

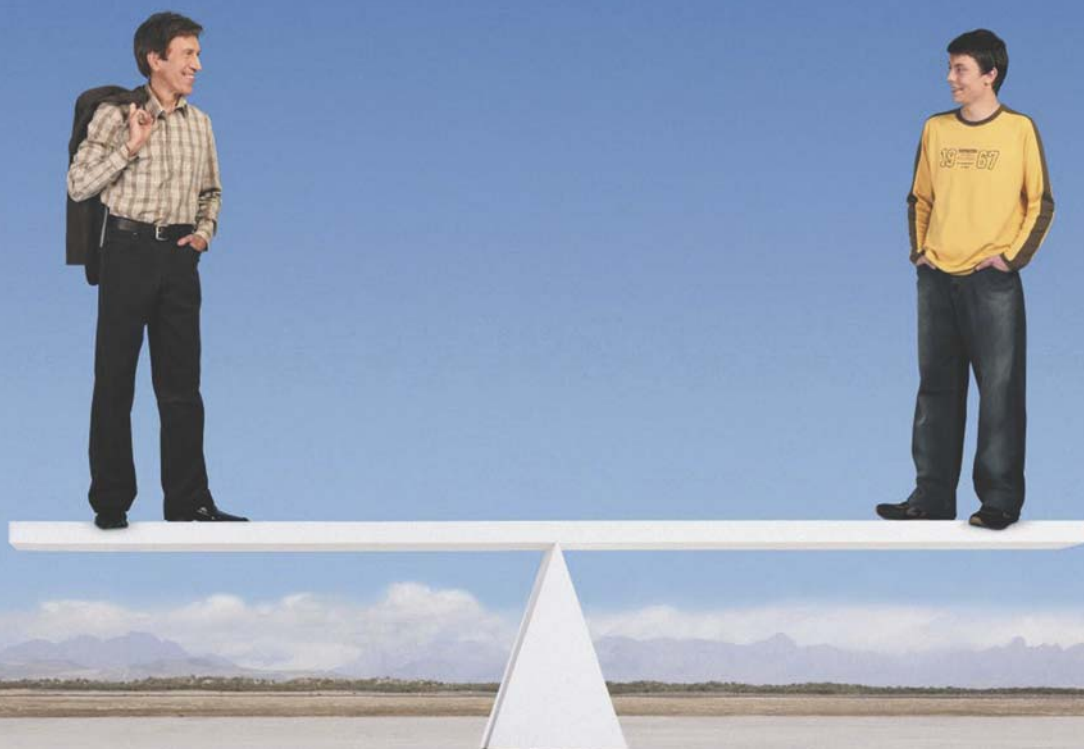


Serwis Informacyjny **NARKOMANIA**

ISSN 1233-9318

Nr 2 (33) 2006

Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem



Bliżej siebie - dalej od narkotyków

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

Główny patronat medialny: **TVP**
TELEWIZJA POLSKA

Radio 26T





Drodzy Czytelnicy

Witamy w drugim już w tym roku wydaniu Serwisu Informacyjnego Narkomania. W tym numerze chcielibyśmy między innymi przedstawić Państwu szerzej działalność Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na płaszczyźnie międzynarodowej. Biuro ściśle współpracuje z instytucjami Unii Europejskiej – ich szczegółową strukturę i zasady funkcjonowania przedstawia Klaudia Palczak. Znajdziecie Państwo także artykuły dotyczące konkretnych, realizowanych przez Biuro zadań, ich celów i wyników, a wśród nich bardzo ważnego programu Transition Facility, nakierowanego na wzmocnienie możliwości tworzenia i implementowa-

nia przez samorządy lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.

Oczywiście, zajmujemy się również działaniami krajowymi. Obecnie najważniejszym dla nas zadaniem jest zatwierdzenie i wprowadzenie w życie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010. Nowy program merytorycznie będzie kontynuacją programu z lat poprzednich. Uznaliśmy, że formuła, w której wyznaczamy cele główne, wskaźniki ich realizacji, rodzaje działań, terminy realizacji, ministrów odpowiedzialnych oraz podmioty właściwe do działań, jak również wskaźniki wykonania działań, pozwala na dobrą strukturalizację programu, a także na skuteczną weryfikację jego wdrażania i realizacji. Wprowadziliśmy jednak kilka zmian. Poprzedni program składał się z czterech części – Profilaktyka; Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych; Ograniczanie podaży oraz Badania, monitoring i ewaluacja. Teraz dodaliśmy jeszcze część piątą – Współpraca międzynarodowa. Druga istotna zmiana kryje się w samej strukturze programu – szczegółowe cele, realizatorzy i wskaźniki wyznaczane są wyłącznie dla instytucji centralnych. Samorządom, które stanowią niezwykle ważne ogniwo przeciwdziałania narkomanii, Krajowy Program określa priorytetowe obszary aktywności. Samorządy, jak sama nazwa wskazuje, są samorządne i samodzielnie planują oraz kierują działaniami na właściwym sobie terenie. Im władza ulokowana jest bliżej obywatela, tym lepszą ma orientację co do problemów i potrzeb lokalnej społeczności. O działaniach stołecznego samorządu i lokalnym programie przeciwdziałania narkomanii opowiada jeden z gości tego wydania – Teresa Szopińska z Biura Polityki Społecznej Urzędu Miasta Warszawy. Kolejny gość, Andrzej Wojtyła, przewodniczący nowo utworzonej, międzyresortowej Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przybliży Państwu cele i funkcje tej instytucji.

Rozpoczął się sezon urlopów, więc część z Państwa sięgnie zapewne po ten numer Serwisu już po powrocie z letniego wypoczynku. Niektórzy z nas dopiero wakacje planują. W Biurze nie spodziewamy się szczególnego wakacyjnego rozluźnienia, bo w okresie letnim czeka na nas mnóstwo zadań – przygotowanie Informatora na 2007 rok oraz opracowanie założeń do konkursu ofert na przyszły rok, które mają być ogłoszone wczesną jesienią. Przygotowujemy się też do realizacji programu partnerskiego z Chorwacją, w którym będziemy występowali jako Junior Partner, pomagając wraz z Niemcami Chorwacji przejść proces adaptacji do standardów prawa unijnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Więcej o tym ważnym i prestiżowym dla Polski programie przeczytają Państwo w artykule Łukasza Jędruszaka. Zamierzamy też rozwijać i zacieśniać współpracę z Ukrainą.

Nieco luźniejším dla nas okresem jest zazwyczaj sierpień, kiedy tradycyjnie okres urlopowy mają instytucje unijne. Nie zamierzamy jednak z tego powodu całkowicie zamknąć naszych podwojów, a z działań Biura w sezonie letnim zdamy Państwu relację w kolejnym, jesiennym już numerze Serwisu.

Piotr Jabłoński

Spis treści

Gość Serwisu

Rozmowa z Andrzejem Wojtyłą, Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Przewodniczącym Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii	
Koordynacja i współdziałanie	str. 2

Profilaktyka

Gminne programy przeciwdziałania narkomanii	
Bogusława Bukowska, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	
Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie	str. 4

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych

Standardy leczenia osób uzależnionych i system akredytacji placówek	
Małgorzata Maresz – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	str. 7
Kwestionariusz MAP (Maudsley Addiction Profile) i jego wykorzystanie w obszarze uzależnień	
Elbieta Hornowska, Instytut Psychologii UAM w Poznaniu	
Polskie Towarzystwo Psychologiczne	str. 9

Ograniczanie podaży

Konopie włókniste czy narkotyczne?	
Waldemar Krawczyk, Centralne Laboratorium Kryminalistyczne	
Komendy Głównej Policji	str. 18

Współpraca międzynarodowa

Nie tylko Unia	
Łukasz Jędruszek, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	str. 20
Kalendarium – współpraca międzynarodowa	str. 22
Działania instytucjonalne Unii Europejskiej w zakresie zwalczania narkotyków i narkomanii	
Klaudia Palczak, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	str. 23

Badania, raporty

Pozytywne trendy	
Agnieszka Kolbowska, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	str. 26
Czy w Polsce przemija moda na narkotyki?	
Prof.dr hab. Jolanta Rogala-Oblękowska	
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytet Warszawski.....	str. 31

Społeczności lokalne, regiony

Raport z realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii z obszaru profilaktyki przez gminy i powiaty w latach 2003–2005	
Artur Malczewski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	str. 34
Warszawska strategia przeciwdziałania narkomanii	
Rozmowa z Teresą Szopińską, Naczelnikiem Wydziału ds. Uzależnień	
Biura Polityki Społecznej Urzędu Miasta Warszawy	str. 41

Internet

Do internetu po pomoc	
Tomasz Kowalewicz, Fundacja Praesterno	str. 44

Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii ma za zadanie koordynować działania różnych resortów i podległych im służb publicznych w celu skuteczniejszej walki z narkomanią na terytorium naszego kraju oraz na arenie międzynarodowej

KOORDYNACJA I WSPÓŁDZIAŁANIE

Rozmowa z Ministrem Andrzejem Wojtyłą, Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Przewodniczącym Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Serwis Informacyjny NARKOMANIA – *Jakie funkcje ma spełniać Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii?*



ANDRZEJ WOJTYŁA – Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii, zgodnie z zaleceniami wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ma za zadanie koordynować działania różnych resortów. W skład Rady wchodzi przedstawiciele różnych ministerstw w randze se-

kretnarza lub podsekretarza stanu. Udział wysokich urzędników kluczowych resortów w Radzie sprawi, że Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii będzie realizowany skuteczniej. Na ostatnim posiedzeniu Rady powołaliśmy zespół do spraw prekursorów narkotykowych oraz zespół roboczy do spraw współpracy międzynarodowej. Myślimy także o powołaniu zespołu do spraw monitorowania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i o innych zespołach roboczych, jeżeli potrzeba ich istnienia oraz działania na konkretnych polach wyniknie w trakcie kolejnych posiedzeń Rady.

Obecnie problemy narkomanii nie są jeszcze zogniskowane w jednym miejscu. Na przykład sprawą prekursorów zajmuje się Główny Inspektorat Sanitarny, Główny Inspektorat Farmaceutyczny i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W przypadku preparatów, które można zakwalifikować jako produkty na pograniczu leków, suplementów żywności i narkotyków, działania czasami są utrudnione. Ostatnio wykryliśmy preparat, zaliczony do suplementów żywności, na którego etykiecie widniał liść marihuany. Jako GIS zablokowaliśmy obrót tym preparatem, ale teraz

nie bardzo wiadomo, kto ma skierować sprawę do prokuratora. Powołanie Krajowej Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii ma takim właśnie sytuacjom zapobiegać i przeciwdziałać. Dzięki temu, że jestem przewodniczącym Rady, udało mi się w wspomnianym przypadku szybko spowodować wycofanie preparatu z obrotu, a przy pomocy obecnych w Radzie przedstawicieli MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości będzie można nadać tej sprawie dalszy bieg sądowy. A więc ranga Rady powoduje, że można szybko, skutecznie działać i likwidować przynajmniej niektóre problemy.

– *Czy obecna Rada korzysta z doświadczeń jej poprzednich członków, na przykład przedstawicieli organizacji pozarządowych?*

– Poprzednia Rada miała charakter ciała merytorycznego, natomiast możliwości jej działania były znacznie ograniczone. Oczywiście Rada w swoim obecnym kształcie również korzysta z wiedzy ekspertów. W skład powoływanych przez Radę zespołów roboczych wchodzi zarówno przedstawiciele resortów, jak i eksperci. Działania polityczne i operacyjne tej Rady są skuteczniejsze ze względu na obecność wysokich rangą urzędników poszczególnych resortów. Merytoryczny wkład ekspertów w pracę Rady uznaję za nieoceniony, ale ich siła przebicia jest o wiele słabsza.

