmniej łatwy dostęp do tych substancji. Na pierwszym miejscu co do dostępności przetworów konopi znaleźli się uczniowie z Wysp Owczych (83%), a następnie z Irlandii (60%), Czech i Wielkiej Brytanii (po 58%). Ponad połowa badanych uznała dostęp do konopi jako łatwy bądź bardzo łatwy jeszcze w czterech kolejnych krajach – na Wyspie Man, w Słowenii, Danii i Szwajcarii. Najniższe odsetki młodzieży z co najmniej łatwym dostępem do tych substancji odnotowano w Turcji (7%), w Rumunii (10%), na Cyprze (12%) i na Ukrainie (13%).

We wszystkich krajach dostępność amfetaminy jest oceniana znacznie niżej niż dostępność konopi. Jednak polska młodzież pod tym względem ułożyła się na pierwszym miejscu – 27% uczniów z naszego kraju zadeklarowało łatwy lub bardzo łatwy dostęp do tej substancji. Na drugim miejscu znalazła się Dania (23%) a na trzecim Chorwacja (22%). Najniżej dostępność amfetaminy oceniana jest w na Ukrainie i Grenlandii (po 4%) oraz na Wyspach Owczych i w Turcji (po 5%).

Warto zauważyć, że uczniowie z Holandii wcale nie znaleźli się na pierwszych miejscach, jeśli chodzi o oceny dostępności marihuany i haszyszu, jak można by się spodziewać sądząc po liberalnej polityce wobec przetworów konopi realizowanej w tym kraju. Młodzież holenderska w 42% ocenia swój dostęp do konopi jako łatwy bądź bardzo łatwy, co lokuje ją na czternastym miejscu wśród krajów uczestniczących w programie. Pod względem dostępu do amfetaminy młodzi Holendrzy zajmują dwudzieste szóste miejsce wraz z młodzieżą z Grecji i Rosji z wynikiem 8%.

Drugim wskaźnikiem dostępności było

pytanie o znajomość miejsca, gdzie można łatwo kupić marihuanę lub haszysz. Badani proszeni byli o wskazanie wszystkich takich miejsc korzystając z kafeterii gotowych odpowiedzi. Na *wykresie 8* zestawiono odsetki respondentów, którzy wskazali szkołę jako miejsce, gdzie łatwo kupić przetwory konopi oraz odsetki tych, którzy wskazywali jakieś inne miejsce.

Najwyższe odsetki uczniów wybierających szkołę jako miejsce, gdzie łatwo zdobyć marihuanę lub haszysz stwierdzono we Włoszech (43%), Czechach (36%), Belgii (34%) oraz Francji (33%), najniższe na Wyspach Owczych, Grenlandii, Ukrainie oraz w Turcji (po 3%). Polska młodzież zajmuje pod tym względem dziesiąte miejsce (23%).

We wszystkich krajach przetwory konopi są zdaniem młodzieży łatwo dostępne raczej w innych miejscach niż w szkole. Odsetki wskazujących na szkołę jako miejsce, gdzie łatwo kupić marihuanę lub haszysz są w każdym z krajów niższe niż odsetki wskazujących na inne miejsca. Jednak proporcje między nimi są w poszczególnych krajach silnie zróżnicowane. Na przykład młodzież włoska w 43% wskazywała na szkołę i w 72% na inne miejsca (stosunek jak 1 do 1,7), podczas gdy uczniowie z Wysp Owczych tylko w 3% wybierali szkołę i w 58% inne miejsca (stosunek jak 1 do 19,3). Wyniki uzyskane w Polsce sytuują nasz kraj wśród tych krajów, gdzie przewaga łatwego dostępu do konopi w innych miejscach niż w szkole jest szczególnie wyraźna – 23% w szkole, 53% w innych miejscach (stosunek jak 1 do 2,3).

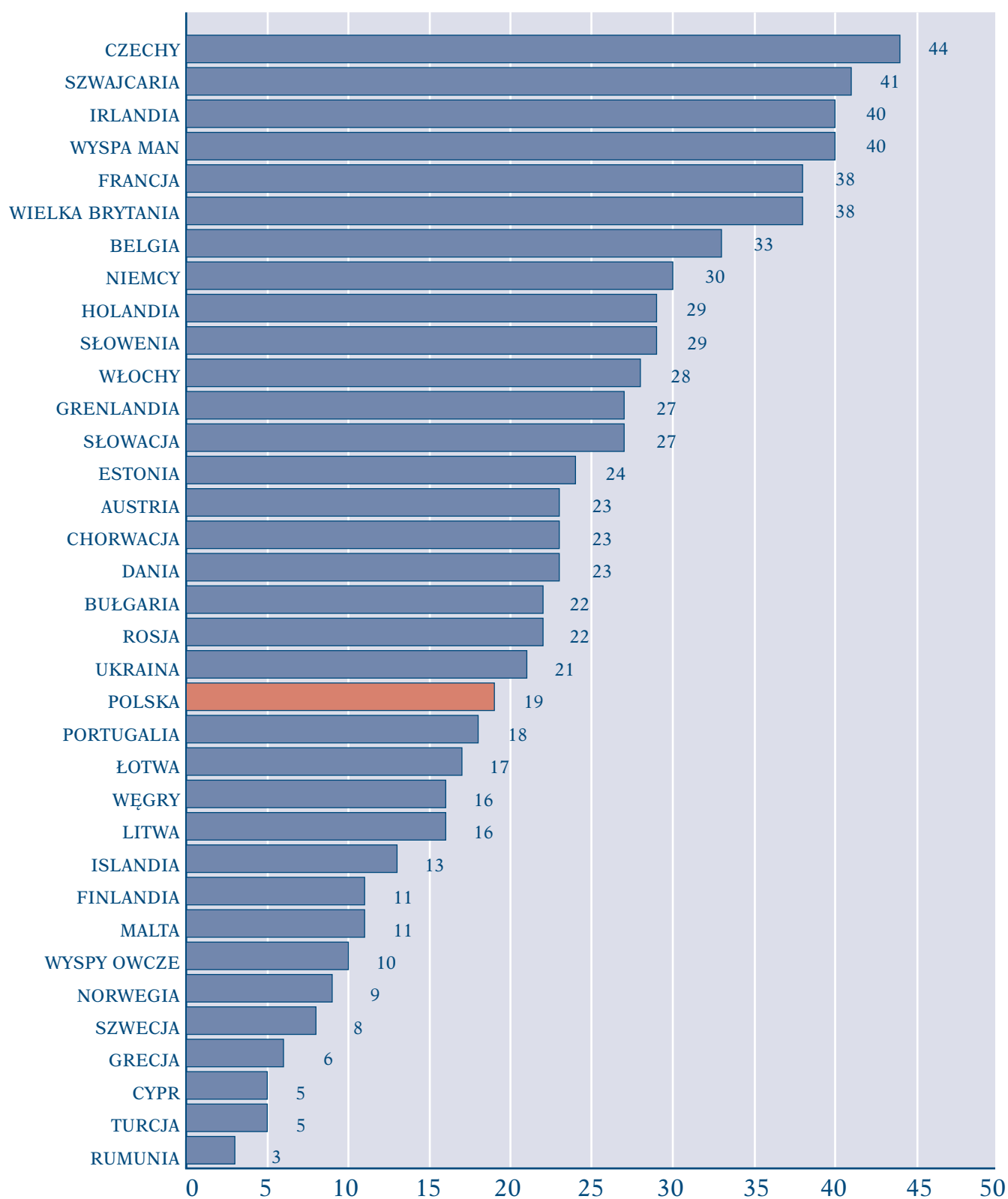
Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak nielegalnych, takich jak narkotyki niesie za sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych.

W zasadzie uświadomienie sobie ryzyka skłaniać powinno do zaniechania lub przynajmniej ograniczania konsumpcji, chociaż trzeba pamiętać, że dla części młodzieży ryzyko może zwiększać atrakcyjność zachowania z nim związanego.

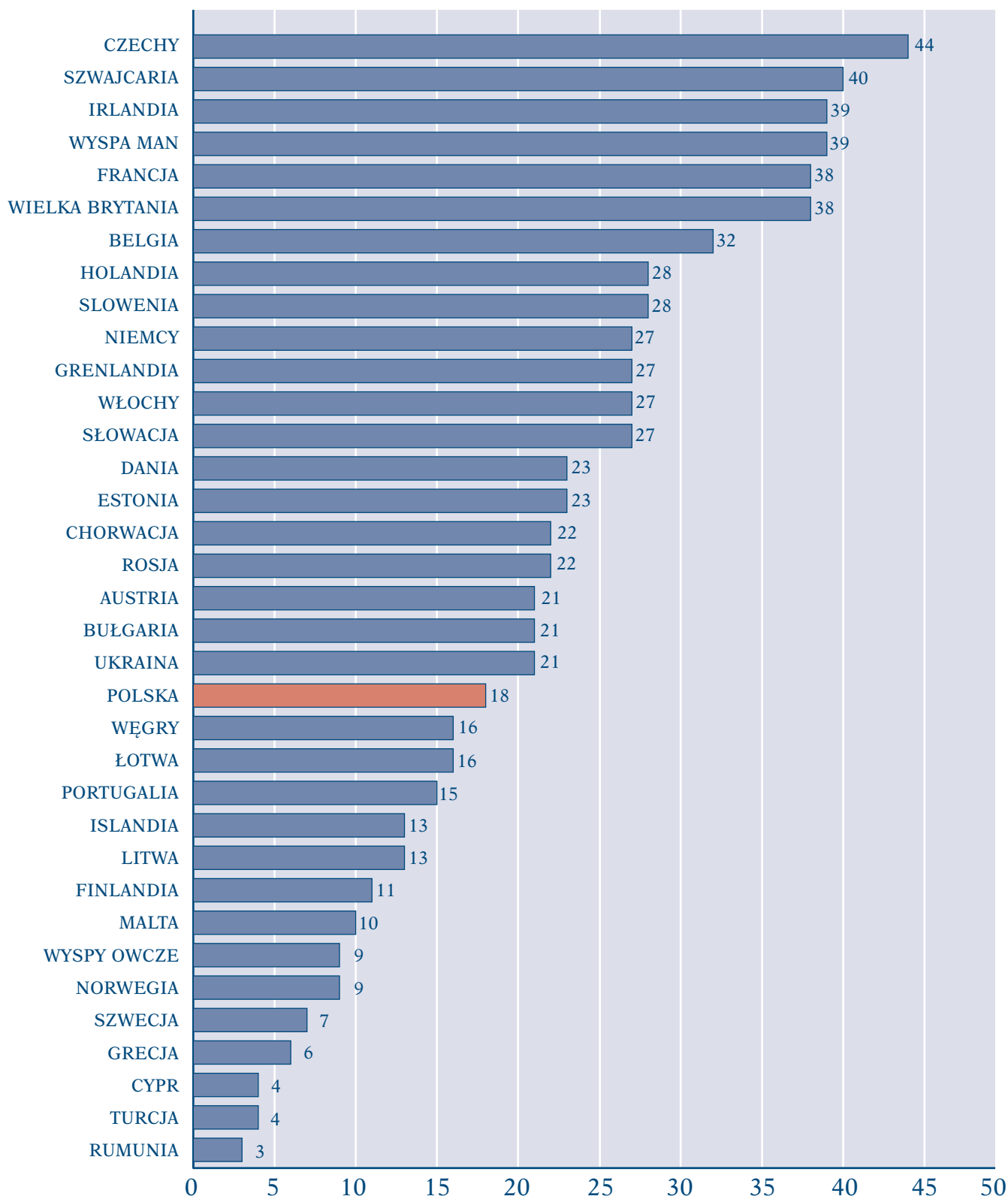
Przedstawiliśmy badanym listę środków legalnych i nielegalnych i poprosiliśmy, aby na czterostopniowej skali od „nie ma ryzyka“ do „duże ryzyko“ ocenili ryzyko zaszkodzenia sobie w wyniku używania każdego z nich. W przypadku większości substancji pytano osobno o ryzyko związane z podejmowaniem prób oraz ryzyko wynikające z regularnego używania. Tylko przy napojach alkoholowych, traktowanych zresztą łącznie, oraz przy konopiach wprowadzono trzy poziomy nasilenia używania. W odniesieniu do przetworów konopi trzy poziomy używania odpowiadają eksperymentowaniu, używaniu okazjonalnemu i używaniu regularnemu. Na *wykresie 9* zestawiono odsetki uczniów z poszczególnych krajów, którzy uznali próbowanie konopi za bardzo ryzykowne oraz tych, którzy wiążą duże ryzyko z regularnym używaniem konopi.

Polska znajduje się w grupie krajów, w których młodzież w bardzo wysokich odsetkach jest przekonana o ryzyku związanym z używaniem konopi, zarówno na poziomie pojedynczych prób, jak regularnego używania. Pod względem tego pierwszego wskaźnika polscy uczniowie wraz z uczniami z Grecji znajdują się na czwartym miejscu (48%), pod względem drugiego wskaźnika wraz z uczniami z Finlandii lokują się na szóstym miejscu (81%). Pierwsze miejsca zajmuje młodzież z Cypru, Litwy i Rumunii. Najniższym poziomem przekonania o ryzyku związanym z używaniem konopi charakteryzuje się młodzież z Wyspy Man, Holandii oraz Wielkiej Brytanii.

