

Krzysztof Piotr Badora

Opieka nad uzależnionymi w Szwecji

Prace Naukowe. Pedagogika 11, 13-16

2002

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Krzysztof Piotr Badora

Opieka nad uzależnionymi w Szwecji

Używanie alkoholu i narkotyków jest we współczesnym świecie zjawiskiem powszechnym. W większym zakresie dotyczy alkoholu, który w wielu kulturach stał się ważnym składnikiem życia społecznego i jego używanie jest powszechnie akceptowane. Jednocześnie w wielu krajach alkoholizm stanowi jeden z najpoważniejszych problemów społecznych. W przypadku używania narkotyków, postawy społeczeństw są mniej dwuznaczne. Na ogół wszyscy jednoznacznie poddają krytyce używanie narkotyków we wszystkich ich postaciach i podejmują różne sposoby walki z tym zjawiskiem.

W Szwecji przyzwolenie na używanie alkoholu jest zdecydowanie mniejsze, a używaniu narkotyków wydano zdecydowaną walkę. Takie podejście społeczeństwa sprawia, że liczba uzależnionych od narkotyków i alkoholu w porównaniu z innymi krajami europejskimi jest zdecydowanie mniejsza. Prawo zabrania posiadania narkotyków nawet na własną konsumpcję. Każde posiadanie środków odurzających jest przestępstwem, co oznacza, że również używanie narkotyków jest związane z zachowaniem przestępczym i wykluczeniem społecznym. Szwedzkie społeczeństwo poczyniło wiele wysiłków w celu zapobiegania narkomanii i rehabilitacji już uzależnionych.

W swojej polityce społecznej Szwecja założyła stopniową redukcję spożycia alkoholu, która w najbliższej perspektywie ma wynieść około 25%. Przez lata dziewięćdziesiąte sprzedaż alkoholu pozostawała na tym samym poziomie — 6,2 lub 6,3 litra na mieszkańca. Jednak zmieniła się struktura spożycia, co sprawia, że używanie alkoholu stało się też problemem pedagogicznym. Corocznie prowadzone w Szwecji badania wskazują bowiem, że nastąpił wzrost spożycia alkoholu przez dzieci i młodzież w wieku pomiędzy 12 a 24 rokiem życia. Wśród tej grupy młodych ludzi większy wzrost spożycia alkoholu zaobserwowano u dziewcząt. W tym samym czasie zmalała liczba dorosłych spożywających alkohol. Badania przeprowadzone przez Lundby Survey można sprowadzić do konkluzji, że ponad 9% dorosłych mężczyzn miało problemy związane z używaniem alkoholu. Inne szacunki wskazują na liczbę między 300.000 a 500.000 uzależnionych od alkoholu. Różnice pomiędzy tymi liczbami wynikają z różnego definiowania pojęcia alkoholizmu. Biorąc pod uwagę szeroką definicję, obejmującą większy zakres zjawiska, można przypuszczać, że około 10% populacji pomiędzy 20 a 70 rokiem życia ma problemy z alkoholem w większym lub mniejszym rozmiarze, co oznacza około 300.000 ludzi. (U. Malmstrom, 1997, s. 51.)

W ciągu ostatnich lat obserwuje się w Szwecji niewielki wzrost liczby używających narkotyki. Dotyczy to szczególnie dzieci i młodzieży. Wzrosła np. liczba uczniów szkół

podstawowych, którzy choć raz spróbowali narkotyków. Powolny wzrost spożycia różnych substancji narkotycznych obserwuje się począwszy od lat siedemdziesiątych. Ryzyko uzależnienia jest dużo wyższe wśród młodzieży miejskiej, szczególnie tej, która opuściła dom rodzinny. Badania prowadzone w Szwecji wskazują, że około 20% wszystkich narkomanów stanowią imigranci. Dotyczy to głównie imigrantów poniżej 25 roku życia. Ponad połowa to pierwsze pokolenie imigrantów i trochę mniej niż połowa to imigranci drugiego pokolenia. Powszechnymi narkotykami używanymi przez nieeuropejskich imigrantów są opium i heroina stosowana przez iniekcje dożylnie. „Szwedzcy narkomani mają raczej tendencję do używania narkotyków palonych niż wstrzykiwanych. (U. Malmstrom. 1997. s. 53.)