– *Jak często spotyka się Rada?*

– Dotychczas odbyły się dwa posiedzenia, a teraz, tuż po wakacjach, zaplanowano trzecie. Grupy robocze natomiast spotykają się dużo częściej.

– *Jakimi kwestiami, Pana zdaniem, Rada powinna się w pierwszej kolejności zająć?*

– Przede wszystkim chciałbym podkreślić, że polska polityka przeciwdziałania narkomanii podąża, według mojej oceny, w dobrym kierunku. Ilość biorącej nar-

kotyki młodzieży jest u nas dużo niższa niż w innych krajach rozwiniętych, co więcej, liczba ta ma tendencję spadkową. Ostatnie badania dotyczące używania substancji psychoaktywnych (narkotyków, alkoholu i tytoniu) są optymistyczne – wskazują, że ilość młodzieży sięgającej po substancje psychoaktywne zmniejsza się. Pozostaje mieć nadzieję, że ten trend będzie się utrzymywał w przyszłości. Uważam, że to bardzo dobrze świadczy o skuteczności naszych działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, choć oczywiście optymistyczne wyniki badań nie mogą uspić naszej czujności i spowodować zaniechania działań.

Bardzo pozytywnie ocenia nas również świat. Na międzynarodowych konferencjach, poświęconych zdrowiu publicznemu, wielokrotnie spotkałem się z opinią, że wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej Polska stawiana jest za wzór państwa, w którym profilaktykę prowadzi się wzorowo. O skuteczności naszych działań profilaktycznych świadczy również fakt, że od kilku lat nie mamy wzrostu zachorowań na AIDS, nie zwiększa się ilość nosicieli wirusa HIV. Doświadczenia różnych krajów wskazują na nierozłączność obu problemów – jeżeli profilaktyka antynarkotykowa prowadzona jest źle, wzrasta też liczba nosicieli wirusa HIV. Polska to jedyny kraj w Europie Środkowo-Wschodniej, w którym procent zakażeń od początku lat dziewięćdziesiątych utrzymuje się na tym samym poziomie. Światowa Organizacja Zdrowia wymienia Polskę wśród krajów, którym udało się opanować epidemię AIDS. Wydaje mi się, że warto to podkreślać, jak również fakt, że każda osoba zakażona HIV ma w naszym kraju dostęp do bezpłatnego leczenia. Oczywiście wiąże się to z ogromnymi nakładami państwa – wydajemy coraz więcej pieniędzy na leczenie antyretrowirusowe. Zastanawialiśmy się nawet nad wprowadzeniem leków generycznych, jednak byłoby to bardzo trudne ze względu na regulacje europejskie, które nie pozwalają na leczenie takimi medykamentami.

– W skład Rady wchodzi przedstawiciele różnych ministerstw. Czy poszczególne resorty mają przypisany zakres działań i konkretnych obowiązków?

– Oczywiście, na przykład to do Ministerstwa Sprawiedliwości będzie należało zajęcie się problemem narkomanii w więzieniach, a do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji podobnym problemem

w wojsku, jak również wykrywaniem narkotykowej przestępczości zorganizowanej. Jednak głównym zadaniem Rady jest wypracowywanie sposobów wspólnych działań i koordynacja pracy poszczególnych ministerstw związanych z problemem przeciwdziałania narkomanii. Dotychczas oczywiście każdy z tych resortów podejmował skuteczne działania w swoim zakresie. Powstanie organu koordynującego ma między innymi na celu bardziej efektywne wydatkowanie środków przeznaczonych na przeciwdziałanie narkomanii, nie tylko na poziomie centralnym, ale także w terenie. Na przykład, z funduszy przeznaczonych na przeciwdziałanie alkoholizmowi instytucje samorządowe w gminach mogą finansować także działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii. Na razie korzystają z tej możliwości przede wszystkim duże miasta. W małych miejscowościach niewiele środków przeznacza się na działania w zakresie profilaktyki antynarkotykowej, co zapewne związane jest z mniejszym nasileniem problemu narkomanii. Często też w mniejszych samorządach nie ma specjalistów czy radnych, którzy mieliby wiedzę na temat przeciwdziałania narkomanii. Inaczej jest w przypadku przeciwdziałania alkoholizmowi – w większości gmin są urzędnicy czy radni, którzy dobrze orientują się w tej tematyce.

– Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii zwraca uwagę na konieczność działań samorządowych i czyni je jednym z priorytetów najbliższych lat. W jaki sposób odbywa się komunikacja między Radą a samorządami?

– Wszystkie ustalenia Rady są wysyłane do samorządów przez MSWiA, bezpośrednio z samorządami pracuje zaś Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii od kilku lat realizuje także Główny Inspektorat Sanitarny, który ma swoje oddziały w każdym powiecie. Chcemy powiązać działania GIS-u, KBPN i Rady tak, aby różnego rodzaju akcje edukacyjne i profilaktyczne prowadzone były przez te instytucje wspólnie, żeby nie odbywały się równolegle i nie powielały tych samych treści. Jeżeli będzie to możliwe, chcielibyśmy także skoordynować różne nasze działania z inicjatywami organizacji pozarządowych.

– Dziękuję za rozmowę.

Gminne programy przeciwdziałania narkomanii mają na celu zaktywizowanie społeczności lokalnych oraz wzmocnienie roli samorządów terytorialnych w planowaniu i realizacji strategii walki z narkotykami na podległym im terenie

GMINNE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

**BOGUSŁAWA BUKOWSKA – KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII,
JANUSZ SIEROSŁAWSKI – INSTYTUT PSYCHIATRII
I NEUROLOGII W WARSZAWIE**

Problem narkotyków, podobnie jak inne problemy społeczne, znajduje się w polu zainteresowania wielu służb i instytucji, począwszy od placówek edukacyjno-wychowawczych, poprzez służbę zdrowia, pomoc społeczną, aż do instytucji strzegących porządku publicznego i przestrzegania prawa. Choć każda z nich zajmuje się innym aspektem zjawiska, to współpraca między nimi może znacznie podnieść efektywność działań poszczególnych instytucji oraz placówek. Współpraca taka realizować się powinna przede wszystkim na szczeblu jednostek podstawowych, dla których społeczność lokalna, czyli miasto lub gmina, stanowi naturalny poziom integracji. W dobie decentralizacji państwa i wzrostu uprawnień samorządów lokalnych zwiększa się rola społeczności także w rozwiązywaniu problemów społecznych.

Potrzeba podejmowania bardziej systemowych i lepiej ustrukturalizowanych działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym była podnoszona przez wiele środowisk i osób. Także inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) podejmowane od kilku lat zmierzały do wzmocnienia roli jednostek samorządu terytorialnego w przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, której projekt przygotowało KBPN, wprowadziła obowiązek uchwalania Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez Radę Gminy. Organy wykonawcze samorządu gminy odpowiadają za przygotowanie odpowiedniego projektu programu. Ponadto ustawodawca sporządził katalog zadań własnych gminy oraz

wskazał źródła finansowania ich realizacji, którymi są dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż detaliczną alkoholu.

Rozszerzenie zakresu uprawnień i odpowiedzialności gmin w przedmiocie przeciwdziałania narkomanii stanowi dla wielu środowisk lokalnych nowe wyzwanie, któremu niełatwo będzie sprostać, stąd potrzeba wsparcia, przede wszystkim poprzez dostarczenie wiedzy i umiejętności.

Cele i adresaci projektu

Opracowanie i implementację nowych przepisów prawnych w zakresie przeciwdziałania narkomanii KBPN planowało od kilku lat. Dlatego już w 2004 r. przygotowano projekt kampanii edukacyjno-promocyjnej, której głównym celem miało być wzmocnienie struktur samorządowych w przeciwdziałaniu narkomanii. Program został zaaprobowany przez Komisję Europejską w ramach pomocy poakcesyjnej dla Polski.¹ Adresatami projektu są przede wszystkim samorządowe władze stopnia podstawowego, ale również pracownicy pomocy społecznej, placówek oświatowych, policji, lokalnych organizacji pozarządowych, przedstawiciele Kościoła oraz całe społeczeństwo obywatelskie. Cele szczegółowe projektu obejmują:

- Przygotowanie zarysu zmian prawnych skierowanych na wspieranie społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii.
- Zmobilizowanie społeczności lokalnych do wzięcia odpowiedzialności za zapobieganie problemowi narkotyków.
- Zbudowanie szerokiej koalicji złożonej ze wszystkich głównych partnerów społecznych do udziału w działaniach ukierunkowanych na zapobieganie narkomanii.

Na projekt składają się trzy powiązane ze sobą komponenty:

- działania medialne oraz inne przedsięwzięcia z zakresu „public relation” promujące ideę przejęcia przez społeczności lokalne i ich władze odpowiedzialności za zapobieganie narkomanii;
- dostarczenie samorządom wiedzy oraz wykształcenie umiejętności w obszarze zapobiegania narkomanii, a w szczególności formułowania programu przeciwdziałania narkomanii;
- przygotowanie projektów modyfikacji aktów prawnych tworzących podstawy działalności w zakresie zapobiegania narkomanii, w tym zaangażowania społeczności i samorządów lokalnych.

Rozpoczęcie realizacji projektu zaplanowano na wrzesień 2006 r. Jego wykonawcą będzie Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej. Realizację programu przewidziano na okres 14 miesięcy, jego zakończenie planowane jest zatem na koniec października 2007 r.

Komponent szkoleniowy

Zasadniczy trzon programu stanowi komponent drugi całego projektu zakładający dostarczenie samorządom wiedzy oraz wykształcenie umiejętności w zakresie planowania, monitorowania i ewaluacji gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Szkolenia obejmować będą między innymi takie zagadnienia jak: współczesny kontekst zagrożeń używania substancji psychoaktywnych, ramy prawne, administracyjne i finansowe, diagnozę lokalnych problemów społecznych, formułowanie i wybór celów strategicznych, formułowanie zadań, ustalanie kosztów realizacji strategii, promocję i monitorowanie lokalnych strategii, pozyskiwanie zagranicznych środków finansowych na przeciwdziałanie narkomanii.

Do udziału w szkoleniu chcielibyśmy zaprosić 3–4 osobowe zespoły z każdej gminy uczestniczącej w programie, składające się z osób reprezentujących administrację lokalną oraz lokalne instytucje posiadające w swoich kompetencjach działania z zakresu zapobiegania narkomanii, a także organizacje pozarządowe działające w tym obszarze. Zakłada się, że w skład każdego zespołu będzie wchodzić osoba wyznaczona przez burmistrza/wójta do koordynowania działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii oraz w zależ-

ności od lokalnych uwarunkowań pracownicy pomocy społecznej, placówek oświatowych, policji, lokalnych organizacji pozarządowych, przedstawiciele Kościoła czy przedstawiciele Rady Gminy.

Szkolenie obejmować będzie dwie trzydniowe sesje i jedną jednodniową. Planujemy, że w projekcie weźmie udział ok. 2500 osób z ok. 780 gmin. Szkolenia odbywać się będą w województwach właściwych ze względu na położenie gminy, której przedstawiciele wezmą w nich udział (np. przedstawiciele gmin województwa lubelskiego powinni mieć szkolenie zorganizowane na terenie województwa lubelskiego itd). Po między sesjami szkoleniowymi zespół 50 trenerów zapewni dodatkowe wsparcie dla osób uczestniczących w projekcie w postaci szkoleń na odległość (na przykład drogą uzgodnień przez e-mail) oraz konsultacji udzielanych podczas wizyt u szkolących się zespołów.

Produktem komponentu szkoleniowego programu mają być projekty gminnych programów przeciwdziałania narkomanii wypracowane w trakcie szkoleń.

Ponadto w ramach projektu przewiduje się zorganizowanie dla przedstawicieli 20 wybranych gmin, którzy wykazą się największą aktywnością w tworzeniu gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, czterodniowego szkolenia zagranicznego w kraju, który posiada duże doświadczenie i tradycje w budowaniu lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.