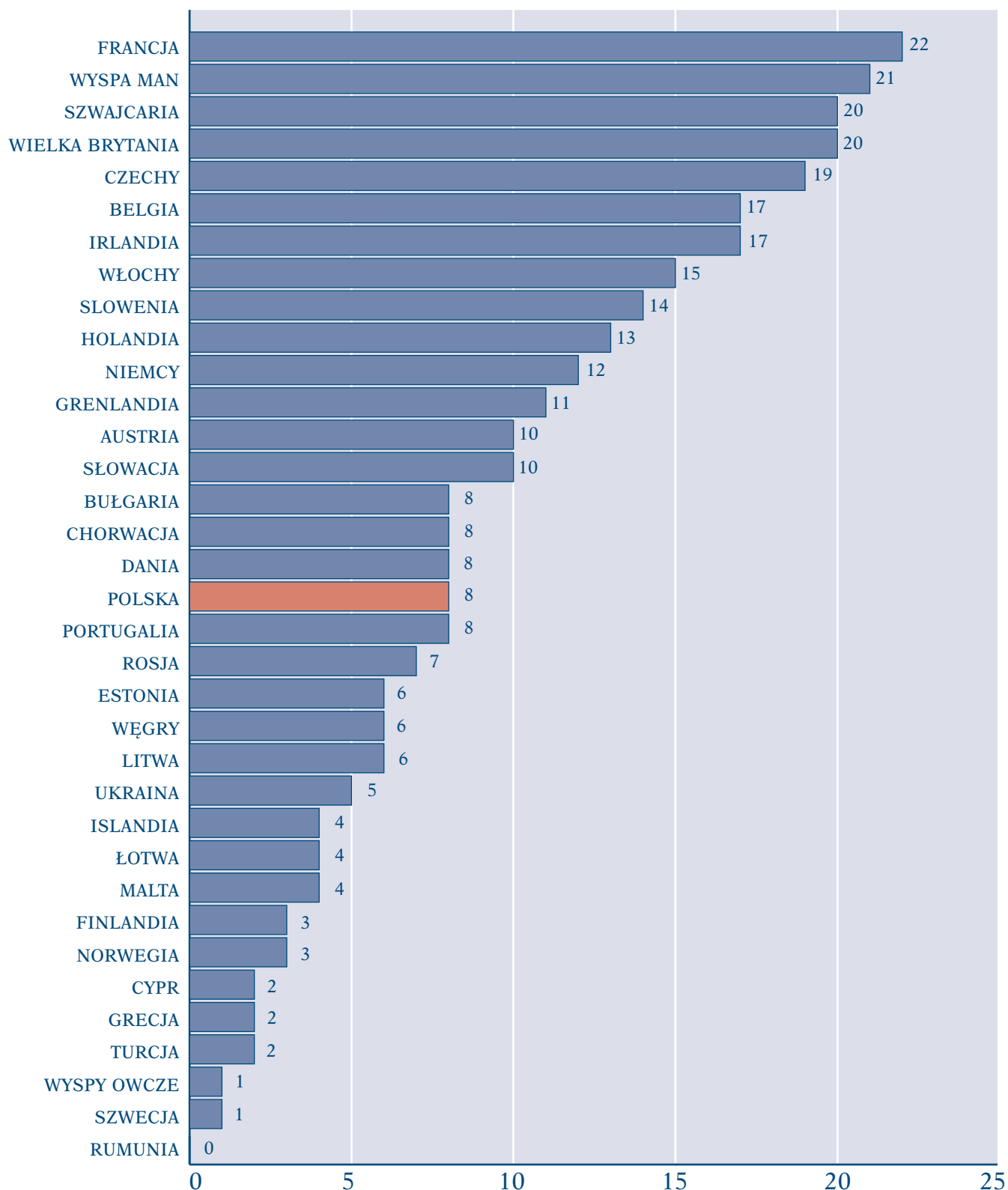
Wykres 1. *Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek środka nielegalnego*



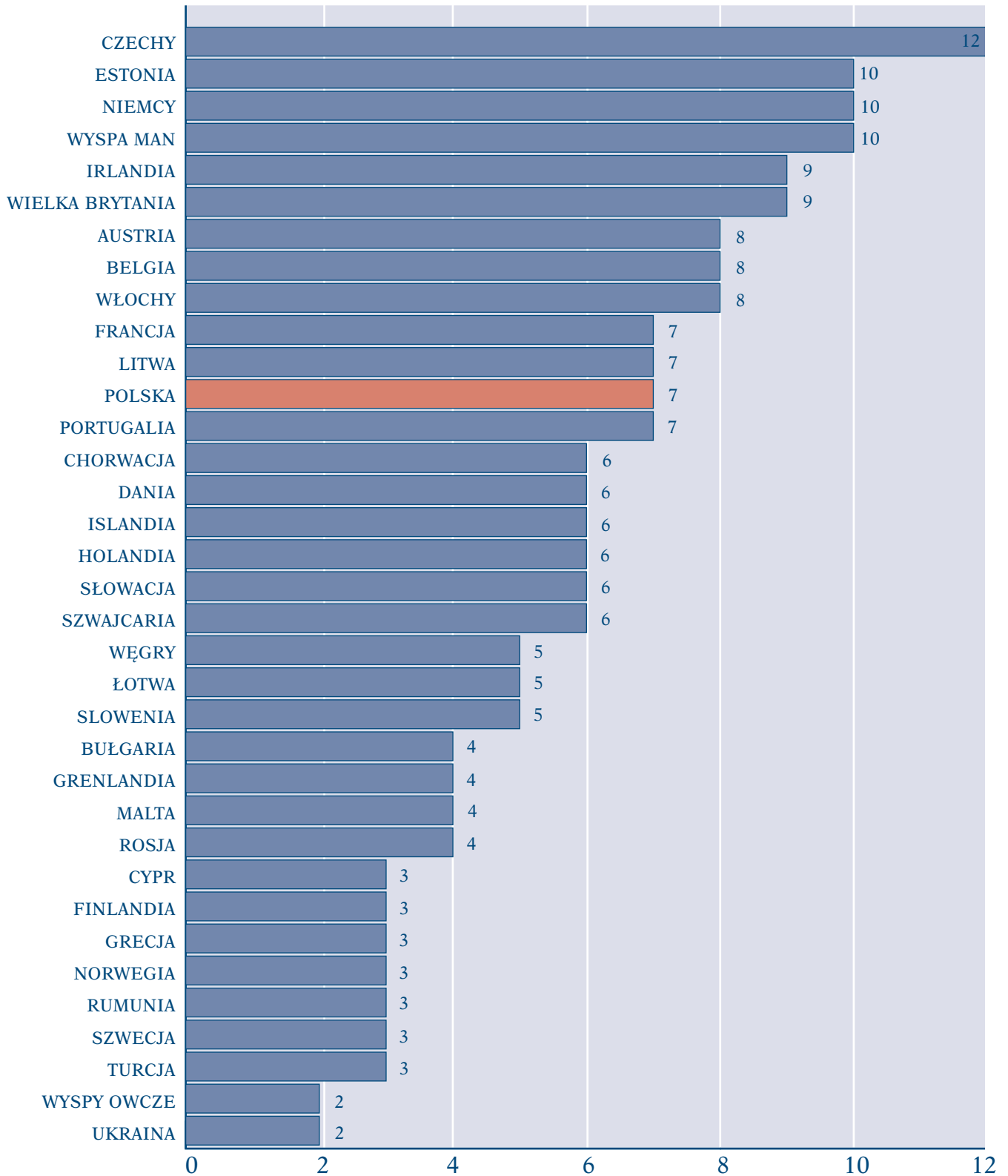
Wykres 2. *Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi chociaż raz w swoim życiu*



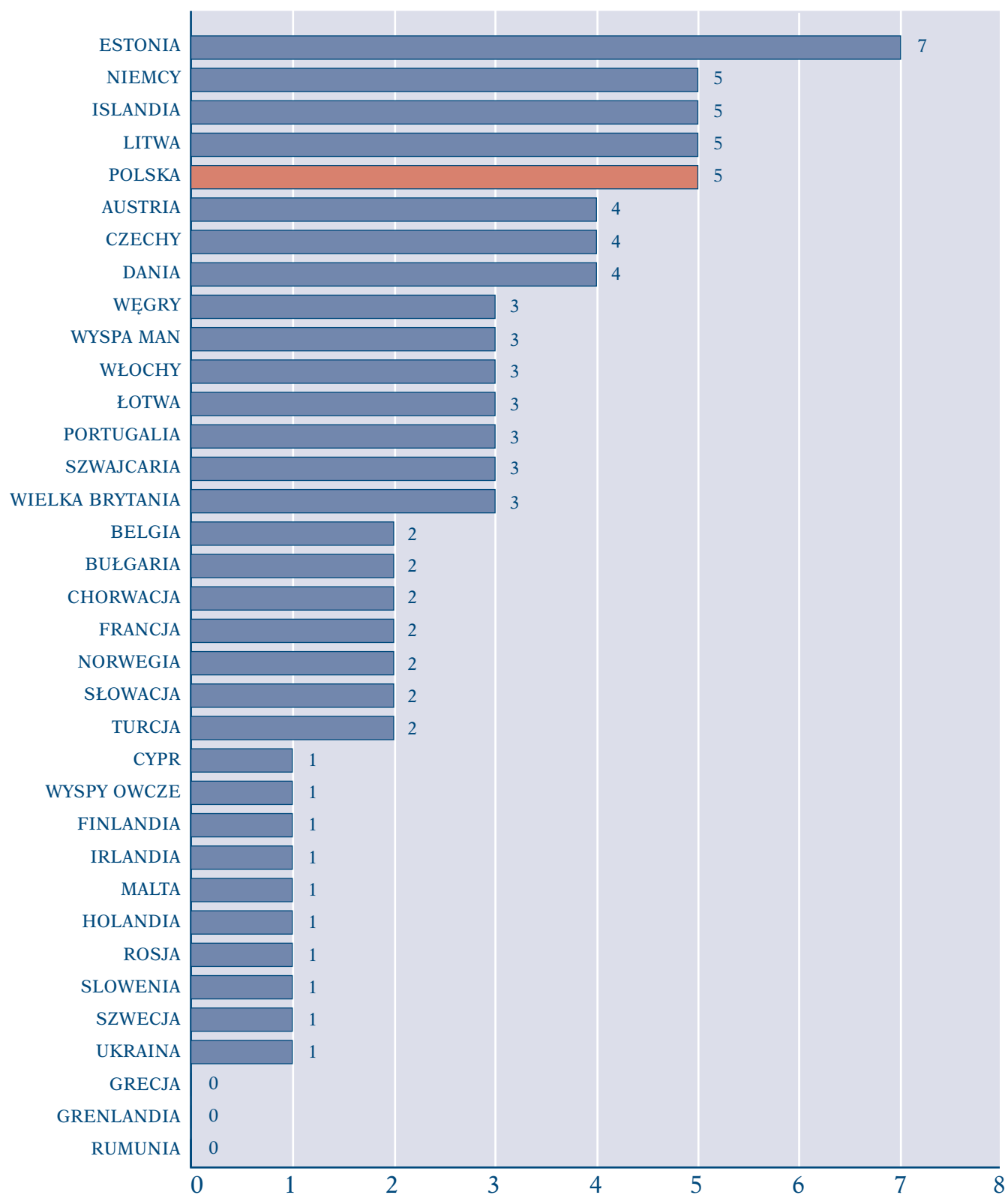
Wykres 3. *Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni*



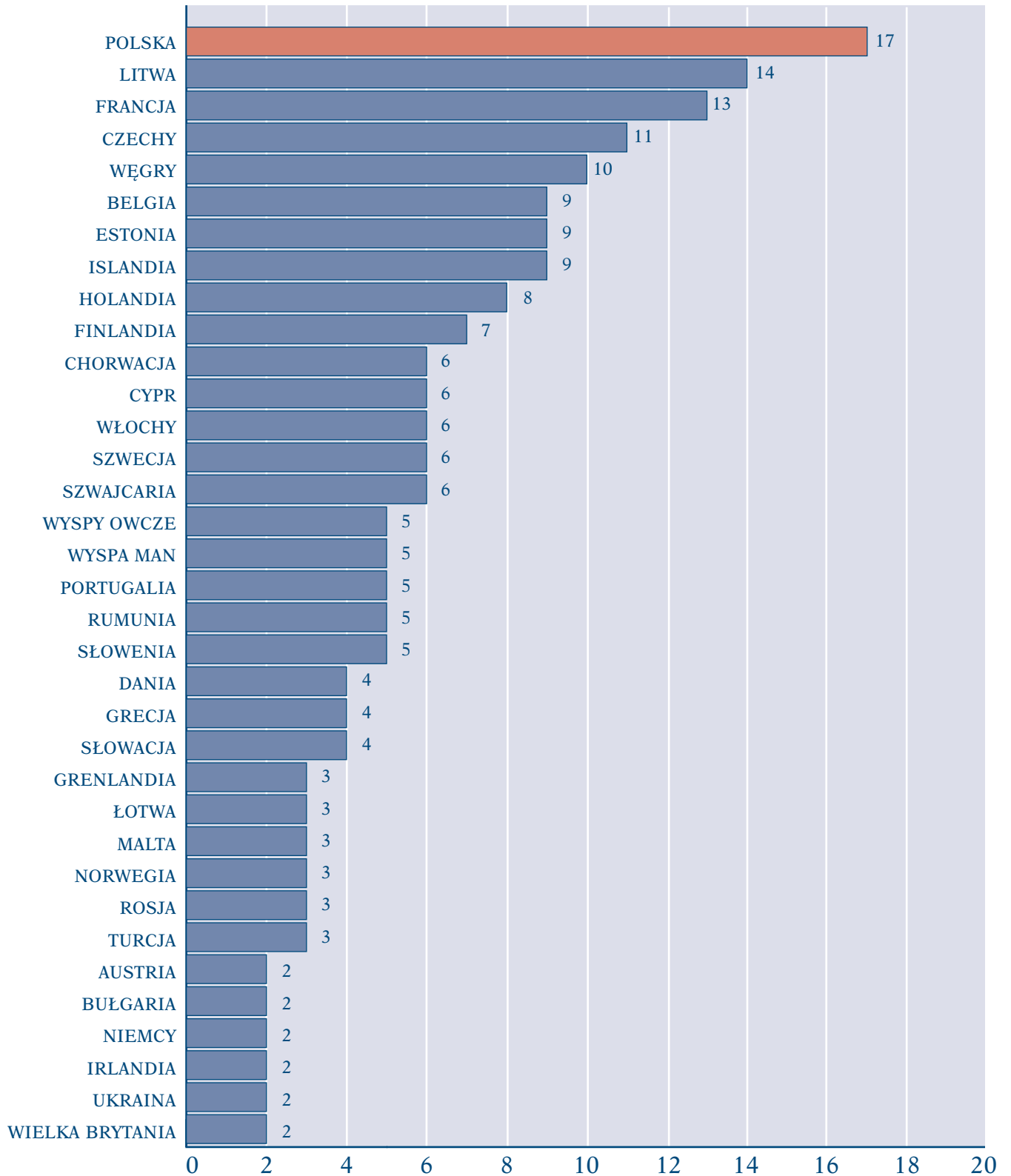
Wykres 4. *Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu jakiegokolwiek środka nielegalnego innego niż przetwory konopi*