Szwecja w swojej polityce dotyczącej przeciwdziałania uzależnieniom założyła stworzenie społeczeństwa wolnego od narkotyków i alkoholu. Bódcem do nasilenia walki z tymi zjawiskami stało się odkryte w latach osiemdziesiątych zagrożenie zakażeniem wirusa HIV i chorobą AIDS. Podjęto wówczas wiele wysiłków aby ograniczyć rozprzestrzenianie się tej choroby, co w dużej mierze udało się. W ramach polityki przeciwalkoholowej limituje się produkcję alkoholu i utrzymuje monopol państwa na handel alkoholem. Nie uznaje się także żadnych kompromisów w kwestii sprzedaży i używania narkotyków. Nie ma także tendencji do liberalizacji polityki w kwestii narkotyków i uzależnień narkotykowych, co ostatnio można zaobserwować w niektórych krajach europejskich.

Instrumentem polityki społecznej w dziedzinie uzależnień jest spójne prawo. Głównym dokumentem prawnym regulującym opiekę nad osobami uzależnionymi w Szwecji jest Ustawa o opiece społecznej z 19 czerwca 1980 roku z poprawkami z 1998 roku (*Social Services Act*) oraz Akt o opiece nad osobami uzależnionymi (*Care of Abusers [Special Provisions] Act / LVU*). W pierwszym paragrafie ustawy o opiece społecznej założono, że publiczne usługi społeczne sprawowane będą w oparciu o podstawy demokracji i solidarności, a ich celem jest poprawienie jakości życia oraz wyzwalanie i rozwój aktywności indywidualnej i grupowej w duchu odpowiedzialności za własną i cudzą sytuację społeczną. Czynności opiekuńcze uwzględniać mają wolną wolę i prywatność obywateli. (*Social Services Act. 1997:313.*)

Odpowiedzialność za opiekę społeczną ustawa nakłada na zarząd miasta, a obowiązki dotyczące opieki społecznej wykonywane są w danym rejonie przez komitet lub komitety mianowane przez radę miejską. Zarząd miasta może także zawrzeć porozumienie z inną agencją, organizacją pozarządową (stowarzyszeniem, fundacją, osobą prywatną) oraz z innym miejskim zarządem w celu wymiany usług opiekuńczych. Zarząd miasta może też zawrzeć porozumienie z radą okręgową, biurami ubezpieczenia społecznego i okręgową radą pracy, po to by racjonalnie i skutecznie wykorzystywać dostępne środki. Taką wspólną działalność dofinansowuje zarząd miasta. (*Social Services Act, 1997: 1305.*) Do obowiązków miejskiego komitetu opieki społecznej należy przede wszystkim zaznajomienie się z warunkami życia w mieście, zdiagnozowanie potrzeb opiekuńczych, w tym potrzeb dzieci i młodzieży wychowującej się w rodzinach, które mogą stanowić zagrożenie dla ich prawidłowego rozwoju. Współpracując z innymi instytucjami publicznymi, organizacjami, stowarzyszeniami, osobami prywatnymi, komitet bierze udział w planowaniu szeroko rozumianej profilaktyki społecznej, w tym także dotyczącej przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu i narkotyków.

Szczegółowe regulacje prawne odnośnie opieki nad uzależnionymi zawarte są w Akcie o opiece nad osobami uzależnionymi (*Care of Abusers [Special Provisions] Act - LMA*).

Paragraf pierwszy Aktu stanowi, że każda opieka mająca na celu pomoc osobom w zerwaniu z uzależnieniem od alkoholu, narkotyków i środków zamiennych musi uwzględniać dyrektywy zawarte w cytowanym wyżej paragrafie pierwszym ustawy o opiece społecznej, czyli bazować na samostanowieniu i prywatności jednostki oraz zawsze, gdy to tylko jest możliwe, musi być sprawowana na warunkach partnerskiej umowy z jednostką. Tak więc, opiekę nad uzależnionymi sprawuje się wtedy, gdy wyrazili na to zgodę. Jednakże w niektórych szczególnych przypadkach można objąć opieką osobę uzależnioną bez jej zgody. Zwykle przymusowa opieka ma na celu motywowanie osoby uzależnionej w taki sposób, aby uzyskać zdolność tej osoby do ochotniczego udziału w dalszym leczeniu i wspieraniu jej w próbach zerwania z nałogiem.