Podstawą zaproszenia gmin do szkolenia zagranicznego będzie ocena przygotowanych przez nie wstępnych wersji programów.

Finalnym produktem komponentu szkoleniowego ma być nie tylko przygotowanie społeczności lokalnych uczestniczących w programie do opracowania i wdrożenia gminnego programu, ale także wydanie podręcznika, który stałby się pomocny dla wszystkich społeczności. Podstawą do opracowania podręcznika będą materiały szkoleniowe, których przydatność zostanie poddana ewaluacji w trakcie szkoleń.

Promocja medialna i zmiany legislacyjne

Zwiększenie udziału społeczności lokalnych w przeciwdziałaniu narkomanii wymaga podniesienia świadomości i widoczności problemu narkomanii oraz

zrozumienia idei konieczności zapobiegania zjawisku narkomanii w społecznościach lokalnych. Temu celowi służy komponent promocyjny programu. Realizowany on będzie we współpracy z mediami, szczególnie lokalnymi. Przekazy medialne adresowane będą nie tylko do środowisk aktywnych w przeciwdziałaniu narkomanii, ale także do wszystkich mieszkańców. Zakładamy, że tylko pełna mobilizacja całej społeczności, szczególnie administracji lokalnej i NGOs, jak również realizacja zaplanowanych i koordynowanych działań może przynieść wymierne efekty.

Projekt przewiduje dokonanie przeglądu aktów prawnych regulujących kwestie związane z przeciwdziałaniem narkomanii oraz sformułowanie propozycji zmian legislacyjnych ukierunkowanych na tworzenie nowych możliwości dla profilaktyki i pomocy osobom uzależnionym oraz identyfikację i zniesienie barier w tym zakresie. Zapobieganie narkomanii poprzez swój interdyscyplinarny charakter regulowane jest przez wiele przepisów rozsianych po różnych ustawach dotyczących takich sfer jak: pomoc społeczna, lecznictwo, edukacja i wychowanie, wymiar sprawiedliwości, itp. Regulacje prawne w tych obszarach często nie uwzględniają specyfiki potrzeb w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Jako przykład można tu wskazać przepisy regulujące świadczenia w zakresie pomocy społecznej tworzące niekiedy bariery dla uzyskania pomocy w przypadku osób uzależnionych od narkotyków.

Przegląd przepisów dokonywany też będzie pod kątem poszukiwania rozwiązań sprzyjających zwiększeniu zaangażowania samorządów i społeczności lokalnych w zapobieganie narkomanii.

Tworzenie sieci społeczności lokalnych

Celem programu jest nie tylko zainicjowanie procesu zintensyfikowania zapobiegania narkomanii na pozio-

mie lokalnym oraz budowania gminnych programów, ale także troska o jego kontynuację. Program zawiera zatem działania zmierzające do utrwalenia osiągniętych efektów poprzez mechanizm integrujący społeczności, które aktywnie odpowiedzą na przesłanie kampanii. Mechanizmem tym ma być sieć społeczności.

Celem zainicjowania sieci jest stworzenie płaszczyzny wymiany doświadczeń pomiędzy gminami zaangażowanymi w zapobieganie narkomanii. Stworzenie

sieci polegać będzie na opracowaniu bazy danych gmin, które zgłoszą akces, wypracowaniu wspólnie z gminami reguł, wedle których sieć będzie funkcjonować w przyszłości, zaplanowanie ewentualnych wspólnych przedsięwzięć. Sieć ma stanowić trwały efekt programu. Będzie ona wspierana i koordynowana w przyszłości przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ramy organizacyjne i finansowe projektu

Rekrutacja do projektu rozpocznie się pod koniec sierpnia tego roku. Informacja o ważnych terminach i warunkach rekrutacji będzie dostępna na stronach internetowych Fundacji na Rzecz Rozwoju Demokracji Lokalnej www.frdl.org.pl oraz Krajowego Biu-

ra ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbnp.gov.pl. Koszty całego przedsięwzięcia – noclegów, wyżywienia, materiałów szkoleniowych, konsultacji (poza kosztami dojazdów na szkolenia) pokryte zostaną przez wykonawcę ze środków programu.

W imieniu wykonawcy projektu – Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii liczymy na Państwa zainteresowanie projektem i serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w jego realizacji. ■

Rozpoczęcie realizacji projektu zaplanowano na wrzesień 2006 r. Jego wykonawcą będzie Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej. Realizację programu przewidziano na okres 14 miesięcy, jego zakończenie planowane jest zatem na koniec października 2007 r.

¹ Program „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii – ogólnopolskie szkolenia i kampania promocyjna kierowane do społeczności lokalnych” w ramach Programu Środków Przejściowych (*Transition Facility*) 2004.

Jakość usług placówek leczenia uzależnień można ocenić wyłącznie na podstawie jasno określonych standardów. Z kolei system akredytacji ma służyć wyłonieniu najlepszych ośrodków, które spełniają standardy i gwarantują opiekę na najwyższym poziomie

STANDARDY LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH I SYSTEM AKREDYTACJI PLACÓWEK

MAŁGORZATA MARESZ – KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Obecny polski system leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych jest kosztowny, mało efektywny i często nieprzystający do potrzeb i oczekiwań osób uzależnionych. Dominują w nim placówki stacjonarne, których programy są długotrwałe i drogie – taki obraz wyłania się z lektury raportu z badań na temat optymalnego modelu zaspokajania potrzeb leczniczych osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce, przeprowadzonych w 2005 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jak zmienić tę niezbyt optymistyczną sytuację? Jak ocenić, która placówka dobrze służy pacjentom, a która musi zmienić się lub zamknąć swoje podwoje?

Precyzyjne narzędzia oceny

Narodowy Fundusz Zdrowia, ustalając warunki kontraktów z zakładami opieki zdrowotnej w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, posługuje się urzędowymi standardami, w których mówi się o kwa-

lifikacjach i ilości personelu, czasie poświęconym na poszczególne formy terapii, itd.

Czy jednak te dane gwarantują wysoką jakość świadczeń, zapewniają bezpieczeństwo pacjentom, chronią przed nadużyciami i niekompetencją? Roz-

wój sytuacji na rynku usług leczenia uzależnień wyraźnie wskazuje, że do oceny jakości usług placówki potrzeba bardziej precyzyjnych narzędzi, mierzących wiele innych aspektów jej działalności.

W Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 wyszczególniono dwa najważniejsze zadania w działaniach z zakresu rehabilitacji:

1. Kontynuację pracy nad opracowaniem standardów leczenia, rehabilitacji i programów ograniczania szkód zdrowotnych przez zespół ekspertów, powołany przez ministra właściwego ds. zdrowia we współpracy z jednostką odpowiedzialną za akredytację zakładów opieki zdrowotnej.

2. Opracowanie i wdrażanie, we współpracy z jednostką odpowiedzialną za akredytację placówek służby zdrowia, systemu akredytacji placówek uprawnionych do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz szkodliwie ich używających.

Zespół, o którym mowa w punkcie pierwszym, składał się z ekspertów w dziedzinie leczenia uzależ-

Akredytacja jest znaną i sprawdzoną metodą zapewniania jakości. Polega ona na przeprowadzaniu przeglądu placówki opieki zdrowotnej w oparciu o określone standardy akredytacyjne i na tej podstawie przyznaniu statusu jednostki akredytowanej.

nień od środków psychoaktywnych i został powołany w marcu 2004 roku. Prace zespołu ekspertów zakończyły się latem ubiegłego roku. W skład szerokiego gremium pod przewodnictwem prof. Czesława Czaubały włączyli się przedstawiciele środowiska terapeutów alkoholowych. Zespół dokonał identyfikacji głównych standardów postępowania leczniczego, dotyczących poszczególnych dziedzin opieki nad pacjentem uzależnionym. Wspólna praca terapeutów uzależnień alkoholowych i narkotykowych wydaje się wydarzeniem przełomowym, zważywszy na wiele kontrowersji merytorycznych, jakie wywodziły się z różnych tradycji obu środowisk.

Następnie, w ścisłej współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, określono zestaw standardów, które będą służyć ocenie pracy placówki stacjonarnej w różnych aspektach jej funkcjonowania, oraz sposób oceny realizacji standardów. Pierwowzorem tego zestawu jest system akredytacji polskich szpitali, który powstał i funkcjonuje od kilku lat, na bazie analogicznego systemu amerykańskiego, gdzie idea akredytacji szpitali ma już ponad 80-letnią tradycję.

Akredytacja warta zachodu

Akredytacja jest znaną i sprawdzoną metodą zapewniania jakości. Polega ona na przeprowadzaniu przeglądu placówki opieki zdrowotnej w oparciu o określone standardy akredytacyjne i na tej podstawie przyznaniu statusu jednostki akredytowanej.

Standardy ustala się w dziedzinach mających istotny wpływ na jakość opieki udzielanej pacjentom. Ich zasadniczą cechą jest opisywanie wzorca oczekiwanego działania lub efektu w określonym temacie. Część standardów w sposób bezpośredni dotyczy struktury placówki opieki zdrowotnej wymaganej dla spełnienia standardu, jednak większość zostawia placówkom swobodę wyboru sposobu osiągania standardów. Zestaw standardów jest w głównej mierze nakierowany na funkcje, jakie ma przed sobą do spełnienia placów-

ka jako organizacja (na przykład zarządzanie ogólne, zarządzanie informacją, ocena stanu pacjenta, poprawa jakości). Standardy służą ciągłej poprawie jakości, dlatego one również podlegają stałej modyfikacji.

Zestaw, którym w tej chwili dysponujemy, służyć będzie pilotażowi wizyt akredytacyjnych, które mamy zamiar przeprowadzić w ciągu lata w dwóch placówkach stacjonarnych: leczenia uzależnień od środków

Standardy ustala się w dziedzinach mających istotny wpływ na jakość opieki udzielanej pacjentom. Ich zasadniczą cechą jest opisywanie wzorca oczekiwanego działania lub efektu w określonym temacie.

nielegalnych i od alkoholu. Podczas pilotażu ustalone zostaną tzw. wagi poszczególnych standardów oraz zweryfikowana zasadność stosowanej oceny. Na podstawie wyników pilotażu powstanie początek systemu akredytacji stacjonarnych placówek leczenia uzależnień. Podobnemu procesowi poddane zostaną następnie placówki ambulatoryjne oraz inne programy świadczące usługi zdrowotne i rehabilitacyjne dla osób uzależnionych, bowiem celem akredytacji jest objęcie misją poprawy jakości i dbałości o dobro pacjenta jak najszerzego wachlarza świadczeń.

Wraz z rozwojem systemu akredytacji tworzone będą nowe standardy, szczególnie, gdy zaistnieje potrzeba opisanie nowego problemu bądź zaktualizowania już istniejącego. Akredytacja opiera się na standardach maximum, co oznacza, że standardy tworzy się tak, aby ich osiągnięcie wymagało od placówek podjęcia pracy i wysiłku przy spełnianiu zawartych w nich wymagań. Przyznana akredytacja będzie ważna przez 3 lata, o jej przedłużeniu trzeba się będzie ponownie starać.