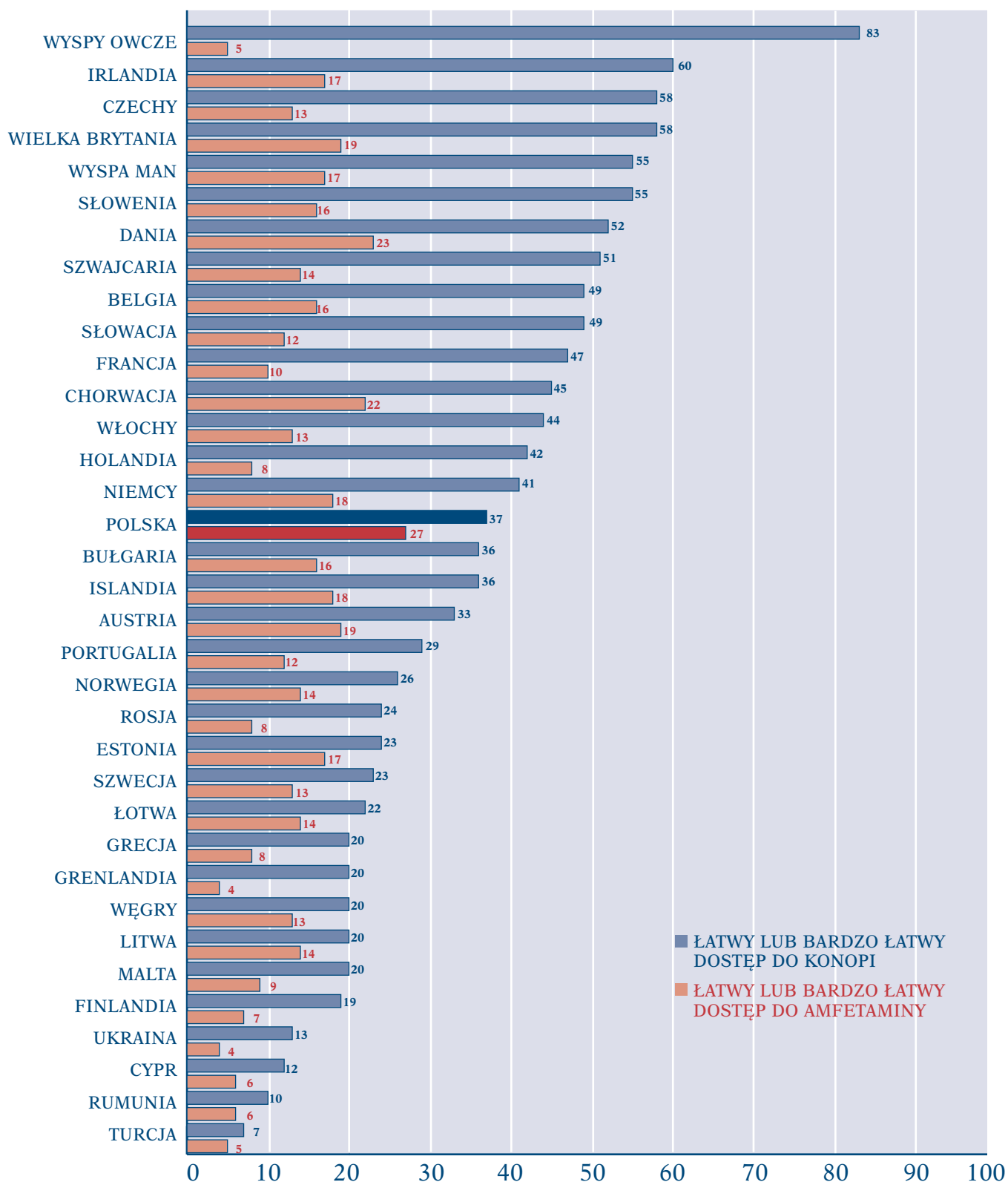
Wykres 5. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu amfetaminy



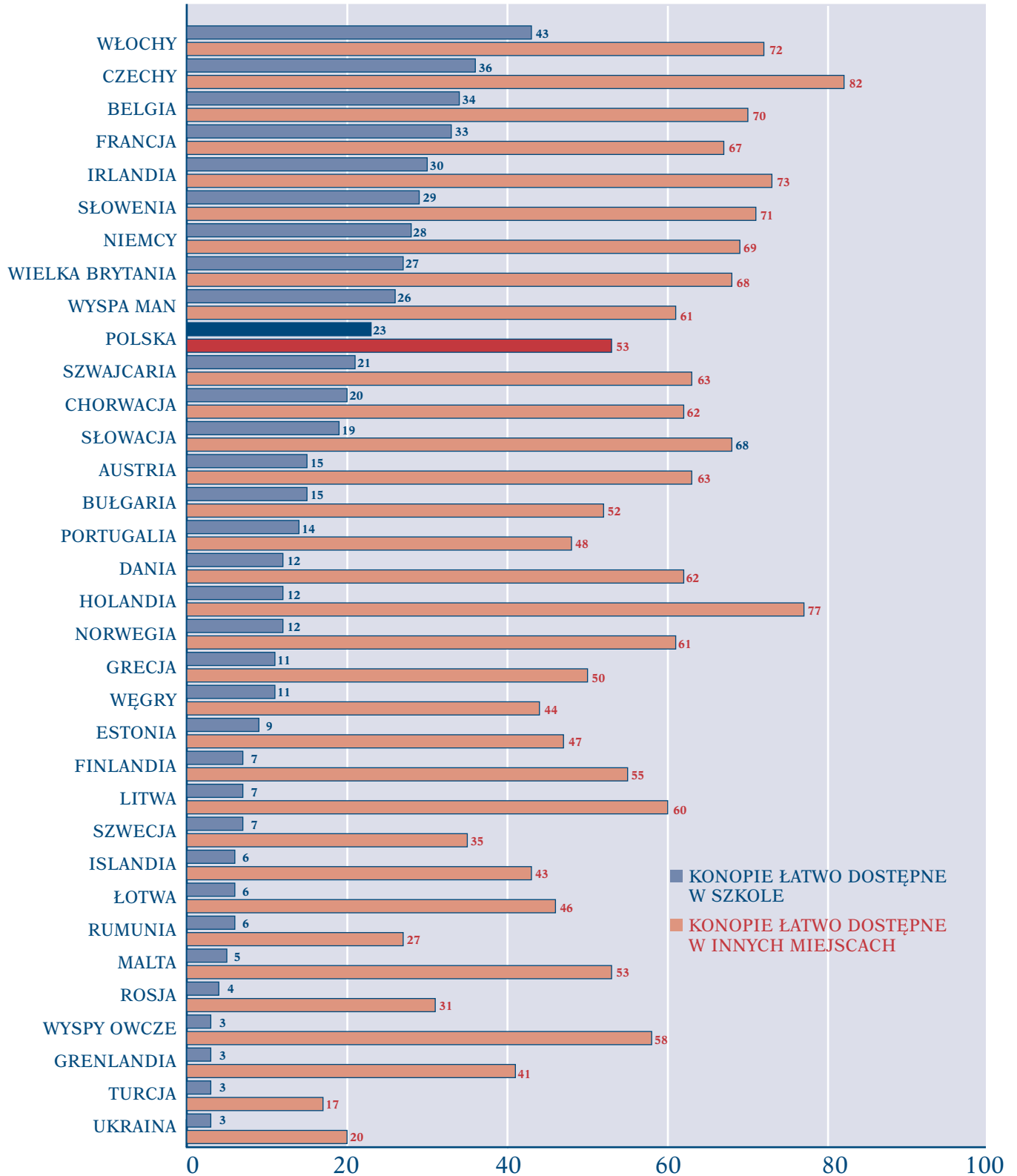
Wykres 6. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w swoim życiu leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza



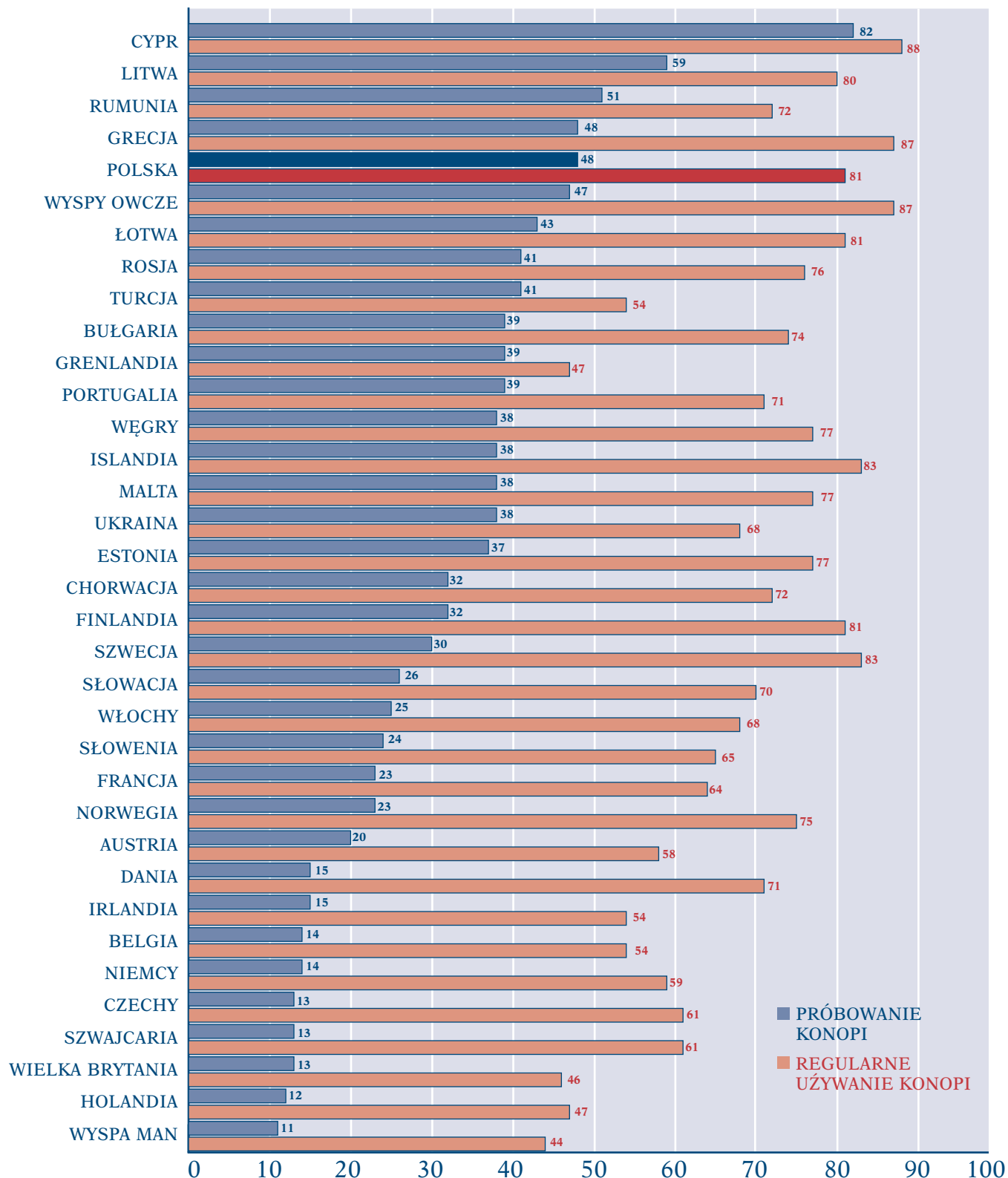
Wykres 7. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy zadeklarowali „łatwy“ lub „bardzo łatwy“ dostęp do przetworów konopi i amfetaminy