Nakaz przymusowej opieki sporządza się wtedy, gdy z powodu nadużywania alkoholu, narkotyków lub środków zamiennych osoba poważnie naraża swoje życie lub zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dezorganizuje swoje życie społeczne, a także w przypadku, gdy nałóg może spowodować krzywdę własną lub innych, bliskich jej osób. Nakaz takiej przymusowej opieki wydaje sąd okręgowy w oparciu o przedstawiony mu raport komitetu opieki społecznej. W sporządzeniu takiego raportu komitetowi pomocy społecznej mają pomagać władze publiczne, mające kontakt z uzależnionym oraz lekarz wyznaczony przez komitet do zbadania stanu zdrowia uzależnionego. W raporcie komitet opieki społecznej ma też wskazać instytucję, która podejmie się opieki nad uzależnionym. Po wydaniu nakazu opieki, komitet musi dopilnować, aby był wykonany i aby opieka przebiegała zgodnie ze wskazaniami specjalistów. Przymusowa opieka ma się zakończyć w momencie, gdy jej cel zostanie osiągnięty lub gdy trwała 6 miesięcy. Poza tym, komitet opieki społecznej ma dołożyć wszelkich starań, aby upewnić się, że po okresie opieki jednostka ma zapewnione zakwaterowanie i zatrudnienie (w przypadku młodzieży naukę) oraz wsparcie i terapię w celu całkowitego pozbycia się uzależnienia. (Care of Abusers [Special Provisions] Act / LVU, 1997: 1097.)

W Szwecji szczególnie nacisk kładzie się na opiekę nad uzależnionymi, na ich leczenie i rehabilitację. Odpowiedzialność za opiekę i leczenie narkomanów i alkoholików spoczywa głównie na służbie społecznej i służbie medycznej. Służba medyczna odpowiada za detoksykację i leczenie powikłań psychicznych jako częstego skutku uzależnienia. Służby społeczne natomiast odpowiedzialne są za długoterminową rehabilitację i pomoc społeczną. Znaczną część zadań związanych z rehabilitacją wykonują organizacje pozarządowe. Opieka nad uzależnionymi przebiega głównie w specjalnych instytucjach (szpitalach, ośrodkach terapeutycznych, mieszkaniach treningowych i tzw. mieszkaniach próbnych.) Opieka w tych instytucjach ma formę dobrowolną lub przymusową. Rocznie około 3500 ludzi poddanych jest terapii i rehabilitacji w tych instytucjach. Stopniowo zmniejsza się liczba podopiecznych objętych opieką przymusową. Obecnie w Szwecji obserwuje się tendencję do ograniczenia opieki instytucjonalnej na korzyść pomocy udzielanej w domach i ambulatoryjnie. Z tego typu pomocy korzysta około 80.000 ludzi. Wśród nich ponad połowa została zdiagnozowana jako uzależnieni od alkoholu, a ponad 25% jako uzależnieni zarówno od alkoholu, jak i narkotyków.

Podobnie jak w wielu innych krajach, tak i w Szwecji trudno jest określić efektywność podejmowanej opieki. Badania podejmowane przez różne podmioty różnią się pod względem przyjętej metodologii i doboru próby badawczej. Efekty opieki różnią się w zależności od instytucji, które poddane są badaniom, stosowanych wobec klientów metod terapeutycznych, ich sytuacji życiowej i zdrowotnej. Często także skuteczność opieki widoczna

jest dopiero po latach abstynencji, a na ogół tego typu badań naukowych nie prowadzi się. Niezależnie od tego, w Szwecji kładzie się nacisk na to, aby wszyscy uzależnieni otrzymali opiekę w takim zakresie, w jakim jej potrzebują.

Bibliografia

Care of Abusers (Special Provisions) Act / LVM, Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 1998.

Care of Young Persons (Special Provisions) Act / LVU, Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 1998.

Malmstrom U., *Substance abuse*, [in:] *Social and caring services in Sweden 1996*, Stockholm 1997.

Social Services Act, Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 1998.