Zdajemy sobie sprawę, że najlepszą zachętą do podjęcia trudu włączenia się w proces akredytacji będzie uwzględnienie uzyskania tytułu jednostki akredytowanej przez płatnika, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, w postaci wysokości kontraktu. Niemniej jednak, nawet jeśli nie nastąpi to w sposób automatyczny, wśród terapeutów uzależnień istnieje wielka potrzeba potwierdzenia, że to, co robią dla pacjentów, jest zgodne z dobrą praktyką i najlepszą starannością. System akredytacji wychodzi tej potrzebie na przeciw. ■

Kwestionariusz MAP to przydatne narzędzie, służące do zbierania danych dotyczących częstości zażywania różnych substancji przez pacjenta i wynikających z tego konsekwencji podmiotowych i społecznych

KWESTIONARIUSZ MAP (*Maudsley Addictlon Profile**) i jego wykorzystanie w obszarze uzależnień

ELŻBIETA HORNOWSKA

INSTYTUT PSYCHOLOGII UAM W POZNANIU

POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOLOGICZNE

The Maudsley Addiction Profile (MAP)¹ jest skróconym, ustrukturyzowanym wywiadem służącym do rejestracji efektów postępowania z pacjentem. Pozwala rejestrować problemy pojawiające się w czterech obszarach: rodzaju używanych substancji, zachowań zagrażających zdrowiu, zdrowia fizycznego oraz psychicznego, a także funkcjonowania społecznego. MAP został opracowany w Wielkiej Brytanii przez J. Marsdena i innych w 1998 roku i zaprojektowany jako główne narzędzie badawcze oraz źródło informacji dla ośrodków terapeutycznych mających zamiar analizować efekty podejmowanych działań.

Zadania i funkcje MAP

MAP stworzono przede wszystkim po to, aby ułatwić rejestrowanie procesu postępowania z pacjentem. Dane dotyczące wybranych objawów mogą być zapisywane wielokrotnie, w różnych momentach czasu, także po ustaleniu sposobu postępowania. Odnoszone zmiany mogą zwrótnie wpływać na proces leczenia lub inne decyzje podejmowane w trakcie postępowania z pacjentem. Podstawowa idea MAP (zgodnie z założeniami jego autorów) polega na tym, że jest to wyłącznie narzędzie bazowe i można dodawać do niego inne metody w miarę potrzeb klinicznych, operacyjnych czy badawczych, czyli na przykład włączyć do podstawowego kwestionariusza inne pytania o zażywanie narkotyków czy historii uzależnienia (por. Marsden i in. 1998b).

Jak piszą sami autorzy (por. ibidem), coraz większe znaczenie przypisywane szeroko zakrojonym badaniom dotyczącym analizy efektów postępowania z pacjentami uzależnionymi wymaga stałego monitorowania stosowanych procedur. Aby dane zebrane w różnych ośrodkach mogły być zarówno porównywane jak i włączane do szerszych baz danych, konieczne stało się ustalenie jednolitego formatu zbierania informacji. Tylko wtedy bowiem istnieje możliwość opracowania metodologicznie poprawnej procedury analizowania efektów postępowania z pacjentami. Ten sposób rejestracji danych nie służy ocenie placówek, które je zbierają, jego celem jest jedynie stworzenie możliwości wymiany informacji przydatnych w terapii uzależnień.

Takie programy gromadzenia danych dotyczących efektów postępowania z uzależnionymi są powszechne w Stanach Zjednoczonych (np. *Institute of Medicine* 1990; *Center for Substance Abuse Treatment* 1995). W efekcie stworzono tam kilka służących temu systemów (np. Harrison i in. 1996; Dennis i in. 1998). Podobny program powstał w Wielkiej Brytanii (np. *National Treatment Outcome Research Study*). Jak piszą Marsden i in. (1998b), program ten zwiększył uwagę przywiązywaną do efektów postępowania z uzależnionymi, poddawanych terapii metadonem oraz biorącym udział w programach domowych. Podobne programy wdrożono także we Włoszech, Hiszpanii i Portugalii (por. Marsden i in. 2000).

W Polsce nie podejmowano jak dotąd systematycznych i przeprowadzanych na szerszą skalę prób analizy efektów leczenia. I tak brakuje na naszym ryn-

ku rzetelnych i wiarygodnych narzędzi służących do analizy efektów postępowania z pacjentami. Bez takich narzędzi niemożliwa jest zgoda profesjonalistów co do tego, jaki powinien być minimalny zbiór danych opisujących efekty postępowania z pacjentem.

Obawy przed wprowadzeniem takich standaryzowanych programów zbierania informacji są często poddyktowane tym, że mogą mieć one charakter represyjny, tzn. służyć wymuszaniu jedynej dobrej metody działania. Podkreśłmy wyraźnie – nie to stanowi nasz cel i nie o to chodzi w uruchomionym programie. Naszym zamierzeniem jest, dzięki zbieraniu takich samych podstawowych informacji we wszystkich placówkach zajmujących się uzależnieniami, pomaganie w rozstrzyganiu, jakie wyjaśnienia obserwowanych zachowań mogą być lokowane na poziomie społecznym (kulturowym), a jakie na poziomie jednostki.

Narzędzia tego typu są już znane i były stosowane. Należą do nich przede wszystkim: *Addiction Severity Index* – ASI (McLellan, i in. et al. 1980; McLellan i in. 1992) czy *Opiate Treatment Index* – OTI (Darke i in. 1992). Do ich podstawowych wad należy jednak zbyt długi czas stosowania (przeciętnie około 45 minut). Dlatego też, biorąc pod uwagę konieczność ograniczenia do niezbędnego minimum obciążeń wynikających ze zbierania takich danych, szukano innego rozwiązania. W efekcie wybór padł na *Maudsley Addiction Profile*. To instrument o dobrych własnościach psychometrycznych, szerokiej literaturze i krótkim czasie wypełniania (około 15 minut)².

Charakterystyka MAP

Autorzy oryginalnej wersji MAP, podejmując decyzje o zmiennych włączonych do MAP, wykorzystali dane posiadane przez *Department of Health Task Force* (*Task Force on Services for Drug Misusers*, 1995) oraz *National Treatment Outcome Research Study* (por. Marsden i in. 1998). Wykorzystali także inne, już funkcjonujące narzędzia tego typu (jak wspomniane wyżej ASI czy OTI), czy narzędzia mniej znane w Europie (por. Simpson, Chatham, 1995).

W ostatecznej wersji MAP badany okres czasu odpowiada ostatnim 30 dniom (jednemu miesiącowi) przed rozpoczęciem leczenia. Jeśli tylko pojawiała się taka możliwość, autorzy dążyli do wprowadze-

nia ciągłych miar o stałej jednostce. Dlatego też starali się, by częstość określonych zachowań była wyrażana procentowo (np. procent dni, kiedy używano heroiny; procent dni, kiedy osoba badana znajdowała się w konflikcie z partnerem; procent dni, kiedy osoba badana była zatrudniona). Również miary kategoryjne można przekształcić na ilościowe (np. proporcje abstynentów w stosunku do ludzi rzadko, regularnie oraz codziennie pijących alkohol w próbie osób badanych), a także procent badanych, którzy wstrzykują sobie używki, stosują używane igły, są bezrobotni lub popełnili przestępstwo (por. Mardsten, 1998b).

Autorzy zalecają, aby MAP traktować jako narzędzie dostarczające podstawowego zbioru danych. Inne narzędzia – w zależności od potrzeb – mogą bez problemów być z nim łączone, tak by można było tworzyć zindywidualizowane zestawy miar. W ten sposób powstaje możliwość porównywania zebranych wyników (MAP) oraz stworzenia odrębnych zestawów narzędzi w zależności od realizowanych programów³.

Podstawowym wskaźnikiem efektów leczenia dla całej populacji jest zwiększenie lub zmniejszenie konsumpcji narkotyków i/lub alkoholu. Osoby badane mogą także cierpieć na chroniczne i/lub sporadyczne problemy medyczne, psychologiczne oraz społeczne. Dlatego też w narzędziach rejestrujących efekty leczenia wprowadza się niezależne sekcje mierzące odpowiednio: (a) konsumpcję alkoholu i narkotyków; (b) problemy zdrowotne; (c) funkcjonowanie społeczne – obejmujące zazwyczaj związki z innymi ludźmi, zatrudnienie oraz udział w przestępstwach (McLellan i in. 1980; Babor i in. 1994). Wzrastające od połowy lat 80. ryzyko zarażenia wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi poprzez krew (takimi jak wirusowe zapalenie wątroby typu B i C) doprowadziło do wprowadzenia czwartej grupy problemów dotyczących używania strzykawek i igieł oraz zachowań zagrażających zdrowiu (Strang 1992).

a) Zażywane substancje

Generalnie rzecz biorąc, uważa się, iż badania dotyczące efektów postępowania z pacjentem powinny przynajmniej obejmować częstotliwość zażywania różnych substancji w ciągu doby, w ciągu analizowanego okresu czasu (np. 30 ostatnich dni), a także wielkość zażywanych dawek (Wells, Hawkins, Catalano,

1988; *Addiction Research Foundation* 1993; Babor i in. 1994). Taka rejestracja częstości zażywania substancji psychoaktywnych pozwala na określenie konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego badanych osób, a także na rejestrację sposobu zażywania (doustne, donosowe, wziewne czy w formie zastrzyków).

W przypadku alkoholu wielkość tzw. dawki mierzy się w jednostkach etanolu, wagi lub objętości płynu (Miller, Heather, Hall, 1991). Zdecydowanie większy problem stwarza pomiar dawki narkotyków, zwłaszcza zdobytych nielegalnie. Dlatego też np. badania nad efektami postępowania z pacjentem, przeprowadzane w USA, skupiają się raczej na częstotliwości, a nie intensywności zażywania narkotyków. Dzieje się tak głównie z powodu braku zaufania do dokładności informacji podawanych przez samych badanych, dotyczących wielkości dawki. Wydaje się jednak (na takim stanowisku stoją autorzy MAP), że nawet najbardziej szacunkowa informacja o średniej wielkości zażywanej dawki jest ważna z klinicznego punktu widzenia. Informacja taka pozwala również śledzić w czasie częstość i wielkość zażywanych dawek (w tych samych, subiektywnie określonych jednostkach).

b) zachowania zagrażające zdrowiu

Osoby badane używające igieł lub strzykawek (a także innych przedmiotów stosowanych w procesie wstrzykiwania substancji) mogą być narażone na choroby przenoszone poprzez krew (Gossop i in., 1997b). Dlatego też rejestrowanie częstotliwości wstrzykiwania sobie substancji, a także wspólnego używania przedmiotów do iniekcji czy innych zachowań zagrażających zdrowiu uważa się za ważną miarę w badaniach efektów postępowania z pacjentem (por. Mardsten, 1998b). Ponieważ na poziomie danych populacyjnych dominuje pogląd, że wirus HIV przenosi się głównie drogą płciową, a większość osób badanych jest aktywna seksualnie, to zanotowanie faktu uprawiania seksu z penetracją bez prezerwatywy można uznać za następną ważną miarę, określającą ryzyko zarażenia chorobą wirusową (McKeganey, Bernard, Waston, 1989; Magura i in., 1990; Donoghoe, 1992).

c) zdrowie fizyczne i psychiczne

Istnieje wiele dolegliwości fizycznych czy psychicznych, które mogą być łączone z zażywaniem używek lub z nimi współwystępują. Badania wykazują, iż

u osób nadużywających różnych substancji psychoaktywnych, wśród najczęściej pojawiających się dolegliwości o charakterze psychicznym wymieniano niepokój oraz incydentalne czy przewlekłe stany depresyjne (np. Rounsaville i in., 1982; Ross, Glaser, Germanson, 1988). W wielu programach leczenia, radzenie sobie z problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym jest jednym z wyznaczników powodzenia stosowanego programu.

d) funkcjonowanie indywidualne oraz społeczne

W tej szerokiej grupie zachowań pomiarowi poddaje się trzy sfery problemów:

- (a) konflikty w związkach,
- (b) zatrudnienie,
- (c) działania przeciw prawu.