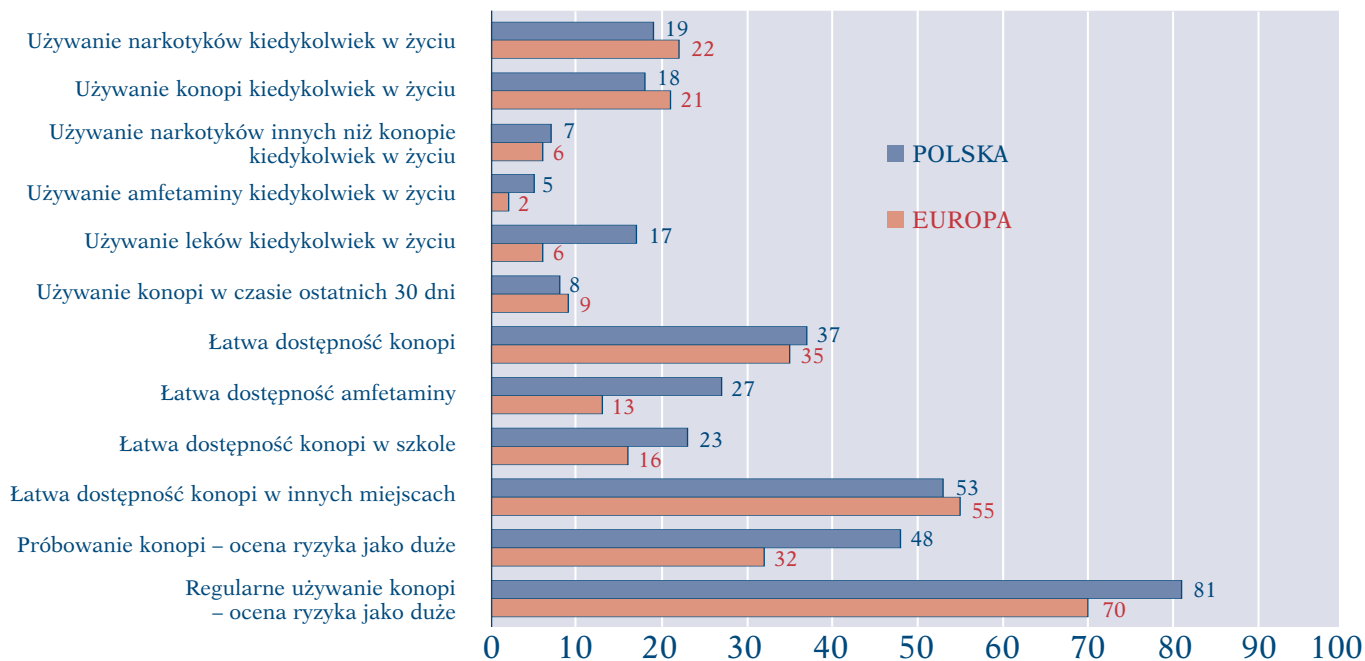
Wykres 8. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy stwierdzili, że przetwory konopi są łatwo dostępne w szkole i w innych miejscach



Wykres 9. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy uważają używanie przetworów konopi za obarczone dużym ryzykiem



Wykres 10. Wskaźniki używania narkotyków – Polska a średnia europejska



Podsumowanie

W podsumowaniu zobaczymy, jak wyniki uzyskane w naszym kraju lokują się na tle średnich dla wszystkich krajów uczestniczących w badaniu w 2003 r. Polska młodzież pod względem większości wskaźników używania substancji niewiele odbiega od średniej dla wszystkich badanych krajów. To co ją wyróżnia – to zdecydowanie większe niż średnie rozpowszechnienie doświadczeń z lekami uspokajającymi i nasennymi bez przepisu lekarza oraz doświadczeń z amfetaminą. Jeśli chodzi o leki, to już w 1995 r. znacznie przewyższaliśmy średnią europejską lokując się na pierwszym miejscu wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu. Leki uspokajające i nasenne są tradycyjną substancją na naszej scenie lekowej; znacznie rozpowszechnione były już w początkach lat dziewięćdziesiątych. Większe niż średnie dla wszystkich krajów rozpowszechnienie doświadczeń z amfetaminą wydaje się efektem dynamiki lat dziewięćdziesiątych.

W zakresie dostępności przetworów konopi polscy uczniowie lokują się na pozio-

mie średniej dla wszystkich krajów, jednak dostępność amfetaminy oceniana jest u nas znacznie wyżej niż średnio w krajach uczestniczących w badaniu. Wyżej niż średnia wypadła u nas także dostępność konopi w szkole, podczas gdy nie odbiegamy od średniej, jeśli chodzi o dostępność tej substancji w innych miejscach.

Polska młodzież w większych odsetkach niż średnia dla wszystkich krajów żywi przekonanie o ryzyku związanym z używaniem konopi, zarówno w przypadku pojedynczych prób, jak regularnego używania.

Warto zauważyć, że nie wszystkie kraje o największych wskaźnikach leżą w Europie Zachodniej, co może być interpretowane w kategoriach procesu kulturowej homogenizacji obserwowanego także na wielu innych wymiarach stylu życia. Warto zauważyć, że wśród krajów o najwyższych wskaźnikach znajdują się Czechy. Młodzież z tego kraju zajmuje pierwsze miejsce pod względem odsetka co najmniej eksperymentujących z narkotykami.

Janusz Sierostawski
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

PROCES TWORZENIA STANDARDÓW W TERAPII UZALEŻNIEŃ

Wprowadzenie

Od kilku lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii sukcesywnie inicjuje działania zmierzające do uporządkowania spraw związanych z terapią uzależnień, których celem jest podnoszenie jakości oferowanych usług w tym zakresie. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku po raz pierwszy określiła jasno, kto i na jakich warunkach może świadczyć usługi lecznicze, czego konsekwencją było wprowadzenie certyfikowanych szkoleń dla kadr zajmujących się terapią i rehabilitacją ludzi uzależnionych od narkotyków. Praca nad standardami i akredytacją placówek opieki zdrowotnej prowadzących terapię dla osób uzależnionych jest kolejnym krokiem na drodze do sprawnie działającego systemu w tym zakresie.

Zmiana stylu używania środków psychoaktywnych polegająca na używaniu zamiennie substancji legalnych i nielegalnych powodujących uzależnienia mieszane wskazuje, że istnieje potrzeba określenia jednolitych standardów postępowania leczniczego i niekoncentrowania się na typie używanej substancji psychoaktywnej, lecz przede wszystkim na jakości pracy terapeutycznej z osobą uzależnioną. Na taką koncepcję jest też przyzwolenie środowiska lekarzy i terapeutów, którzy od pewnego czasu dostrzegają potrzebę zbudowania systemu porządkującego rynek, na którym coraz więcej pojawia się ofert budzących wątpliwości co do jakości wykonywanych usług. Projektowany model systemu standaryzacji i akredytacji daje więc możliwość obiektywnej oceny jakości i świadectwa profesjonalnie działającej placówki, a co za tym idzie usprawnia i doskonali jakość usług dla dobra pacjenta.

Prace przy opracowywaniu standardów

Obowiązek opracowania standardów w zakresie postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych, jak również opracowania i wdrożenia systemu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej prowadzących leczenie, rehabilitację i programy ograniczania szkód zdrowotnych nakłada Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005 wyznaczając na realizatorów tych zadań Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Instytut Psychiatrii i Neurologii. Jesienią ubiegłego roku minister zdrowia powołał specjalny zespół złożony z przedstawicieli obydwu instytucji oraz ekspertów ze środowisk terapii uzależnień od środków psychoaktywnych. Na pierwsze posiedzenia zespołu zaproszono również przedstawicieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz terapeutów zajmujących się uzależnieniami od alkoholu. W celu opracowania systemu akredytacji zaproszono także przedstawiciela Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Przed przystąpieniem do prac przy tworzeniu standardów eksperci mieli możliwość zapoznania się z różnymi materiałami, m.in. standardami brytyjskimi zawartymi w podręczniku: „Organisational Standards for Alcohol and Drug Treatment Services“ opracowanym między innymi przez Standing Conference On Drug Abuse (SCODA) w porozumieniu z Departamentem Zdrowia i Komisją Antynarkotykową, materiałami amerykańskimi – „Standards Manual“ opracowanymi przez Carf International, standardami dla oddziałów psychiatrycznych opracowanymi przez Centrum Monitorowania Jakości

w Ochronie Zdrowia, „Standardami świadczenia usług zdrowotnych w lecznictwie odwykowym“ opracowanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz niepublikowanymi standardami medycznymi opracowanymi przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Opracowanie brytyjskie zostało uznane za pierwowzór i materiał roboczy do przyszłej pracy. Uznano, że najodpowiedniejszym rozwiązaniem na wstępnym etapie będzie próba przełożenia tych standardów na polską rzeczywistość. Okazało się, że znaczna część opisanych przez Brytyjczyków standardów, zwłaszcza dotyczących zagadnień merytorycznych, daje się zastosować w polskich placówkach, w szczególności w dużych instytucjach.

Założenia dotyczące opracowania standardów

Główne obszary, które wymagają standaryzacji, to przede wszystkim terapia, a wśród nich dostępność do terapii, ocena potrzeb świadczeniodawców, planowanie opieki i terapii, analiza przebiegu leczenia, zawartość merytoryczna oferowanego programu czy współpraca ze środowiskiem. Przedmiotem opracowania są także standardy dotyczące zarządzania, organizacji, dokumentacji, kwalifikacji personelu, monitorowania pracy, wyposażenia, bezpieczeństwa, praw obywatelskich, dostępności pacjenta do korzystania z innych świadczeń.

Opracowanie standardów oraz systemu akredytacji ma spełnić dwa podstawowe cele:

- podnieść jakość świadczeń zdrowotnych, zapewnić bezpieczeństwo pacjentom oraz polepszyć dostęp do profesjonalnej oferty,
- zróżnicować oferty leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków.

Kryteria ustalania standardów

- Standardy powinny być opisane w sposób zrozumiały i jednoznaczny.
- Standardy powinny być realne do osiągnięcia.
- Standardy powinny obejmować zarówno

sprawy merytoryczne, jak i organizacyjne.

- Standardy powinny zapewniać wyższą jakość usług i mieć na celu dobro pacjenta.
- Standardy powinny być przekonujące dla instytucji, tak by podmioty dobrowolnie chciały się poddać procesom akredytacji.
- Przy tworzeniu standardów potrzebnych do późniejszej akredytacji należy uwzględnić potrzeby rynku ochrony zdrowia.
- Praca zespołu powinna być skoordynowana z pracą zespołu ewaluacyjnego, którego celem jest wypracowanie metodologii prowadzenia ewaluacji programów terapeutycznych.

Proces tworzenia standardów przewiduje 3 etapy:

- wypracowanie standardów i przeprowadzenie pilotażu (2005 rok),
- szkolenie wizytatorów niezbędnych w procesie akredytacji (2006 rok),
- doskonalenie, ewaluacja, modyfikowanie i wdrażanie standardów (lata 2006-2010).

Ograniczenia w zastosowaniu brytyjskich standardów w polskich realiach

Większość standardów opisanych w brytyjskim podręczniku to standardy formalne, które mogą posłużyć do uporządkowania spraw formalno-organizacyjnych w polskich placówkach. Takie podejście abstrahuje od metodologii pracy z pacjentem pozostawiając tę kwestię przygotowaniu zawodowemu terapeutów, oraz wypracowanej przez nich dobrej praktyce. Jakość świadczonych usług określona jest wynikiem procesu leczenia prowadzonego w zgodzie z normami etycznymi i przy przestrzeganiu praw pacjenta.

Trudności może stwarzać próba zastosowania standardów organizacyjnych, np. standardów dotyczących zarządzania personelem. Z uwagi na to, że w większości polskich placówek brak jest szczegółowych procedur dotyczących np. rekrutacji i selekcji personelu, należy je dopiero wypracować, a następnie wprowadzić.

Badanie efektywności za pomocą brytyjs-

kich wskazówek może stanowić również pewne ograniczenie. Niektóre procedury sprawdzające nie są do końca jasne, ponadto opisane zbyt ogólnikowo. Często nie jest precyzyjnie określone, co ma być badane i oceniane (system, placówka, program, zespół, oddział czy pododdział).

Niektóre ważne zagadnienia w ogóle nie zostały uwzględnione w brytyjskim opracowaniu, np. te dotyczące świadczeń dla dzieci i młodzieży (postępowanie z dziećmi, dbanie o ich rozwój itp.). Dlatego niektóre standardy, a nawet całe obszary będą musiały zostać opisane bez możliwości oparcia się na dorobku innych. Praca powołanego zespołu nie ogranicza się więc do przetłumaczenia brytyjskiego opracowania i jego symbolicznej modyfikacji, ale ma na celu znacznie bardziej kompleksowe działania, z których najistotniejsze jest uwzględnienie polskiej specyficzności.

Trudności przy opracowywaniu standardów

W miarę zaawansowania prac pojawiały się różnorodne wątpliwości i zagadnienia wymagające wnikliwego spojrzenia, nierzadko ocierające się o kwestie ideologiczne, etyczne czy światopoglądowe. Wątpliwości budził na przykład standard dotyczący redukcji szkód w przypadku osób niepełnoletnich i obejmowanie tej grupy wymianą igieł i strzykawek. Choć w Polsce nie ma uregulowań prawnych w tym zakresie i nie ma zapisów zabraniających takiego postępowania, dla części ekspertów rozdawanie igieł i strzykawek nieletnim stanowi niejako przyzwolenie na destruktywne zachowania. Uważają bowiem, że bardzo młode osoby powinny się przede wszystkim za wszelką cenę leczyć. Kontrargumentem dla takiego stanowiska jest konieczność zapobiegania chorobom towarzyszącym używaniu narkotyków; wychodząc z założenia, że osoby uzależnione niezależnie od wieku będą używały narkotyków należy minimalizować szkody zdrowotne i społeczne. Dodatkowym aspektem tych dylematów jest

konieczność wyrażenia przez rodziców bądź opiekunów prawnych zgody na uczestnictwo nieletniego w programie redukcji szkód. W tej kwestii również nie ma żadnych zapisów prawnych. Można jednak przyjąć, że są to działania typu profilaktycznego zawierające kontrowersyjną tematykę i jako takie powinny się odbywać za zgodą rodziców lub opiekunów prawnych, co znajduje odbicie w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, w szczególności w zapisie mówiącym, że „dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską“.