Celem wielu programów terapeutycznych jest dążenie do poprawy relacji między pacjentem a jego lub jej partnerem seksualnym, rodziną i przyjaciółmi. Stwierdzono, że konflikty w tych sferach mogą negatywnie odbijać się na efektach leczenia (Moos, Fenn, Billings, 1988). Takim pozytywnym czynnikiem okazuje się także posiadanie płatnej pracy, co – jak wykazano – owocuje pozytywnymi efektami terapii (por. Simpson, Joe, Lehman, 1986). Znalezienie oraz utrzymanie miejsca pracy uważa się za ważny cel terapii (French i in., 1992). Niektóre osoby – co jest oczywiste – czerpią fundusze na zakup używek z działalności przestępczej (Jarvis, Parker 1989; Hough 1996). Dlatego też możliwość rejestrowania stopnia zaangażowania pacjentów w działalność przestępczą to rzecz istotna, a subiektywny charakter miar nie jest tu przeszkodą. Pozwala bowiem na ocenę, na ile poszczególne osoby badane są świadome swoich wykroczeń i na ile – proces terapii – może zmienić indywidualne sposoby strzeżenie konsekwencji łamania prawa.

Prace nad przystosowaniem kwestionariusza MAP do warunków polskich

Prace nad przystosowaniem kwestionariusza MAP do warunków polskich rozpoczęły się od przetłumaczenia kwestionariusza oryginalnego (por. Załącznik nr 1). Następnie, każdy z członków zespołu przeprowadził wstępne badania (5 wywiadów), po to aby określić przystawalność oryginalnego kwestionariusza

do potrzeb sytuacji, z jaką mamy do czynienia w Polsce. Osoby biorące udział w badaniach pilotażowych zwróciły przede wszystkim uwagę na to, że oryginalny kwestionariusz nie zawiera informacji dotyczących powtarzalności – istotnych z punktu widzenia terapii – zachowań. Efektem prac zespołu było wprowadzenie zmian zwiększających trafność stosowania kwestionariusza MAP w Polsce.

Własności psychometryczne kwestionariusza MAP

Chociaż kwestionariusz MAP nie stanowi typowego narzędzia psychometrycznego (ponieważ jego celem nie jest pomiar nasilenia określonej cechy), a jest to kwestionariusz wywiadu standaryzowanego, to można obliczyć wybrane parametry psychometryczne i potraktować je jako wskaźniki przydatności narzędzia. Odpowiednie analizy przeprowadzono w dwóch obszarach: rzetelności i trafności.

a) opis badanej próby

Dla potrzeb analiz psychometrycznych zebrano dane od 143 osób. Osoby te były pacjentami placówek, w których pracują członkowie zespołu. Wszystkie zostały zdiagnozowane jako osoby uzależnione, głównie od opiatów, kanabinoli, leków uspokajających, amfetaminy oraz alkoholu.

Ze względu na to, że czasami informacje były niekompletne, do ostatecznej analizy wykorzystano 109 protokołów.

b) rzetelność

Analizując rzetelność kwestionariusza MAP, zastosowano dwie metody. Tam, gdzie było to możliwe, to znaczy gdzie dało się wyodrębnić homogeniczną podskale dającą wynik ilościowy, odwołano się do współczynnika alpha Cronbacha jako wskaźnika zgodności wewnętrznej. Wyodrębniono dwie takie skale: zdrowia fizycznego i zdrowia psychicznego. Otrzymane współczynniki zgodności są wysokie (odpowiednio: 0,86 oraz 0,89) i pozwalają przyjąć, że obie skale mierzą homogeniczne zespoły objawów.

Drugą zastosowaną metodą oceny rzetelności kwestionariusza MAP była metoda test–retest. W tym celu ci sami terapeuci dwukrotnie przeprowadzili wywiad z tymi samymi osobami badanymi. Łącznie zebrano 13 podwójnych wypełnień MAP. Średnia dłu-

gość przerwy między badaniami wynosiła 14 dni. Ze względu na to, że okres 14 dni – z punktu widzenia mierzonych zachowań – jest długi, dlatego też można zasadnie oczekiwać, że w tym czasie zmieni się zarówno profil zażywanych substancji jak i charakterystyka zachowań zagrażających zdrowiu, społecznym czy też stan własnego zdrowia. Typowym okresem przerwy w badaniach test–retest dla tego typu metod jest przerwa dwu-, trzydniowa. W związku z tym oceniając rzetelność MAP, rozumianą jako stabilność bezwzględna, wykorzystano tylko te dane, co do których można przyjąć, iż nie powinny one ulec zmianie w okresie dwóch tygodni. Były to głównie informacje dotyczące wieku pierwszego kontaktu z substancją uzależniającą, pobytu w szpitalach oraz okresu abstynencji. Otrzymane współczynniki korelacji okazały się wysokie (od 0,68 do 0,98). Można zatem przyjąć, że MAP jest rzetelnym narzędziem zbierania danych o pacjencie.

c) trafność

Analizując trafność kwestionariusza MAP, przyjęto następujące założenie: należy oczekiwać wysokich korelacji pomiędzy odrębnymi częściami kwestionariusza mierzącymi poszczególne obszary funkcjonowania pacjentów. I tak np. im więcej i częściej różnych substancji zażywa osoba badana, tym większej liczby problemów (zdrowotnych, psychicznych, społecznych) można oczekiwać.

Aby korelacje tego typu mogły zostać policzone, należało przekształcić dane kwestionariuszowe na wyniki ilościowe pozwalające na dokonanie takich obliczeń. W tym celu obliczono tzw. wyniki złożone (*composite scores*) na wzór wyników obliczanych w ASI (por. np. *A Short Guide To The ASI*, 2000). Ze względu na duże zróżnicowanie rodzajów danych zbieranych w określonym obszarze (liczba dni zażywania substancji, ile w ciągu przeciętnego dnia, sposób zażycia) proste sumowanie wyników nie wchodziło w grę. Takie wyniki obliczono w następujących obszarach: picie alkoholu, zażywanie narkotyków, pogorszenie zdrowia fizycznego, pogorszenie zdrowia psychicznego, sytuacja zdrowotna, kontakty społeczne, konflikty, wsparcie społeczne⁴, praca zawodowa, przestępstwa.

Przyjęto, że wskaźnik dotyczący picia alkoholu i wskaźnik dotyczący zażywania substancji powinny

korelować z następującymi obszarami traktowanymi jako kryteria zewnętrzne:

- im wyższy wskaźnik częstości zażywania, tym więcej oczekuje się skarg somatycznych, skarg na zdrowie psychiczne, większej liczby wskazywanych konfliktów, częstszych wykroczeń wobec prawa (dodatnie, istotne współczynniki korelacji), oraz:
- im wyższy wskaźnik częstości zażywania, tym mniej oczekuje się wskazań świadczących o wsparciu społecznym oraz rzadziej podejmowanych działań związanych z pracą.

Otrzymano następujące współczynniki korelacji:

- pomiędzy częstością picia alkoholu a częstością skarg na problemy psychologiczne ($r = +0,211^*$);
- pomiędzy częstością zażywania narkotyków a częstością skarg na problemy zdrowotne ($r = +0,419^{**}$); częstością skarg na problemy psychologiczne ($r = +0,285^{**}$); przestępczością ($r = +0,368^{**}$); częstością konfliktów z rodziną i przyjaciółmi ($r = +0,338^{**}$); ilością wsparcia społecznego ($r = -0,319^{**}$); częstością podejmowania zachowań ryzykownych w postaci używania strzykawek, w tym używanych przez kogoś innego ($r = +0,451^{**}$).

Można zatem przyjąć, że stawiane wcześniej hipotezy potwierdziły się i kwestionariusz MAP należy uznać za trafne narzędzie zbierania danych dotyczących częstości zażywania różnych substancji i wynikających stąd konsekwencji, zarówno podmiotowych jak i społecznych. Kwestionariusz MAP można zatem rekomendować do rutynowego stosowania w placówkach zajmujących się osobami uzależnionymi. ■

Literatura:

- Addiction Research Foundation (1993) *Directory of client outcome measures for addictions treatment programs*. Ontario: Addiction Research Foundation.
- A Short Guide To The ASI (Version 5 Update). (2000). Philadelphia VA: The University of Pennsylvania, Center for Studies of Addiction.
- <http://www.tresearch.org/resources/manuals/SHORTguide-%20asi.pdf>
- Babor, T.F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R., Stout, R., Anton, R.F., Randall, C.L. (1994). *Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research*. *Journal of Studies on Alcohol*, 12 (Supplement), 101–111.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1995). *Developing outcomes monitoring systems for alcohol and other drug treatment services*. Treatment Improvement Protocol Series 14. DHHS Publication No. (SMA) 95–303. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., Ward, J. (1992). *Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index*. *British Journal of Addiction*, 87, 733–742.
- Dennis, M.L., Godley, S. H., Godley, M. D I in. (1998). *Drug Outcome Monitoring System (DOMS): developing a new paradigm for health services research*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
- Donoghoe, M.C. (1992). *Sex, HIV and the injecting drug user*. *British Journal of Addiction*, 87, 405–416.
- French, M.T., Dennis, M.L., Mcdougal, G.L., Karuntzos, G.T., Hubbard, R.L. (1992). *Training and employment programs in methadone treatment: Client needs and desires*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 293–303.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Williamson, S., Fountain, J., Strang, J. (1997). *Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors*. *Aids Care*, 9, 651–660.
- Harrison, P.A., Beebe, T.J., Fulkerson, J.A., Torgerud, C.R. (1996). *The development of patient profiles from Minnesota's treatment outcomes monitoring system*. *Addiction*, 91, 687–699.
- Hough, M. (1996). *Drug Misuse and the Criminal Justice System: a review of the literature*. Home Office Drugs Prevention Initiative. Paper number 15. London: Home Office.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jarvis, G., Parker, H. (1989). *Young heroin users and crime*. *British Journal of Criminology*, 29, 175–185.
- Magura, S., Shapiro, J.L., Siddiqi, Q., Douglas, D.S. (1990). *Variables influencing condom use among intravenous drug users*. *American Journal of Public Health*, 80, 82–84.
- Marsden, J., Gossop, G., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C., Strang, J. (1998a). *The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing tre-*

- atment outcome, *Addiction*, 93, 1857–1867.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Strang, J. (1998b). *The Maudsley Addiction Profile. A brief instrument for treatment outcome research. Development and User manual*. London: National Addiction Centre/ Institute of Psychiatry (<http://eibdata.emcdda.eu.int/Studies/map-manual.htm>).
- Marsden, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M., Prada de Castro, I., Stewart, D., Gossop, M. (2000). New European Instruments for Treatment Outcome Research: Reliability of the Maudsley Addiction Profile and Treatment Perceptions Questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *European Addiction Research*, 6, 115–122.
- McKegany, N., Barnard, M. & Watson, H. (1989). HIV-related risk behaviour among a non-clinic sample of injecting drug users. *British Journal of Addiction*, 84, 1481–1490.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grisson, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26–33.
- Miller, W.R., Heather, N., Hall, W. (1991). Calculating standard drink units: International comparisons. *British Journal of Addiction*, 86, 43–47.
- Moos, R.H., Fenn, C., Billings, A. (1988). Life stressors and social resources: an integrated assessment approach. *Social Science and Medicine*, 27, 999–1002.
- Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023–1031.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Crits-Christoph, K., Wilber, C., Kleber, H.D. (1982). Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 151–156.
- Simpson, D.D., Chatham, L.R. (1995). *TCU/DATAR Forms Manual. Improving Drug Abuse Treatment, Assessment, and Research (DATAR) Project*. Fort Worth, Texas: Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E. K. (1986). *Addiction Careers: summary of studies based on the DARP 12-year follow-up*. NIDA Treatment Research Report. DHHS Publication no. (AMD) 86–1420. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Strang, J. (1992). Harm reduction for drug users: exploring the dimensions of harm, their measurement, and strategies for reductions. *AIDS and Public Policy Journal*, 7, 145–152.
- Task Force to Review Services for Drug Misusers. (1996). *Report of an independent review of drug treatment services in England*. London: Department of Health.
- Wells, E.A., Hawkins, J.D., Catalano, R.F. (1988). Choosing drug use measures for treatment outcome studies. I. The influence of measurement approach on treatment results, *International Journal of the Addictions*, 23, 851–873.
- ¹ MAP jest narzędziem niekomercyjnym, typu *public domain* i korzystanie z niego nie wymaga wnoszenia dodatkowych opłat. Jednak jego stosowanie, w tym także wprowadzanie zmian związanych ze specyfiką problemów w danym obszarze, wymaga wskazania następującego źródła: Marsden, J. Gossop, G. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998a). *The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome*, *Addiction* 93(12): 1857–1867.
- ² Zespół przygotowujący MAP do warunków polskich w składzie: Alicja Bukowska, Anna Ciupa, Elżbieta Hornowska, Barbara Kęszycka, Janusz Koczberski, Mirosława Olszewska, Andrzej Pierchala, pracował na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- ³ Autorzy MAP – co warto podkreślić – stworzyli także kwestionariusz badający satysfakcję osoby badanej z procesu leczenia, tzw. *The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)* (por. Marsden, J., Bacchus, L., Stewart, D. Griffiths, P. Clarke, K., Gossop, M., Strang, J. (1998). *The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ): A brief questionnaire for assessing service satisfaction (unpublished manuscript)*. London: National Addiction Centre. Warto by rozważyć opracowanie takiego kwestionariusza także dla warunków polskich.
- ⁴ Wskaźnik nazwany tu wsparciem społecznym otrzymano inaczej, tj. odejmując od wartości wskaźnika „kontakty społeczne” wartość wskaźnika „konflikty”. Można zatem ten wskaźnik interpretować, jako natężenie kontaktów społecznych wolnych od konfliktów.
- * Marsden, J. Gossop, G. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998a). *The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome*, *Addiction* 93(12): 1857–1867.

Komitet do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
Polskie Towrzystwo Psychologiczne

Profil uzależnień
na podstawie: Maudsley Addiction Profile*

A. Informacje ogólne

A1. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	/...../.....
A2. Stan rodzinny (z kim mieszka)	
A3. Wykształcenie	
A4. Zatrudnienie	
A5. Data wypełnienia	
A6. Rodzaj placówki przeprowadzającej badanie (np. poradnia uzależnień, punkt konsultacyjny)	
A7. Rodzaj kontaktu z pacjentem (np. po raz pierwszy, po raz kolejny, po pół roku)	

B. Używane substancje

	Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni*	Ile w ciągu przeciętnego dnia**	Sposób zażycia***	Wiek pierwszego kontaktu	Jeśli dłużej niż przez ostatnie 30 dni, to jak długo (w miesiącach)
B1. Alkohol					
B2. Heroina					
B3. Nielegalny metadon					
B4. Kokaina w proszku					
B5. Kokaina (Crack)					
B6. Amfetamina					
B7. Ekstazy					
B8. Konopie (skun)					
B9. Leki					
B10. Halucynogeny					
B11. Inne (jakie?)					

B12. Najdłuższy okres abstynencji	
kiedy?	
dobrowolna/wymuszona	

*)	W ogóle	Tylko 1 dzień	Tylko 2 dni	Tylko 3 dni	1 dzień w tyg.	2 dni w tyg.	3 dni w tyg.	4 dni w tyg.	5 dni w tyg.	6 dni w tyg.	Co-dziennie	Inna liczba dni
	0	1	2	3	4	9	13	17	21	26	30	

**) butelki puszki kieliszki	gramy	mililitry	tabletki

***)	Doustnie	Wziewnie	Palone	Dożylnie	Domięśniowo	Donosowo
	1	2	3	4	5	6

C. Zachowania zagrażające zdrowiu

Jeżeli narkotyki nie były wstrzykiwane w ciągu ostatnich 30 dni, przejdź do pytań o zachowania seksualne (C4)

C1.	Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni wstrzykiwano narkotyki (Zestaw odpowiedzi 1)	
C2.	Ile razy wstrzykiwano w ciągu przeciętnego dnia w ciągu ostatnich 30 dni	
C3.	Ile razy wstrzykiwano przy użyciu igieł lub strzykawek wcześniej używanych przez kogoś innego	
Jeżeli nie uprawiano seksu z penetracją, przejdź do części D		
C4.	Liczba osób z którą uprawiano seks bez użycia prezerwatywy	
C5.	Całkowita liczba stosunków bez użycia prezerwatywy	

D. Sytuacja zdrowotna

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
0	1	2	3	4

D1. Jak często odczuwano następujące objawy fizyczne (Zestaw odpowiedzi 3):

(a)	Słaby apetyt	
(b)	Zmęczenie	
(c)	Zaburzenia snu	
(d)	Mdłości	
(e)	Bóle brzucha	
(f)	Trudności w oddychaniu	
(g)	Bóle klatki piersiowej	
(h)	Bóle stawów/kości	
(i)	Bóle mięśni	
(j)	Drętwienie/mrowienie	
(k)	Dreszcze/napady zimna, gorąca	
(l)	Drgawki/utrata przytomności	

D1a. Czy pacjent kiedykolwiek poważnie chorował?
jeśli TAK, to jaka to była choroba i kiedy miała miejsce?

czy był hospitalizowany?

D1b. Czy pacjent miał urazy głowy lub poważne wypadki?
jeśli TAK, to jakiego rodzaju był to uraz?

kiedy miał miejsce?

czy był hospitalizowany?

D2. Jak często odczuwano następujące objawy emocjonalne lub psychologiczne

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
0	1	2	3	4

(a)	Uczucie napięcia	
(b)	Nagły lęk bez przyczyny	
(c)	Uczucie przerażenia	
(d)	Wewnętrzna nerwowość/rozedrganie	
(e)	Okresy panicznego strachu	

(f)	Uczucie braku nadziei co do przyszłości	
(g)	Poczucie braku własnej wartości	
(h)	Poczucie braku zainteresowania czymkolwiek	
(i)	Uczucie samotności	
(j)	Samouszkodzenia	
(k)	Myśli samobójcze	
(l)	Próby samobójcze	

E. Funkcjonowanie indywidualne i społeczne

Jeżeli badany nie był w związku w ciągu ostatnich 30 dni, przejdź do pytań o krewnych (E3)

E1.	Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni utrzymywano kontakt z partnerem / partnerką (np. spotkanie, rozmowa przez telefon)	
E2.	Liczba tych dni, kiedy doszło do konfliktu z partnerem (np. doszło do poważnej wymiany argumentów, kłótni)	

Jeżeli badany nie ma krewnych lub nie miał z nimi kontaktu w ciągu ostatnich 30 dni, przejdź do pytań o przyjaciół (E5)

E3.	Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni utrzymywano kontakt z krewnymi (np. spotkanie, rozmowa przez telefon)	
E4.	Liczba tych dni, kiedy doszło do konfliktu z krewnymi (np. doszło do poważnej wymiany argumentów, kłótni)	

Jeżeli badany nie był w związku w ciągu ostatnich 30 dni, przejdź do pytań o szkołę i zatrudnienie (E7)

E5.	Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni utrzymywano kontakt z przyjaciółmi (np. spotkanie, rozmowa przez telefon)	
E6.	Liczba tych dni, kiedy doszło do konfliktu z przyjaciółmi (np. doszło do poważnej wymiany argumentów, kłótni)	
E7.	Liczba dni absencji w szkole z powodu choroby lub nieusprawiedliwionej nieobecności w ciągu ostatnich 30 dni	
E8.	Przez ile dni w ciągu ostatnich 30 dni badany posiadał pracę	
E9.	Liczba dni absencji w pracy z powodu choroby lub nieusprawiedliwionej nieobecności w ciągu ostatnich 30 dni	
E10.	Liczba dni pozostawania oficjalnie bezrobotnym w ciągu ostatnich 30 dni	

E11.	Przestępstwa popełnione w ciągu ostatnich 30 dni		
		Ile dni	Ile razy w ciągu przeciętnego dnia
(a)	Handel narkotykami		
(b)	Oszustwo/fałszerstwo		
(c)	Kradzież ze sklepu		
(d)	Kradzież z nieruchomości (włamanie)		
(e)	Kradzież z samochodu		
(f)	Pobicie		
(g)	Inne przestępstwa (podać poniżej)		

*)	W ogóle	Tylko 1 dzień	Tylko 2 dni	Tylko 3 dni	1 dzień w tyg.	2 dni w tyg.	3 dni w tyg.	4 dni w tyg.	5 dni w tyg.	6 dni w tyg.	Codziennie	Inna liczba dni
	0	1	2	3	4	9	13	17	21	26	30	

Już starożytni odkryli niebezpieczne uroki zażywania konopi. Dziś amatorzy marihuany i haszyszku odurzają się produktami roślin modyfikowanych genetycznie i hodowanych w specjalnych warunkach

KONOPIE WŁÓKNISTE CZY NARKOTYCZNE?

WALDEMAR KRAWCZYK, CENTRALNE
LABORATORIUM KRYMINALISTYCZNE
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

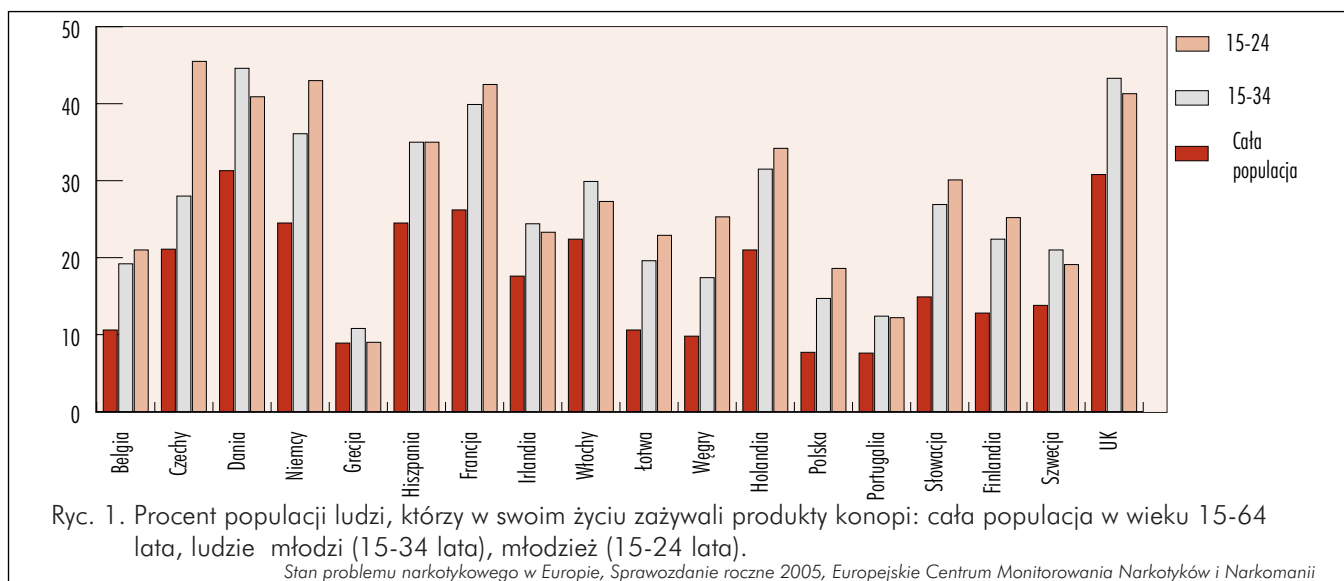
Cannabis sativa to botaniczna nazwa konopi – rośliny pochodzącej z Azji. Konopie, w zależności od zawartości Δ^9 -THC (dalej nazywany THC lub delta-9-THC), substancji biologicznie czynnej, dzielą się na włókniste i inne niż włókniste (te inne niż włókniste nazywane są narkotycznymi). Włókniste, zawierające poniżej 0,2% THC, mają dużo zastosowań przemysłowych, takich jak produkcja sznurów, lin, papieru, kosmetyków, wyrobów spożywczych. Konopie inne niż włókniste zawierające powyżej 0,2% THC wykorzystuje się do wyrobu marihuany, haszyszku i oleju haszyszowego.