Pewnych trudności przysparzają kwestie związane z próbą określenia standardów dotyczących równości w dostępie do leczenia, ponieważ nie wszystkie polskie placówki mają możliwość dostosowania do indywidualnych potrzeb pacjenta oferty uwzględniającej różnorodne kategorie problemów (uzależnień) i deficytów (intelektualnych, psychicznych). Należy jednak dążyć, by placówki poszerzały zakres usług tak, aby w systemie nie zabrakło ofert dla tzw. grup specyficznych.

Dyskusje toczyły się również wokół tematu zatrudniania pedofili lub osób podejrzanych o pedofilię w poradniach, ośrodkach lub innych placówkach dla młodzieży. Wprawdzie pracodawca ma prawo zażądać od swojego przyszłego pracownika zaświadczenia o niekaralności, ale Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej mówi o równouprawnieniu osób karanych i nie karanych w dostępie do praw obywatelskich i w zasadzie nie ma żadnych podstaw prawnych, aby takiej osoby nie zatrudnić.

Problematycznie przedstawia się także sprawa zatrudniania na stanowiska terapeutów byłych pacjentów danej placówki. Sprawa taka rodzi wiele kłopotliwych sytuacji wynikających z relacji między terapeutami, z których jeden był wcześniej pacjentem, a także z relacji między pacjentami a terapeutą, który wcześniej sam był pacjentem a teraz ma leczyć swoich byłych kolegów.

Do rozwiązania pozostają także kwestie

związane z przestrzeganiem praw dziecka. Zwrócono oczywiście uwagę, że zasada nadrzędnego dobra dziecka jest ważniejsza niż obowiązki i prawa rodzica. To nie wyjaśnia jednak, jak powinny wyglądać konkretne procedury związane z różnorodnymi sytuacjami. Pojawia się przy tym również kwestia poufności i tajemnicy dokumentacji nieletniego. Jest to bardzo delikatna materia i trudno wyważyć, w jakich okolicznościach można, a w jakich nie powinno się udostępniać tej dokumentacji rodzicom czy opiekunom prawnym.

Odrębnym zagadnieniem pozostają kwestie dotyczące kodeksu postępowania etycznego. W tym celu prawdopodobnie zostanie powołany specjalny zespół, którego zadaniem będzie stworzenie jednolitego, wspólnego dla terapeutów ze środowisk „alkoholowych“ i „narkotykowych“ kodeksu postępowania etycznego. Posłużą temu istniejące kodeksy etyczne opracowane m.in. przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Polskie Towarzystwo Psychologiczne oraz Federację Społeczności Terapeutycznych. Obecnie dostępne są już także „Rekomendacje do opracowania regulaminu porządkowego w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym terapię osób uzależnionych od narkotyków“*, które zostały opracowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii na prośbę Rzecznika Praw Obywatelskich. Rekomendacje te poruszają między innymi problematykę etyczną.

Wymieniłem tu tylko kilka z dylematów, na które natknięto się przy tworzeniu standardów. Trudno jest wypracować idealny model rozwiązujący wszystkie potencjalne problemy, jakie może przynieść życie. Należy więc mieć świadomość, że z czasem standardy będą podlegały weryfikacji i modyfikacji tak, by uwzględniać zmieniającą się rzeczywistość.

Podsumowanie

Głównym celem akredytacji nie jest bynajmniej kontrola i dyscyplinarne nakładanie

kar na podmioty, które nie spełniają wyznaczonych standardów. Budowanie systemu akredytacji wynika przede wszystkim z potrzeby dbania o dobro pacjenta i ma wpływać na jakość pracy placówek odwykowych. Projekt systemu zakłada, że placówki same powinny być zainteresowane ubieganiem się o świadectwo potwierdzające jakość i skuteczność prowadzonej terapii i powinny dążyć do samodoskonalenia. Potwierdzenie bowiem profesjonalizmu jest uzasadnieniem inwestowania w rozwój własny i placówki. Wydaje się więc, że system z czasem będzie służył eliminowaniu działań amatorskich o budzących wątpliwości wartościach merytorycznych i etycznych, zorientowanych głównie na korzyści materialne. Naturalną konsekwencją tego systemu będzie upowszechnianie informacji o placówkach gwarantujących jakość, co przyczyni się do ułatwienia w pozyskiwaniu funduszy na prowadzenie działalności oraz umożliwi zawieranie korzystniejszych kontraktów na leczenie, a dla pacjenta oznacza szansę wyboru dobrej oferty.

Trwała tendencja do ubiegania się o akredytację pojawi się zapewne dopiero za kilka lat, gdy widoczna będzie różnica między placówkami posiadającymi akredytację a nie posiadającymi jej. Walka o pacjenta będzie niejako wymuszała na placówkach dążenie do uzyskania akredytacji.

Prace przy tworzeniu standardów leczniczych, rehabilitacyjnych i redukcji szkód oraz procesu akredytacji są na zaawansowanym etapie. Opracowany projekt został zweryfikowany przez specjalistę z dziedziny zarządzania personelem oraz przez prawnika. O opinię i uwagi zostanie poproszone także krakowskie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

* „Rekomendacje“ prezentowane są na łamach niniejszego numeru (str. 43-50)

REKOMENDACJE

do opracowania regulaminu porządkowego w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym terapię osób uzależnionych od narkotyków*

Niniejsze rekomendacje zostały opracowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w celu ułatwienia kierownikom zakładów opieki zdrowotnej opracowania regulaminów porządkowych, których ustalenie obowiązuje wszystkie zakłady bez względu na ich formę własnościową (publiczne, niepubliczne), zgodnie z art. 18a ust. 3 Ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o zoz“.

Bezpośrednią inspiracją do sporządzenia niniejszego opracowania stały się wyniki wizytacji przeprowadzonych przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich w zakładach opieki zdrowotnej zajmujących się terapią dzieci i młodzieży uzależnionych od narkotyków; wyniki te wskazywały na liczne naruszenia praw pacjenta oraz nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stąd poniższe rekomendacje, zaakceptowane i zatwierdzone przez Rzecznika Praw Obywatelskich przeznaczone są przede wszystkim dla autorów regulaminów porządkowych w zakładach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń osobom uzależnionym od narkotyków, które dobrowolnie chcą poddać się leczeniu.

Zgodnie z art. 18a ust. 1a ustawy o zoz regulamin porządkowy powinien określać w szczególności:

1) przebieg procesu udzielania świadczeń

zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej;

- 2) organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym;
- 3) warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania;
- 4) prawa i obowiązki pacjenta;
- 5) obowiązki zakładu opieki zdrowotnej w razie śmierci pacjenta.

Postanowienia regulaminu nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy o zoz oraz przepisów odrębnych.

Z tego względu przy opracowywaniu regulaminu porządkowego podstawowe znaczenie ma znajomość praw pacjenta zapisanych w sposób bezpośredni lub pośredni zarówno w samej Konstytucji RP, ustawie o zoz, jak i innych aktach prawnych.

Krajowe Biuro podjęło próbę skatalogowania tych praw, czego efektem stała się Karta praw pacjenta sporządzona na potrzeby niniejszego opracowania i do niego załączona.

REKOMENDACJE SZCZEGÓŁOWE

1. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń

Ta część regulaminu porządkowego powinna zawierać informacje na temat:

- 1) oferty ośrodka leczniczego, proponowanych metod leczenia, świadczeń przysługujących pacjentom;
- 2) zasad i warunków przyjęć i udzielania świadczeń (*konieczność wyrażenia pisem-*

* Dostępne również na stronie internetowej www.kbpn.gov.pl/zoz.htm

nej zgody na przyjęcie do zakładu opieki zdrowotnej oraz na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji – dotyczy osób powyżej 16 roku życia; w przypadku uzyskania sprzecznych oświadczeń od przedstawiciela ustawowego oraz osoby małoletniej powyżej 16 roku życia w sprawie przyjęcia na leczenie, zgodę na leczenie wyraża sąd opiekuńczy), zasad prowadzenia listy osób oczekujących na przyjęcie, kryteriów określających kolejność przyjęć do ośrodka i sposobów informowania oczekujących o możliwości przyjęcia do ośrodka;

- 3) celu przyjęcia i pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 4) porządku dnia ze wskazaniem godzin posiłków, dyżurów kadry, zajęć terapeutycznych i innych form zorganizowanych i zaplanowanych oddziaływań leczniczych, zajęć rekreacyjnych czy edukacyjnych;
- 5) zasad udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta z uwzględnieniem zasad wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (*Dz.U. Nr 83, poz. 903 z późn.zm.*);
- 6) zasad i form kontaktowania się przez pacjentów z osobami z zewnątrz (odwiedziny, telefony, korespondencja, zasady okresowego przebywania poza zakładem opieki zdrowotnej, tzw. przepustek), oraz możliwości decydowania przez pacjenta o osobach, którym terapeuta/lekarz może udzielić informacji o stanie zdrowia oraz udostępnić dokumentację medyczną;
- 7) grup samopomocy;
- 8) praw pacjenta zawartych w Karcie praw pacjenta;
- 9) trybu zgłaszania skarg przez pacjentów ośrodka lub ich rodziny.

2. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu

Ta część regulaminu porządkowego powinna określać w szczególności:

- 1) zakresy zadań poszczególnych działów/jednostek organizacyjnych oraz zasady współpracy między nimi (dot. zakładów, w których struktura organizacyjna jest na tyle rozbudowana, że w ich skład wchodzi jednostki organizacyjne);
- 2) zakresy czynności pracowników, z których jednoznacznie powinny wynikać obowiązki związane z:
 - rzetelnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - przestrzeganiem praw pacjenta,
 - koniecznością stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - poddawaniem swojej pracy terapeutycznej superwizji,
 - zachowaniem w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem czynności wynikających z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (*Dz.U. z 94 r., Nr 111, poz. 535 z późn. zm.*) z wyłączeniem okoliczności wymienionych w art. 50 ust. 2 tej ustawy.

3. Warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania

Ta część regulaminu porządkowego powinna wskazywać warunki współpracy z innymi zakładami opieki zdrowotnej oraz placówkami zapewniającymi opiekę i pomoc osobom uzależnionym od narkotyków, w szczególności: zakładami opieki

zdrowotnej współpracującymi w procesie diagnozowania w zakresie chorób zakaźnych – HIV, HCV – placówkami ambulatoryjnymi realizującymi programy postrehabilitacyjne, hostelami, organizacjami prowadzącymi mieszkania readaptacyjne oraz pomocą społeczną.

4. Prawa pacjenta

Każde z postanowień regulaminu winno być analizowane z punktu widzenia zachowania praw pacjenta. Zatem niebagatelного znaczenia nabiera konieczność odniesienia praw pacjenta do sytuacji osoby przebywającej w zakładzie, jej stanu zdrowia, a także do specyfiki każdego zakładu.

Wszelkie ograniczanie praw może wynikać tylko z przepisów prawa. Wskazane byłoby, aby karta praw pacjenta danego zakładu była załącznikiem do regulaminu porządkowego obowiązującego w tym zakładzie (zalecamy ewentualne wykorzystanie przy opracowywaniu tej karty katalogu praw pacjenta, zebranych w załączniku do niniejszego opracowania).

Niezależnie od praw wyraźnie przypisanych w obowiązujących regulacjach prawnych pacjentom, przy stosowaniu regulaminu porządkowego należy pamiętać o prawach i wolnościach każdego człowieka zapisanych w Konstytucji RP, które nie mogą doznawać jakichkolwiek ograniczeń nieprzewidzianych w ustawach, w przypadku gdy każdy może się stać pacjentem.

Regulamin konkretnego ośrodka oparty na powyższych aktach prawnych powinien być zapisany w taki sposób, aby pacjent i jego rodzice wiedzieli, czego konkretnie powinni oczekiwać od terapeutów ośrodka (prawo powinno być tak sformułowane, aby wynikało z niego określone roszczenie).

Na przykład prawo do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania

świadczeń zdrowotnych jest realizacją konstytucyjnego prawa do poszanowania godności (art. 30 i art. 41 Konstytucji RP) i nie dotyczy tylko czasu „udzielania świadczeń zdrowotnych“. Powinno być ono szczegółowo opisane, zwłaszcza że często jest w różny sposób ograniczane (ubiór, fryzura, zasady kontroli osobistej dot. zachowania abstynencji itd.).

Z kolei swobodny kontakt z rodziną i innymi osobami jest realizacją art. 31, art. 47 i art. 49 Konstytucji RP. Praktyką ośrodków jest wstrzymanie tych kontaktów we wstępnym okresie terapii. W regulaminie powinno być jasno zapisane, czy i w jaki sposób takie kontakty będą ograniczane.