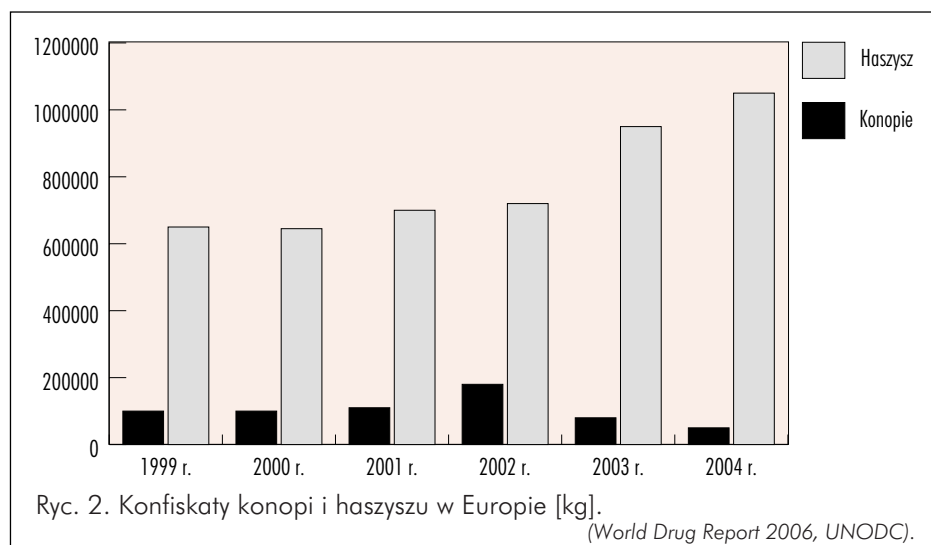
Od starożytności do dziś

Historia zażywania produktów konopi sięga kilku tysięcy lat i ma swój początek w Azji. Pierwsze wzmianki o konopiach znajdują się w pismach chińskich i indyjskich. Z Chin i Indii zażywanie konopi przeniosło się do Persji, Asyrii i na cały Bliski Wschód, skąd Ara-

bowie, niosący ze sobą islam do podbitych państw, zwłaszcza północnej Afryki, nieśli również zwyczaj zażywania konopi (islam zabrania picia alkoholu, nie potępia wprost zażywania narkotyków). Z Afryki moda na zażywanie konopi przeniosła się do Europy. Szacuje się, że w chwili obecnej około 300 milionów ludzi zażywa produkty konopi. Z tego wynika, że jest to, nie tylko najstarszy, ale i najbardziej rozpowszechniony narkotyk na świecie [Ryc. 1].

Pierwotnie rośliny konopi rosły w gorącym klimacie tropikalnym. Ale wraz z ich rosnącą popularnością zostały zaadaptowane również do innych warunków klimatycznych. Typowa dojrzała roślina ma od 2 do 4,5 m wysokości. Zawartość THC, substancji odpowiedzialnej za działanie narkotyczne, zależy od odmiany i warunków uprawy i waha się od setnych części do kilku procent. Coraz bardziej popularne stają się uprawy szklarniowe, gdzie dzięki odpowiedniemu nawożeniu, oświetleniu i temperaturze można wyhodować konopie zawierające nawet ponad 10% THC. W chwili obecnej najważniejsze miejsca produkcji





konopi to Afganistan, Kolumbia, Irak, Jamajka, Liban, Meksyk, Maroko, Pakistan, Turcja, Stany Zjednoczone (uprawy szklarniowe) i Holandia (uprawy szklarniowe).

Szacuje się, że w roku 2004 wyprodukowano około 100 000 ton produktów konopi, z czego ponad 5000 ton udało się skonfiskować siłom antynarkotykowym. Przemysł konopi zwiększa się ze względu na coraz większe zapotrzebowanie na ten narkotyk oraz rosnące zyski grup zajmujących się przemysłem i dystrybucją. Z drugiej strony rozwija się technologia upraw szklarniowych. Największe tego typu uprawy znajdują się w Holandii, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Z punktu widzenia grup zajmujących się dystrybucją główna ich zaleta to fakt, że prowadzone są w państwach konsumenckich i nie ma konieczności przewożenia produktów przez granice, co oznacza zminima-

lizowanie ryzyka wykrycia przez policję.

Konopie i ich produkty należą do najbardziej popularnych narkotyków również w Europie i Polsce, przy czym w Europie obserwuje się niewielki spadek spożycia marihuany, a wzrost używania haszyszu. Tendencje te mają odzwierciedlenie w konfiskatach [Ryc. 2].

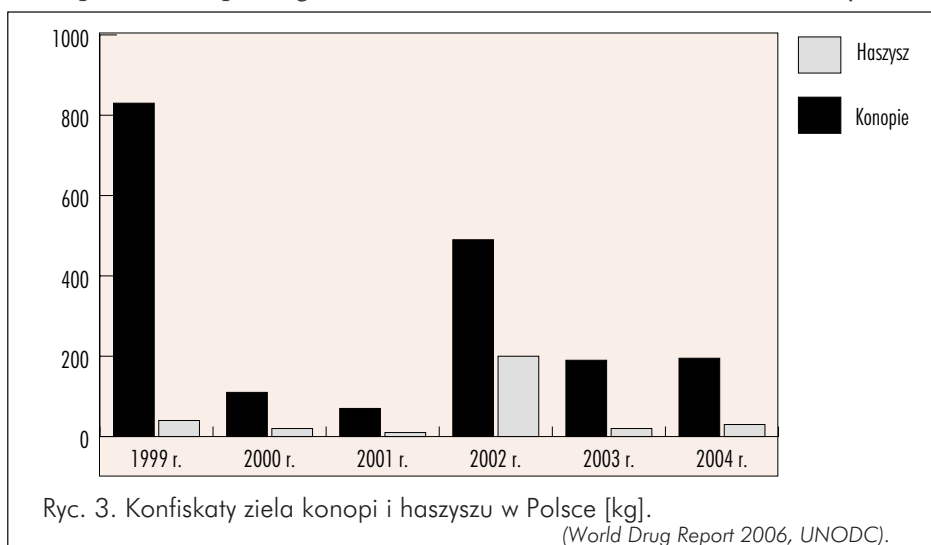
W Polsce obserwuje się wzrost spożycia marihuany oraz małą w porównaniu do reszty Euro-

Konopie modyfikowane genetycznie

Uprawy szklarniowe popularne w Europie i Ameryce Północnej dają możliwości unowocześnienia technologii upraw oraz modyfikacji genetycznych mających na celu uzyskanie ziela konopi o jak największej aktywności biologicznej, za którą odpowiedzialny jest Δ^9 -THC (THC, delta-9-THC). Marihuana produkowana w latach 80-tych zawierała do 3% THC, w chwili obecnej niektóre odmiany mają nawet 20% THC.

W konopiach, oprócz THC, znajdują się inne kanabinoły, w tym kwas delta-9-THC-2-karboksylowy

(THCA). THCA nie jest substancją biologicznie aktywną, ale pod wpływem ciepła rozkłada się do THC. Rozkład ten zaczyna się już w temperaturze 35°C, a w trakcie palenia następuje całkowite przejście THCA w aktywny biologicznie THC. W „normalnych” konopiach narkotycznych, w zależności od regionu upraw, warunków klimatycznych i pory roku, zawartość THCA nie przekracza 1,5%, a konopie włókniste praktycznie nie zawierają THCA.



W ostatnich latach wyhodowano konopie modyfikowane genetycznie charakteryzujące się znaczną zawartością THCA (nawet do 10%), przy niewielkiej zawartości THC (często poniżej 0.2%). Konopie modyfikowane genetycznie, mimo małej zawartości THC, mają bardzo silne działanie biologiczne wywołane przez obecny w dymie delta-9-THC pochodzący z rozkładu THCA.

Przepisy prawne dotyczące konopi

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła wiele zmian w stosunku do swojej poprzedniczki. Najistotniejsza zmiana z prawnego punktu widzenia polega na nowej definicji ziela konopi. W załączniku nr 1, do tego dokumentu, do środków odurzających grupy I-N i IV-N zaliczono „konopi ziele i żywice innych niż włókniste...”. Wcześniej w art. 4 zdefiniowano konopie włókniste jako rośliny z gatunku konopie siewne, w których zawartość THC wynosi poniżej 0,20% w przeliczeniu na suchą masę. W konsekwencji takich zapisów przepisom Ustawy podlegają jedynie konopie zawierające więcej niż 0,2% THC.

Jak wspomniano wyżej, coraz częściej na nielegalnym rynku narkotykowym pojawiają się konopie modyfikowane genetycznie, które zawierają niewielką ilość THC (często poniżej 0,2%), ale za to znaczne ilości, nawet powyżej 10% THCA. Kwas ten w trakcie palenia konopi praktycznie w 100% ulega rozkładowi do delta-9-THC. Z prawnego punktu widzenia powstał więc paradoks, że silnie działające na organizm konopie nie są środkiem odurzającym w rozumieniu Ustawy.

Problem prawny z konopiami genetycznie modyfikowanymi można rozwiązać poprzez zmianę definicji konopi, tak jak ma to miejsce w wielu państwach europejskich. Definicja ta powinna mówić, że konopie włókniste to takie, w których suma zawartości THC i THCA jest mniejsza od 0,2%. Biorąc pod uwagę, że „prawdziwe” konopie włókniste praktycznie nie zawierają THCA, zmiana definicji nie wpłynęłaby w żaden sposób na możliwość ich legalnych upraw, wyeliminowałaby jednak z legalnego obrotu konopie modyfikowane genetycznie. ■

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzi aktywną działalność na płaszczyźnie międzynarodowej, nie ograniczając się jedynie do państw Unii Europejskiej, ale nawiązując kontakty również z krajami, które do Unii dopiero aspirują

NIE TYLKO UNIA

ŁUKASZ JĘDRUSZAK

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII

Obecność Polski w Unii Europejskiej otwiera przed naszym krajem nowe możliwości, daje szanse, których wcześniej nie mieliśmy, ale także nakłada obowiązki. Jednym z nich jest nawiązywanie i pogłębianie kontaktów bilateralnych z krajami, które nie należą do Wspólnoty lub starają się o przyjęcie do niej. Unia Europejska, w swej Strategii Antynarkotykowej, położyła duży nacisk na rozwój współpracy z państwami Europy Centralnej i Wschodniej, a także Bałkanów. Polska, z racji położenia, może i powinna aktywnie rozwijać współpracę z każdym z tych regionów.

Mając na względzie powyższe fakty, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) nawiązuje i pogłębia współpracę na szczeblu międzynarodowym, skupiając swą uwagę nie tylko na kooperacji z państwami Wspólnoty, ale także na szeroko rozumianym wymiarze wschodnim tej współpracy. Jedną z najważniejszych inicjatyw podejmowanych na tym polu jest zaplanowana w Warszawie w dniach 13–14 listopada 2006 roku konferencja ekspercka UE – Rosja (szerzej opisano ją w poprzednim numerze Serwisu). Jednak oprócz niej, KBPN realizuje także szereg pomniejszych, ale nie mniej ważnych inicjatyw. Należy wspomnieć tu o przygotowywanej współpracy z Ukrainą, Obwodem Kaliningradzkim, a także państwami regionu bałtyckiego. Powyższe projekty nadal znajdują się w fazie przygotowań i należy oczekiwać,

że zostaną wprowadzone w życie na przełomie 2006 i 2007 roku.