Podobnie jest z zapewnieniem wolności sumienia i religii, o czym jest mowa w art. 53 Konstytucji RP, oraz prawem do nauki, które wg art. 70 Konstytucji RP dla młodzieży poniżej lat 18 ma charakter szczególny, w zasadzie – absolutny.

W każdym przypadku w regulaminie powinien być podany sposób realizacji konstytucyjnych praw w odniesieniu do warunków konkretnego ośrodka, np.:

„Prawo do prywatności polega na..... może być ograniczane w następujących sytuacjach.....“.

Ochrona przed poniżającym traktowaniem i karaniem, gwarantowana w Konstytucji RP w art. 40, powinna być sformułowana w regulaminie bezwarunkowo.

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za zapewnienie dostępności informacji o prawach pacjenta.

5. Obowiązki pacjenta

Zwłaszcza przy opracowywaniu tej części regulaminu porządkowego należy wykazać szczególną staranność dla uniknięcia wprowadzenia jakichkolwiek ograniczeń praw osób przebywających w ośrodku leczniczym, ograniczeń nieprzewidzia-

nych w obowiązujących przepisach prawa. W tym kontekście regulacje zawarte w tej części regulaminu porządkowego powinny zawierać postanowienia dotyczące w szczególności:

- 1) zachowania abstynencji od środków psychoaktywnych oraz sposobów kontroli abstynencji (zgodnie z celem przyjęcia i pobytu w ośrodku, wskazanym na wstępie regulaminu);
- 2) zakazu stosowania przemocy fizycznej i psychicznej wobec innych osób, przywłaszczenia cudzego mienia, niszczenia mienia itp.;

3) zasad uczestniczenia pacjentów w zajęciach terapeutycznych, rekreacyjnych, edukacyjnych oraz przestrzegania innych punktów porządku dnia;

4) zasad postępowania mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa pobytu, zasad zachowania reżimu sanitarno-higienicznego, zasad oraz przeciwdziałania zagrożeniom pożarowym i postępowania w razie ich wystąpienia; oraz postanowienia określające konsekwencje nieprzestrzegania postanowień regulaminu zawierających zakazy adresowane do pacjentów.

Załącznik

KARTA PRAW PACJENTA

Zakładu Opieki Zdrowotnejw

KAŻDY MA PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA
(art. 68 ust.1 Konstytucji RP z dnia 2.04.1997 r.)

KAŻDY OBYWATEL MA PRAWO DO RÓWNEGO DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, NA WARUNKACH I W ZAKRESIE OKREŚLONYCH W USTAWIE (art. 68 ust.2 Konstytucji RP).

W ramach realizacji tych praw na podstawie obowiązujących ustaw:

KAŻDY MA PRAWO do:

- świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia (art. 28 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej);

KAŻDY PACJENT ZGŁASZAJĄCY SIĘ DO SZPITALA MA PRAWO do:

- natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia i żadne okoliczności w takiej sytuacji nie mogą stanowić podstawy do odmowy ich udzielenia (art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej);
- udzielenia mu niezbędnej pomocy medycznej i przewiezienia do innego szpitala w sytuacji, gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala nie może być (przyjęty do szpitala, do którego się zgłosił (art. 21 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej);
- wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie zarówno w szpitalu, jak i w innym zakładzie opieki zdrowotnej (art. 21 ust.1 i art. 26 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

KAŻDY PACJENT PRZYJĘTY DO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ MA PRAWO do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej – opartej na kryteriach medycznych

-
- procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (*art. 19 ust. 1 pkt.1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
 - udzielania mu świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej wymaganiom fachowym i sanitarnym oraz przez osoby uprawnione do ich udzielania (*art. 9 ust. 1 i art. 10 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*), a w tym zakresie do:
 - udzielania mu świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (*art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza*);
 - uzyskania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (*art. 30 Ustawy o zawodzie lekarza*);
 - udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położną, posiadającą prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (*art. 18 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej*);
 - udzielenia mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu (*art.19 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej*);
 - zapewnienia mu przez szpital w okresie hospitalizacji:
 - środków farmaceutycznych i materiałów medycznych (*art. 20 ust.1 pkt. 2 i art. 26 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
 - pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia (*art. 20 ust.1 pkt. 3 i art. 26 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
 - opieki duszpasterskiej (*art. 19 ust.3 pkt. 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
 - skorzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez siebie (*art. 19 ust. 3 pkt. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*) oraz kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz (*art. 19 ust.3 pkt. 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*) z tym, że koszty realizacji tych uprawnień nie mogą obciążać zakładu (*art. 19 ust. 4 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
 - wskazania osoby lub instytucji, którą zakład obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia powodującego zagrożenie jego życia albo w razie jego śmierci (*art. 20 ust.2 i art. 26 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
 - uzyskania przystępnej informacji od lekarza o swoim stanie zdrowia (*art. 19 ust. 1 pkt. 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*), przy czym z informacji tej pacjent winien się dowiedzieć, jakie jest rozpoznanie jego stanu zdrowia, jakie są proponowane do zastosowania możliwe metody diagnostyczne i lecznicze oraz – jeżeli jest to do przewidzenia – jakie będą następstwa ich zastosowania bądź ich zaniechania, jakie są wyniki leczenia oraz jakie rokowania (*art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza*), w tym również:
 - uzyskania od lekarza informacji o tym, iż w trakcie wykonywania zabiegu bądź stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lekarz dokonał zmian w ich zakresie (*art. 35 ust.2 Ustawy o zawodzie lekarza*);
 - decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o jego stanie zdrowia (*art. 31 ust. 2 Ustawy o zawodzie lekarza*);
 - wyrażenia żądania, aby lekarz nie udzielał mu informacji o jego stanie zdrowia (*art. 31 ust. 3 Ustawy o zawodzie lekarza*);

- zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy w jego przekonaniu lekarz ogranicza informację kierując się jego dobrem (*art. 31 ust.4 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- uzyskania informacji od pielęgniarki, położnej o swoim stanie zdrowia w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę, położną opieką pielęgnacyjną (*art. 20 ust.2 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej*);
- dostępu do informacji o jego prawach (*art. 19 ust.6 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*) w tym uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o nich (*art. 20 ust.1 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej*);
- udostępnienia mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana (*art. 18 ust.3 pkt. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
- zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby (*art. 18 ust.3 pkt. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
- wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń (*art. 36 ust. 1 i 2 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- występowania z wnioskiem do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub o zorganizowanie konsylium lekarskiego (*art. 37 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- dostatecznie wczesnego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej (*art. 38 ust.2 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez lekarza, pielęgniarkę, położną, w związku z wykonywaniem ich zawodu (*art. 40 ust.1 Ustawy o zawodzie lekarza i art. 21 ust. 1 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej*);
- wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza, pielęgniarkę albo położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających jego identyfikację (*art. 40 ust. 4 Ustawy o zawodzie lekarza i art. 21 ust. 4 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej*);
- uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla pacjenta skutkach w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza (*art. 40 ust.2 pkt.4 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu odpowiedniej informacji (*art. 19 ust.1 pkt.3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*), w tym również:
 - niewyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub innego świadczenia zdrowotnego (*art. 32 ust.1 Ustawy o zawodzie lekarza*);
 - wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko (*art. 34 ust. 1 i 2 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- intymności i poszanowania jego godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (*art. 19 ust.1 pkt. 4 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 36 ust.1 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez

lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium (*art. 24 ust.1, art. 25 ust.1 i art. 27 ust.1 Ustawy o zawodzie lekarza*);

- informacji od lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia, jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu (*art. 24 ust. 2 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu (*art. 27 ust.1 Ustawy o zawodzie lekarza*);
- wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów (*art. 4 i art. 5 ust.1-4 Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*);
- dobrowolnego wyrażenia (jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych) przed lekarzem zgody na pobranie za życia tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonego biorcy (*art. 9 ust.1 pkt. 7 Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*);
- ochrony danych osobowych (jeśli jest dawcą lub biorcą przeszczepu) i objęcia ich tajemnicą (*art. 12 ust. 1 Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*);
- do umieszczenia go na liście (jeśli ma być biorcą) osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów oraz wyboru jako biorcy zgodnie z kryteriami medycznymi (*art. 13 Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*);
- wypisania ze szpitala, gdy jego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu (*art. 22 ust.1 pkt. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);
- wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie opieki zdrowotnej (*art. 22 ust.1 i 3 oraz art. 26 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*);

KAŻDY PACJENT Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (dotyczy osób uzależnionych od środków psychoaktywnych) LUB UPOŚLEDZONY UMYSŁOWO MA PONADTO PRAWO do:

- bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia do nieodpłatnej opieki zdrowotnej, a w czasie hospitalizacji – do bezpłatnych leków, artykułów sanitarnych i żywienia;
- zapewnienia mu metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne jego dobro osobiste i dążenia do poprawy zdrowia w sposób najmniej dla niego uciążliwy;
- uprzedzenia go o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego, przy czym zastosowanie tego środka wobec pacjenta może wynikać tylko z ustawy;
- uprzedzenia go o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez jego zgody wraz z podaniem przez lekarza przyczyny takiej decyzji (*badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych*);
- wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z oddziału;

- kontaktu z rodziną i innymi osobami bez ograniczeń;
- wyrażenia zgody lub odmowy umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym lub innym zakładzie opieki zdrowotnej z wyłączeniem sytuacji gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie chorego do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody;
- do cofnięcia wyrażonej wcześniej zgody na przyjęcie do szpitala;
- w przypadku przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez własnej zgody – do informacji przez lekarza o przyczynie takiej decyzji i o prawach jakie mu przysługują w tej sytuacji;
- do niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia go do szpitala bez jego zgody i informacji lekarza o planowanym postępowaniu leczniczym;
- do wypisania się ze szpitala (*jeżeli przebywa w nim bez swojej zgody*) wówczas, gdy zostaną usunięte przyczyny przyjęcia go do szpitala;
- złożenia w dowolnej formie wniosku o wypisanie go ze szpitala psychiatrycznego, a jeżeli jego wniosek w tym zakresie zostanie odrzucony, ma prawo do informacji o terminie i sposobie złożenia wniosku do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego oraz wystąpienia z takim wnioskiem do tegoż sądu.

(Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)

Niezależnie od powyższego, należy pamiętać, że:

„Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje.(...) Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw (*art. 31 ust.2 i 3 Konstytucji RP z dnia 2.04.1997 r.*).

REGULAMIN PORZĄDKOWY ZOZ jest dostępny w

KAŻDY PACJENT, WOBEC KTÓREGO KTÓREKOLWIEK Z WYŻEJ WYMIENIONYCH PRAW ZOSTANIE NARUSZONE, MA PRAWO:

- Złożyć skargę do:
 - dyrektora Zakładu Opieki Zdrowotnej,
 - Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - organu (podmiotu, który utworzył zakład),
 - organu rejestrowego zakładu opieki zdrowotnej,
 - Ministra Zdrowia,
 - organów samorządów zawodów medycznych,
 - Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Dochodzić swoich roszczeń na drodze postępowania sądowego.

JAK ROZPOWSZECHNIĄĆ INFORMACJE O ZJAWISKU NARKOMANII

Relacje z mediami

Na początku czerwca 2005 r. w Budapeszcie odbyło się zorganizowane w ramach *Reitox Academy* seminarium szkoleniowe poświęcone współpracy z mediami.

Reitox jest koordynowaną przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) siecią współpracy krajowych punktów monitoringu ds. narkotyków z Komisją Europejską. Sieć współpracy, umożliwiając porównywanie danych oraz łączenie systemów informacyjnych poszczególnych krajów, stanowi praktyczne narzędzie zbierania i wymiany danych na poziomie europejskim. Poprzez tworzenie rekomendacji i zaleceń do pozyskiwania wysokiej jakości danych Reitox dąży do wypracowania wspólnych dla krajów europejskich standardów zbierania informacji.

Dlaczego warto rozpowszechniać informacje za pomocą mediów

Korzystanie z możliwości, jakie poprzez swój zasięg oferują prasa, telewizja czy radio, może przynieść liczne korzyści. Powszechnie wiadomo, że media przyciągają dużą i zróżnicowaną liczbę odbiorców. Równocześnie, konkurując ze sobą, wszystkie szukają tematu, o którym jeszcze nikt nie mówił. Skuteczne wykorzystanie mediów może zwiększyć rozpoznawalność naszej instytucji, a także jej celów i kierunków działania.

Budując wiadomość i wybierając środek przekazu powinniśmy zdecydować, kto jest jej odbiorcą. Środkiem przekazu o szczególnie silnym oddziaływaniu jest telewizja, powszechnie traktowana jako wiarygodne źródło informacji. Kiedy lokalna lub ogólnokrajowa telewizja przedstawi wyniki najnowszych badań lub efekty przeprowa-

dzonej kampanii społecznej, większość odbiorców zaakceptuje zaprezentowany materiał jako fakt oczywisty i bezsprzeczny. Radio warto wybrać, kiedy chcemy spotkać się z naszym odbiorcą w... łazience lub kuchni. W odniesieniu do prasy z doświadczenia wiemy, że w gazecie łatwiej jest umieścić informacje w jej weekendowym lub poniedziałkowym wydaniu. Jednak kiedy naszym celem jest ukształtowanie opinii, lepiej skoncentrować się na tygodnikach, które skupiają stałych i bardziej uważnych czytelników.

Społeczne postrzeganie określonego środka masowego przekazu jako obiektywnego i bezstronnego znacznie zwiększa wiarygodność naszej informacji. Programy telewizyjne, audycje radiowe i artykuły w prasie mogą zatem zaoferować skuteczną (i równocześnie stosunkowo tania) drogę rozpowszechniania informacji.

Podstawowe zasady komunikacji z mediami

Dobrą komunikację z mediami gwarantuje kilka ogólnych zasad:

1. Jasno określaj informację.

Zdefiniuj podstawową wiadomość używając terminologii, która będzie zrozumiała dla docelowej grupy odbiorców. Zmniejszysz w ten sposób ryzyko nieodpowiedniej interpretacji dostarczonych informacji. Pamiętaj, żeby przekaz był możliwie prosty, np. lepiej napisać: „w 2003 r. z powodu narkotyków do ośrodków leczenia uzależnień przyjęto prawie 12 tysięcy osób“, niż „przyjęcia do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X:

F11-F16, F18, F19) w 2003 r. – 11 778“.

2. Wyczerpująco prezentuj temat.

Upewnij się, że twoja informacja jest kompletna, że nie pominąłeś żadnych istotnych elementów. Pomoże to uniknąć nadawania wydarzeniom wydźwięku sensacyjnego.

3. Przedstawiaj informacje w formie zgodnej z oczekiwaniami dziennikarzy:

- Odpowiadaj na postawione pytania, skoncentruj się na wskazanym zagadnieniu zamiast wysłać gotową broszurę. Mimo że jest to wygodne dla ciebie, dziennikarz straci sporo czasu na znalezienie danych, którymi jest zainteresowany i może po prostu zignorować dostarczony materiał.

- Bierz pod uwagę preferencje dotyczące długości tekstu. O zjawisku narkomanii zwykle publikowane są krótkie materiały, dlatego nie wysyłaj tekstu, który ma 5000 słów.

- Uważnie przeczytaj publikację, w której wykorzystano dostarczone przez ciebie dane i spróbuj zrozumieć sposób myślenia autora tekstu. W ten sposób sprawdzisz, czy odpowiednio przygotowałeś materiał dla dziennikarza.

Współpraca z dziennikarzami

Nasze relacje z mediami stanowią podstawę udanej komunikacji. Znajomość poszczególnych redakcji pomaga lepiej zrozumieć potrzeby rynku mediów i pogodzić te potrzeby z naszymi oczekiwaniami. Udane relacje nieformalne oraz częste rozmowy z dziennikarzami pozwalają dowiedzieć się, co obecnie jest dla nich interesujące.

Od właściwych relacji między instytucją upowszechniającą dane a mediami w głównej mierze zależy, czy informacja dotrze do odbiorców w odpowiedniej formie. Kluczową rolę odgrywa tu odpowiednie podejście do dziennikarzy – zdecydowanie bardziej opłaca się traktować przedstawicieli mediów

jak przyjaciół niż jak wrogów. Dzięki takiej strategii, minimalizujemy ryzyko pojawienia się w mediach niepochlebnych opinii dotyczących naszej instytucji, a dzięki dobrej współpracy z mediami zwiększamy możliwość zamieszczania przychylnych nam publikacji.

Niezwykle istotne pozostaje uświadomienie sobie dość oczywistego faktu, że pomimo iż ostatecznym celem jest dostarczenie informacji widzom, słuchaczom i czytelnikom, to bezpośrednimi odbiorcami naszego przekazu (pierwszymi czytelnikami materiałów, uczestnikami konferencji) są dziennikarze i redaktorzy. W związku z tym, aby zwiększyć szansę przekazania wiadomości docelowym odbiorcom, konieczne jest dostarczenie dziennikarzom takich informacji, które są gotowi przyjąć, zaakceptować i zaprezentować. Tym bardziej że nie jesteśmy w stanie zobowiązać ich ani do zamieszczenia całego materiału, który dostarczyliśmy, ani do odtworzenia go dokładnie w takiej postaci, jaką uważamy za najbardziej odpowiednią. Dziennikarze pozostają niezależni i to oni ostatecznie decydują o charakterze przygotowywanego materiału i stylu, w jakim go przedstawiają. W konsekwencji powinniśmy zrobić wszystko, żeby nasz przekaz był interesujący, zrozumiały, wyczerpujący i jednoznaczny, a także dostarczony w formie łatwej do edycji.

Dziennikarze są ludźmi niezwykle zajętymi, a ich cykl pracy podyktowany jest sztywnymi terminami procesu publikacji. Pamiętajmy, że przyciągnięcie ich uwagi może wymagać sporego wysiłku. Warto być także przygotowanym na krótkie terminy wyznaczane przez media na udzielenie odpowiedzi (zwykle krótsze w przypadku telewizji i radia niż prasy).

Efektywne strategie komunikacji

Dla mediów powinniśmy być źródłem systematycznie dostarczanych, rzetelnych i wartościowych wiadomości. Dlatego tak

ważną rolę odgrywa przygotowywanie dla dziennikarzy specjalnych materiałów, zawierających informacje jednoznaczne i czytelne. Istotne wydaje się także, aby dziennikarze otrzymywali dane regularnie, np. raz w miesiącu. Stworzenie profesjonalnego systemu rozpowszechniania informacji dotyczących narkotyków i narkomanii jest zdecydowanie bardziej efektywne niż udzielanie informacji indywidualnie na prośbę zainteresowanych dziennikarzy. Warto szczegółowo zaplanować koncepcję współpracy, a także stworzyć listę dziennikarzy, do których będą przesyłane materiały.

Propagowanie informacji odniesie lepszy skutek, tzn. informacja obejmie swoim zasięgiem większą grupę docelowych odbiorców, jeśli np. publikację raportu z programu badawczego lub inauguracji kampanii profilaktycznej połączymy z innym powszechnie znanym wydarzeniem, Międzynarodowym Dniem Zapobiegania Narkomanii lub Dniem Kobiet.

Warto jasno określić, kto spośród naszego zespołu jest odpowiedzialny za kontakty z dziennikarzami; może być to dyrektor instytucji jak również inna osoba. Ważne wydaje się jednak mianowanie do tej funkcji określonego pracownika, nawet w przypadku, gdy nie będzie on potrafił odpowiedzieć na wszelkie zadawane przez dziennikarzy pytania. Wystarczy jeśli zajmie się sprawą, przygotowując odpowiednie informacje lub kontaktując dziennikarza ze specjalistą w konkretnej dziedzinie. Pracownik odpowiedzialny za kontakty z prasą powinien oczywiście konsultować z przełożonymi informacje przekazywane mediom.

We wprowadzeniu profesjonalnego systemu rozpowszechniania informacji często pojawiającą się trudność stanowi niewystarczające zaplecze techniczne oraz kadrowe.

Kolejną trudność stanowią słabo rozbudowane struktury informacyjne oraz niezdefiniowana strategia upowszechniania informacji.

Przygotowywanie materiałów prasowych (press release)

W trakcie seminarium przeprowadzono warsztat poświęcony tworzeniu komunikatu prasowego. Komunikat prasowy to informacja kierowana bezpośrednio do mediów i to na jej podstawie dziennikarze decydują, czy są zainteresowani publikacją naszego materiału.

Ważne jest, aby nasza wiadomość wyróżniała się spośród innych materiałów konkurujących o uwagę dziennikarzy, a także była zaprezentowana w sposób zachęcający do rozpowszechniania jej bez nanoszenia większych zmian.

Poprawny komunikat powinien opierać się na poniższym schemacie:

- **Nagłówek** – jest pierwszą informacją, która przemawia do odbiorcy. Dobry nagłówek to nagłówek krótki, maksymalnie 2 linijki. Idealnie, jeśli napiszemy go językiem potocznym, będzie zawierał czasownik w stronie czynnej i wzbudzi ciekawość lub zadziała na wyobraźnię czytelnika.
- **Wprowadzenie** – pamiętajmy, że czytelnicy, widzowie, słuchacze, a tym bardziej dziennikarze zazwyczaj nie mają zbyt wiele czasu i najchętniej jednym rzutem oka poznaliby treść całej wiadomości. Dlatego 2-3 -zdaniowe wprowadzenie powinno stanowić skrót całego materiału i podkreślać to, co w nim najważniejsze. Innymi słowy, we wprowadzeniu powinniśmy podjąć próbę odpowiedzi na 6 podstawowych pytań: kto?, co?, dlaczego?, kiedy?, gdzie? i jak?
- **Rozwinięcie** – powinno składać się z kilku paragrafów. Porządkujemy je w kolejności: od przedstawiających najważniejsze wiadomości do prezentujących te mniej istotne. Dobrym sprawdzianem, czy odpowiednio rozmieściliśmy informacje w materiale jest przeczytanie tekstu od końca do początku. Kolejne paragrafy powinny stopniowo odsłaniać istotę

przekazu. Komunikat prasowy w takiej formie zdecydowanie ułatwi pracę dziennikarzom, którzy pod presją czasu szukają informacji do wypełnienia określonej przestrzeni w gazecie lub czasopiśmie.

Poniżej przedstawiam kilka praktycznych wskazówek dotyczących przygotowywania komunikatu prasowego:

- Umieszczanie w tekście pytań czyni go „żywym“ i bardziej interesującym.
- Cytując konkretną wypowiedź dobrze jest podać źródło (np. nazwisko i funkcję – dr Kowalski) i zaznaczyć, że jest to opinia, a nie fakt. Rozwiążesz w ten sposób problem oddzielania informacji naukowych od opinii oraz informacji politycznych.
- Podtytuły – powinny być krótkie, dzielić tekst na w miarę równe części i zaznaczać poszczególne zagadnienia w nim poruszane. Taka struktura ułatwia znalezienie szczególnie interesujących dla czytelnika informacji. W typowym, 2-stronicowym komunikacie prasowym odpowiednie wydaje się umieszczenie 2-3 podtytułów.
- Wypunktowanie jest przydatne, kiedy przedstawiamy konkretną listę, zakres lub w przypadku porównań. Jest także skuteczną metodą krótkiej prezentacji scenariusza lub przebiegu wydarzenia.
- Należy unikać numerowania paragrafów i innych elementów, których nie używa się w drukowanym tekście. W ten sposób oszczędzamy czas dziennikarza, który musiałby usuwać numery.
- Fotografie, tabele, wykresy – atrakcyjna i dobrej jakości oprawa graficzna może znacznie zwiększyć prawdopodobieństwo, że nasz materiał zostanie wybrany do publikacji. Dobrze, jeśli fotografie przyciągają uwagę – przedstawiają postacie ludzkie lub niezwykle elementy, a tabele i wykresy nie są zbyt skomplikowane. Jeśli elementy graficzne dostarczamy drogą elektroniczną, pamiętajmy, aby były wygodne do edycji oraz opisane (np. legenda w przypadku wykresów).

Organizacja konferencji prasowych

Skutecznym sposobem zainteresowania dziennikarzy naszą wiadomością jest zorganizowanie konferencji prasowej. Należy się spodziewać, że konferencja wzbudzi szczególne zainteresowanie dziennikarzy, jeśli zorganizowana zostanie z ważnej okazji, ewentualnie połączona będzie z innym wydarzeniem, a podczas niej ogłosimy nowe, jeszcze niepublikowane informacje. Ponadto atrakcyjność konferencji podniesiemy umożliwiając dziennikarzom zapoznanie się z efektami oraz rezultatami działań z pierwszej ręki oraz proponując zadawanie pytań bezpośrednio osobom zaangażowanym w prezentowane przedsięwzięcie.

Przygotowania konferencji warto rozpocząć od powołania zespołu odpowiedzialnego za jej organizację. Każda z osób w zespole powinna mieć jasno zdefiniowaną funkcję i wyznaczone konkretne zadania. Dobrze jest rozpisać szczegółowy harmonogram działań z uwzględnieniem terminów realizacji poszczególnych etapów pracy. Pamiętajmy, aby w naszym planie znalazły się cotygodniowe zebrania zespołu, podczas których dowiemy się, jak postępują przygotowania i rozwiążemy bieżące trudności. Warto poświęcić trochę czasu na omówienie problemów, które mogą się pojawiać na dalszych etapach pracy. Taka strategia minimalizuje ryzyko ich wystąpienia.

Współpraca z mediami w praktyce

W trakcie seminarium zaplanowano konkretne działania umożliwiające uczestnikom wykorzystanie nowo nabytej wiedzy. Po seminarium Polskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) przygotowało listę czasopism naukowych i popularno-naukowych, do których Europejskie Centrum będzie rozsyłało swoje publikacje, zaktualizowało listę mediów, z którymi współpracuje Krajowe Biuro ds. Przeciw-

działania Narkomanii, oraz nominowało dziennikarzy do udziału w oficjalnym ogłoszeniu, w listopadzie tego roku w Brukseli, „Rocznego Raportu EMCDDA o Stanie Zagrożenia Narkomanią w Krajach Unii Europejskiej i Norwegii – 2005“.

W związku z ogłoszeniem rocznego raportu EMCDDA w Brukseli, jako kolejny wymierny efekt szkolenia zaplanowano ogłoszenie raportu we wszystkich krajach współpracujących z Europejskim Centrum EMCDDA poprosiło wszystkie krajowe punkty monitoringu o przygotowanie do publikacji rocznego raportu swojego kraju i ogłoszenie go wspólnie z raportem EMCDDA. Do zadań CINN w tym obszarze należeć będzie dostarczenie do Europejskiego Centrum propozycji prezentacji współpracy krajowego punktu kontaktowego ds. narkotyków z EMCDDA, a następnie organizacja całego wydarzenia, m. in. zapewnienie mu odpowiedniej rangi poprzez zorganizowanie ogłoszenia raportu w odpowiednim miejscu i czasie oraz zaproszenie do udziału w nim powszechnie znanych i cenionych

specjalistów w dziedzinie narkotyków i narkomanii, a ponadto przygotowanie materiałów dla dziennikarzy, w tym komunikatu prasowego dotyczącego raportu.

Seminarium niewątpliwie pomoże także w sprecyzowaniu, a w przyszłości wprowadzeniu praktycznych rozwiązań do koncepcji udostępniania mediom informacji o narkotykach i narkomanii przez polskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W odniesieniu do Centrum Informacji kwestią, która wysuwa się na plan pierwszy, jest konieczność nawiązania stałej współpracy z mediami. Bez niej trudno bowiem zainteresować media realną sytuacją narkotykową w Polsce i Europie.

Dodam ponadto, że pisząc niniejszy artykuł, po raz pierwszy świadomie starałam się stosować w praktyce niektóre zasady i strategie komunikacji oraz wykorzystać rady i wskazówki dotyczące przygotowywania tekstu do publikacji.

Agnieszka Marchel

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

CENTRUM INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII

Rola ekspertów wojewódzkich w budowaniu systemu zbierania danych

W 2001 roku na mocy nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1977 roku utworzone zostało w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN). Zasadniczym celem powołania Centrum Informacji jest stałe monitorowanie sceny narkotykowej w Polsce oraz wszelkich oddziaływań zapobiegawczych w tym zakresie. Centrum Informacji ściśle współpracuje z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)

i działa jako jeden z 27 Krajowych Punktów Monitoringu tworzących sieć Reitox (państwa członkowskie Unii Europejskiej, Komisja Europejska, Norwegia). Do podstawowych zadań CINN należy koordynacja zbierania danych dotyczących narkomanii od różnych służb reagujących na problem narkotyków i narkomanii oraz poprawa trafności i rzetelności wskaźników. Centrum Informacji realizuje również badania dotyczące problematyki narkomanii i dokonuje ich analiz. Jednym z ważnych elementów prowadzonych prac

jest koordynowanie sieci ekspertów wojewódzkich wchodzących w strukturę systemu zbierania danych.

W ramach budowania systemu zbierania informacji o narkotykach i zjawisku narkomanii CINN zwróciło się do wszystkich wojewódzkich władz samorządowych o wyznaczenie osoby pełniącej funkcję eksperta wojewódzkiego. Do zadań eksperta należy przede wszystkim zbieranie i analizowanie danych na poziomie województwa, które nie są agregowane na poziomie centralnym. Ze względu na usytuowanie funkcji w strukturze urzędu marszałkowskiego, ekspert ma ułatwiony dostęp do danych pochodzących z działań podejmowanych przez samorząd. Dane zebrane z regionu, a także otrzymane poprzez wymianę informacji od CINN mogą stanowić cenne źródło informacji także dla władz wojewódzkich, bowiem poprzez analizę zebranych danych ekspert może formułować użyteczne i praktyczne wnioski oraz rekomendacje dla decydentów. Zbieranie danych na poziomie regionu pozwala na uwzględnienie kulturowych i ekonomicznych różnic występujących pomiędzy poszczególnymi województwami, a także na uchwycenie lokalnej specyficzności zjawiska narkomanii. W ubiegłym roku po raz pierwszy powstały wojewódzkie raporty dotyczące problemu narkotyków i narkomanii. Składały się one z dwóch zasadniczych części oraz wniosków i rekomendacji. W pierwszej części eksperci opisali problem narkotyków i narkomanii oraz zawarli ocenę zjawiska w swoim regionie, w drugiej zaś przedstawili podjęte działania będące odpowiedzią na problem narkomanii. Wnioski i rekomendacje zawierały proponowane kierunki działań, które należy podjąć w celu ograniczenia rozmiarów zjawiska narkomanii w województwie. Podobne raporty powstaną także w tym roku, a ich treści zostaną upowszechnione. Warto nadmienić, że dane zebrane przez ekspertów

z powiatów i gmin służą również do przygotowywania corocznych sprawozdań z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Nowa Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (art. 9, pkt. 6 i 7) daje umocowanie prawne dla funkcji ekspertów wojewódzkich. W myśl ustawy do zadań eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii należy:

- zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych;
- prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników;
- gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii;
- formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii;
- gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii.

Od dwóch lat spotkania ekspertów wojewódzkich z udziałem CINN odbywają się regularnie dwa razy do roku. Celem tych spotkań są szkolenia i wymiana informacji służąca budowaniu sprawniejszego systemu zbierania danych na temat zjawiska narkomanii w kraju. Na spotkania często zapraszani są również eksperci z EMCDDA oraz inni eksperci zagraniczni z punktów monitoringu w innych krajach. W ubiegłym roku eksperci uczestniczyli w trzydniowym seminarium zorganizowanym w Lizbonie. Spotkanie zostało przygotowane przez polskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) oraz Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

(EMCDDA). Głównym celem uczestnictwa w seminarium zagranicznym było zapoznanie się z zakresem działań prowadzonych przez Europejskie Centrum oraz przyjrzenie się sposobom zbierania danych stosowanym przez EMCCDA. W wizycie studyjnej ze strony polskiej wzięli udział pracownicy Krajowego Biura oraz eksperci wojewódzcy z siedmiu województw. Spotkanie było okazją do przedstawienia polskiego dorobku w zakresie procesu tworzenia sieci regionalnych ekspertów i omówienia perspektyw dalszej współpracy w ramach międzynarodowej sieci zbierania danych. Oprócz strony polskiej w seminarium brali udział przedstawiciele chorwackiego Biura Zwalczającego Nadużywanie Narkotyków, którzy przedstawili założenia Chorwackiej Krajowej Strategii Przeciwdziałania Narkomanii w świetle przyszłego uczestnictwa w EMCDDA. Jednym z ważnych tematów spotkania było omówienie roli sieci Reitox i jej operacyjnych obszarów działania oraz systemu raportowania, a także omówienie roli i aktywności EMCDDA w powiększaniu Unii Europejskiej.

Drugi dzień spotkania poświęcono na omówienie kluczowych wskaźników, które wyznaczają główne kierunki prac podejmowanych przez Europejskie Centrum. Została przeprowadzona ocena jakościowa krajowych raportów, które corocznie są przekazywane przez krajowe centra do EMCDDA, pod kątem najczęściej występujących błędów i trudności uniemożliwiających często prawidłową interpretację danych zawartych w raportach. Uczestnicy seminarium zapoznali się także z założeniami metodologicznymi Planu Działania Dotyczącego Nowych Narkotyków Syntetycznych oraz zasadami działania i per-

spektywami dalszego rozwoju Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach Syntetycznych. Kolejnym tematem było omówienie danych dotyczących leczenia i reintegracji społecznej osób uzależnionych. Przedstawiono dane dotyczące leczenia otrzymywane corocznie z krajowych centrów w ramach sieci Reitox i wskazano na trudności w pozyskiwaniu tych danych.

W trzecim dniu seminarium omawiano sposoby zbierania danych z zakresu profilaktyki, systemu sprawiedliwości, redukcji szkód oraz danych w ramach „Europejskiej bazy programów dotyczących redukcji ryzyka” (EDRA). W podsumowaniu omówiono tworzenie sieci wymiany informacji z wykorzystaniem teoretycznych założeń w praktyce. Wizyta ekspertów wojewódzkich w Lizbonie ułatwi zapewne polskim uczestnikom dostosowanie zbierania danych do wymogów Unii Europejskiej. EMCDDA często korzysta z badań lokalnych, dlatego ważne jest, aby stosowana metodologia była jednolita i porównywalna.

Spotkanie było doskonałą okazją do zaprezentowania działania polskiej sieci zbierania informacji o narkotykach i narkomanii. Należy wspomnieć, że sieć ekspertów wojewódzkich, która powstała w Polsce w ramach Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii jest pierwszym tego typu rozwiązaniem w Europie. Idea ta spotkała się z dużym zainteresowaniem ze strony EMCCDA i być może w przyszłości taka strategia zostanie wykorzystana przy tworzeniu podobnych sieci w innych krajach.

Artur Malczewski

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

SYSTEM SZKOLEŃ W DZIEDZINIE TERAPII I REHABILITACJI UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW CERTYFIKOWANY PRZEZ MINISTRA ZDROWIA

System zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków określa regulamin ministra zdrowia. (DZ.Urz. MZ nr 4 z dnia 8 kwietnia 2002 r., poz. 18 z późn. zm.)

Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych

Z dniem 5 marca br. minister zdrowia, Marek Balicki na wniosek dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii powołał na okres drugiej kadencji członków nowego składu Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych.

Nominacje otrzymali:

- prof. dr hab. Czesław Czabała – przedstawiciel Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
- dr med. Karina Steinbarth-Chmielewska – przedstawiciel Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
- mgr Bogusława Bukowska – przedstawiciel Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
- mgr Krzysztof Czekaj – specjalista terapii uzależnień,
- mgr Alicja Bukowska – specjalista terapii uzależnień
- mgr Janusz Strzelecki – specjalista terapii uzależnień

Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych jest organem opiniodawczo-doradczym ministra zdrowia w sprawach dotyczących prowadzonego przez dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Siedzibą rady jest Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Członków rady powołuje oraz odwołuje

minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek dyrektora Biura lub członka rady. Okres kadencji wynosi 3 lata.

Rada prowadzi postępowanie oceniające w sprawach:

- programów specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków,
- zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o uzyskania rekomendacji uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków,
- kwalifikacji osób ubiegających się o uzyskanie rekomendacji uprawniającej do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Realizacja szkoleń

Obecnie prowadzone jest postępowanie zatwierdzające i certyfikujące w ramach ogłoszonego przez dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie specjalisty i instruktora terapii uzależnień w systemie pełnym.

Będzie to już trzecia edycja szkolenia. W ramach pierwszej i drugiej edycji szkolenie realizowane było lub jest nadal przez: Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oddział w Zielonej Górze w porozumieniu z Uniwersytetem Zielonogórskim, Polską Federację Społeczności Terapeutycznych w Gdańsku, Instytut Nauk o Rodzinie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego,

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na uzyskanie rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego i certyfikowanego przez ministra zdrowia

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54,

tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65,

www.kbpn.gov.pl

na podstawie art. 14 ust 2a Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r. (tekst jednolity Dz.U. Nr 24, poz. 198 z 2003 r.) oraz Regulaminu zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego przez ministra zdrowia (Dz.Urz.MZ Nr 4 z dnia 8 kwietnia 2002r. poz.18 z późn. zm.)

zaprasza

zainteresowane zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń w trybie ambulatoryjnym i/lub dziennym do składania ofert i uczestniczenia w konkursie na uzyskanie rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego i certyfikowanego przez ministra zdrowia

W konkursie mogą brać udział zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń w trybie ambulatoryjnym i/lub dziennym spełniające następujące kryteria:

- a) placówka powinna być zarejestrowana jako zakład opieki zdrowotnej i prowadzić terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 5 lat,
- b) program terapeutyczny placówki i program stażu klinicznego powinien uzyskać akceptację Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych,
- c) zatrudniona kadra powinna posiadać udokumentowane szkolenia przydatne w prowadzeniu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- d) co najmniej 80% personelu merytorycznego powinny stanowić osoby posiadające wykształcenie wyższe, w tym specjaliści terapii uzależnień.

Szczegółowe wymagania dotyczące ofert znajdują się na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl w dziale Certyfikacja.

Oceny ofert dokonuje Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych zgodnie z zasadami i trybem określonym w Regulaminie zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.

Rekomendacji udziela dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii na podstawie szczegółowej oceny sporządzonej przez Radę do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych.

Oferty prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura lub w siedzibie Krajowego Biura od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 16.00.

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,

02 - 776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54

Termin składania ofert upływa z dniem 16.08.2005 r. Oferty należy składać do godziny 15.00.

Informacje telefoniczne udzielane są od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu:

(0 22) 641 15 01 w godzinach od 10.00 do 14.00

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w terminie do 15.09.05 r.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie również prawo do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

dokończenie ze str 58

Instytut Psychologii Zdrowia w Warszawie oraz Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oddział w Katowicach.

W roku 2005 odbyły się pierwsze egzaminy kończące specjalistyczne szkolenie. Certyfikaty otrzymali słuchacze szkolenia organizowanego przez KUL oraz PTZN

w Zielonej Górze. W zakresie specjalisty terapii uzależnień wydano 36 certyfikaty, w zakresie instruktora terapii uzależnień – 4. Wkrótce odbędą się również egzaminy w ramach szkolenia organizowanego przez Polską Federację Społeczności Terapeutycznych w Gdańsku oraz Instytut Psychologii Zdrowia w Warszawie.



Blżej siebie - dalej od narkotyków

Rozmawiaj więcej ze swoim dzieckiem

Antynarkotykowy Telefon Zaufania

0 801 199 990*

Antynarkotykowa Poradnia Internetowa

www.narkomania.org.pl

* opłata za całe połączenie 35 gr brutto



Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ogólnopolska kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pod hasłem: Blżej siebie - dalej od narkotyków

GŁÓWNY PATRONAT MEDIALNY:



















































Serwis Informacyjny Narkomania

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
 tel.: (022) 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: **Studio Ancom**
 tel. (022) 32 60 370

druk: **Zakład Poligraficzny LEGRAF**
 ul. Asnyka 9, 05-410 Michalin-Józefów

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Jacek Morawski
 (Ośrodek Informacji o Akoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz
 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski
 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

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

Włodzimierz Ziemia
 (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo bezpłatne