Chorwacka wizyta w Polsce

Przykładem inicjatywy, która osiągnęła realny wymiar, jest współpraca KBPN z Republiką Chorwacką. Biuro nie tylko zostało wybrane przez Niemców jako Junior Partner w projekcie Twiningowym z Chorwacją, podjęło również współpracę bilateralną z Biurem ds. Zwalczania Narkomanii Republiki Chorwackiej.

Republika Chorwacka, jako kraj kandydujący do UE, ma obowiązek dostosowywania swego systemu prawnego do systemu obowiązującego w krajach Wspólnoty. To proces długotrwały i, jak mogliśmy obserwować na przykładzie Polski, niełatwy. Dlatego też, mając na uwadze polskie doświadczenia w tym obszarze, Chorwacja w listopadzie 2005r. zwróciła się do KBPN z prośbą o zorganizowanie wizyty studyjnej w Polsce, podczas której chorwaccy eksperci mogliby bliżej zapoznać się z polskimi doświadczeniami w dziedzinie dostosowywania narodowego systemu prawnego do acquis Wspólnoty. Ponadto chorwaccy eksperci byli zainteresowani informacjami na temat polskich doświadczeń w dziedzinie wykrywania i zwalczania nielegalnych laboratoriów produkujących narkotyki, systemem kontroli prekursorów, miejskim systemem przeciwdziałania zjawisku narkomanii (prezentacja przedstawiciela Miasta Stołecznego Warszawy) oraz działalnością organizacji pozarządowych w tym obszarze.

Przy pomocy ekspertów z Komendy Głównej Policji, Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP oraz Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego przygotowano szczegółowy program wizyty w Polsce.

Pierwszy dzień wypełniło spotkanie w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Rozpoczęło się od prezentacji działalności Chorwackiego Biura ds. Zwalczania Narkomanii i omówienia głównych problemów, którym musi stawić czoła Chorwacja na polu przeciwdziałania narkomanii.

Następnie pracownicy KBPN zapoznali specjalistów chorwackich z działalnością Biura, a także z procesem implementacji założeń prawnych i instytucjonalnych polityki antynarkotykowej Unii Euro-

pejskiej oraz z działaniami Polski w tym obszarze po jej przystąpieniu do Unii. Istotnym elementem spotkania było przedstawienie koncepcji funkcjonowania systemu monitorowania narkotyków i narkomanii w Polsce oraz działań prowadzonych w tym zakresie przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. Polskie Centrum stanowi punkt kontaktowy dla Europejskiego Centrum Monitoringu (EMCDDA) w Lizbonie. Jednym z wymogów akcesyjnych w obszarze spraw wewnętrznych i sprawiedliwości jest powołanie takiego punktu kontaktowego w Chorwacji. Równie ważnymi kwestiami było omówienie założeń Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz zadań podejmowanych w tym zakresie przez Biuro.

Kolejny, interesujący punkt spotkania to prezentacja dotycząca polityki antynarkotykowej prowadzonej przez Biuro Polityki Społecznej Miasta Warszawy. Pierwszy dzień wizyty zakończył się wystąpieniem specjalisty Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego poświęconym polskiemu systemowi kontroli prekursorów.

Spotkania z policjantami i pacjentami ośrodka

Drugiego dnia delegacja chorwacka gościła w siedzibie Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego (CLK), gdzie dr Waldemar Krawczyk przedstawił prezentację na temat nielegalnych laboratoriów i produkowanych tam narkotyków. Eksperci chorwaccy byli pełni uznania dla działań i wyników osiąganych przez specjalistów z CLK, dlatego też poprosili o zorganizowanie szkolenia w Polsce, podczas którego specjaliści z Chorwacji mogliby doskonalić swoje umiejętności w tym zakresie. Wszystko wskazuje na to, iż w 2007 roku uda się zorganizować takie szkolenie na terenie naszego kraju.

Równie interesujące okazało się spotkanie w Komendzie Głównej Policji, w czasie którego nasi goście zapoznali się z polskimi doświadczeniami w zakresie zwalczania obrotu nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi.

Zgodnie z oczekiwaniem specjalistów chorwackich, chcących zapoznać się z działalnością polskich

organizacji pozarządowych w dziedzinie zwalczania narkomanii, zorganizowano spotkanie w Domu Młodzieży Uzależnionej i Eksperymentującej na ulicy Marywilskiej, gdzie oprócz wysłuchania prezentacji, którą przygotowali pracownicy Stowarzyszenia Monar, mogli z bliska zobaczyć, jak wygląda życie codzienne pensjonariuszy tego ośrodka.

Wizytę chorwackich gości oceniamy bardzo pozytywnie. Plan wizyty był niezwykle napięty, jednak udało się zrealizować wszystkie jego punkty. Zarówno pracownicy Biura, jak i nasi goście wyrazili swoje zadowolenie z przebiegu tej dwudniowej wizyty. Biorąc pod uwagę fakt, że Chorwacja już niebawem stanie się jednym z krajów Wspólnoty, pewne jest, że współpraca między naszymi państwami, nie tylko w dziedzinie przeciwdziałania narkotykom i narkomanii, będzie się zacieśniać.

Twinning polsko-chorwacki

Na zakończenie warto odnieść się do wspomnianej wyżej umowy Twinningowej z Chorwacją. Jej główny cel to podzielenie się z chorwackim partnerem wiedzą dotyczącą mechanizmów efektywnego przeciwdziałania narkotykowej przestępczości zorganizowanej, poprzez implementację do krajowej strategii antynarkotykowych zapisów unijnej Strategii Antynarkotykowej. Istotnym celem tej współpracy jest także przygotowanie specjalistów chorwackich do aktywnego uczestnictwa w działalności Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA) i w sieci wymiany informacji REITOX, w skład której wchodzi Centra Informacji o Narkotykach i Narkomanii (tzw. *National Focal Points*) w każdym z krajów należących do Wspólnoty. ■

KALENDARIUM

Czerwiec

- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 07.06.2006 r.
- Spotkanie Komitetu Technicznego Unia Europejska – Państwa Ameryki Łacińskiej i Karaibów, Bruksela 08.06.2006 r.
- Spotkanie Trojki i zainteresowanych państw członkowskich z przedstawicielami Stanów Zjednoczonych, Bruksela 09.06.2006 r.
- Konferencja Wysokiego Szczebla dotycząca przemytu narkotyków z Afganistanu, „Paryż II – Moskwa I”, Moskwa 26–28.06.2006 r.

Lipiec

- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 10.07.2006 r.
- Posiedzenie Centralnej Grupy Dublinskiej, Polska po raz pierwszy przedstawi wyniki monitoringu w państwach Europy Wschodniej i Zakaukazia, Bruksela 12.07.2006 r.

Wrzesień

- Konferencja „Moving Forward Together”, Turku (Finlandia) 06–07.09.2006 r.
- Konferencja Pompidou Group, 8–19.09.2006 r.
- Spotkanie Trojki i zainteresowanych państw członkowskich z przedstawicielami Federacji Rosyjskiej, Bruksela 28.09.2006 r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 07.06.2006 r.

Spotkania organizowane przez EMCDDA

Czerwiec

- Spotkanie ekspertów zajmujących się wskaźnikiem rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji generalnej, Lizbona 08–09.06.2006 r.
- Spotkanie ekspertów zajmujących się systemem ostrzegania o nowych narkotykach EWS, Lizbona 14–16.06.2006 r.
- Academia Reioix dotycząca rozliczania umowy Grant Agreement zawieranej pomiędzy EMCDDA i krajami członkowskimi, Larnaca (Cypr) 28–30.06.2006 r.

Lipiec

- Spotkanie zarządu EMCDDA, w skład którego wchodzi przedstawiciel Polski, Lizbona 05–07.07.2006 r.

Wrzesień

- Spotkanie managerów EMCDDA (systemu ewidencjonowania i oceny programów ograniczających popyt na narkotyki), Lizbona wrzesień 2006 r.
- Spotkanie Legal Correspondents nt. najnowszych krajowych rozwiązań prawnych państw członkowskich w zakresie narkotyków i narkomanii, Lizbona wrzesień 2006 r.
- Spotkanie ekspertów zajmujących się wskaźnikami zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków, Lizbona wrzesień 2006 r.

Od lat Polska bierze aktywny udział w wielu globalnych inicjatywach, mających na celu koordynowanie oraz wspieranie na szczeblu unijnym i międzynarodowym walki poszczególnych państw z narkotykami i narkomanią...

DZIAŁANIA INSTYTUCJONALNE UNII EUROPEJSKIEJ w zakresie zwalczania narkotyków i narkomanii

KLAUDIA PALCZAK

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII

Na łamach Serwisu Informacyjnego już po raz drugi prezentujemy Państwu kalendarium współpracy międzynarodowej, głównie w odniesieniu do spotkań organizowanych na forum Rady Unii Europejskiej. Od czasu przystąpienia Polski do UE przedstawiciele naszego kraju regularnie biorą udział w tych spotkaniach. W niniejszym opracowaniu chciałabym w skrócie omówić działania podejmowane przez instytucje unijne oraz inne inicjatywy międzynarodowe wymienione w kalendarium.

Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków

W UE, ujmowanej w charakterze instytucjonalnym, problem narkotyków i narkomanii, ze względu na swój interdyscyplinarny charakter, jest przedmiotem obrad kilku grup roboczych Rady m.in. Grupy ds. Współpracy Policyjnej (PCWG), Multidyscyplinarnej Grupy Roboczej ds. Przestępczości Zorganizowanej (MDG), Grupy Roboczej do Spraw Współpracy Celnej, a także Grupy Roboczej ds. Zdrowia Publicznego.

Organem koordynującym tematyki poruszanej na wyżej wymienionych forach jest Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (HDG), w pracach której udział biorą przedstawiciele państw członkowskich z instytucji centralnych, zajmujących się ograniczaniem podaży i popytu na narkotyki. Polskę w tej grupie reprezentują odpowiednio przedstawiciele Policji

odpowiedzialni za zwalczanie przestępczości narkotykowej (Centralne Biuro Śledcze), nielegalne laboratoria i analizę narkotyków (Centralne Laboratorium Kryminalistyczne) oraz działania z zakresu ograniczania popytu (przedstawiciel Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii).

W obradach, prócz przedstawicieli państw członkowskich, udział biorą także reprezentanci Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europejskiego Urzędu Policji Europol oraz właściwych komórek organizacyjnych Komisji Europejskiej.

O randze spotkań HDG świadczyć mogą jej kompetencje w zakresie kreowania polityki antynarkotykowej UE. W 2004 i 2005 roku na forum Grupy przygotowywano dwa najważniejsze dokumenty UE dotyczące kwestii narkotyków – Antynarkotykową Strategię UE na lata 2005–2012 oraz Antynarkotykowy Plan Działania na lata 2005–2008. Możliwość aktywnego uczestnictwa w tworzeniu tych dokumentów, z sukcesem wykorzystana przez stronę polską, daje krajom członkowskim realny wpływ na kreowanie priorytetów Unii w zakresie polityki antynarkotykowej oraz podejmowanie zgodnych z założeniami programów działań. Ma to szczególne znaczenie przy wykorzystywaniu środków finansowych Komisji Europejskiej (KE) na zadania z zakresu ograniczania popytu i podaży narkotyków oraz szeroko rozumianej działalności badawczej i współpracy międzynarodowej. Corocznie Komisja Europejska ogłasza konkursy na realizację działań wyznaczanych przez Antynarkotykowy Plan Działania, w którym udział mogą brać

instytucje centralne, władze samorządowe oraz organizacje pozarządowe z poszczególnych krajów członkowskich i państw kandydujących.

Do istotnych przedsięwzięć HDG zaliczyć należy zakończone właśnie prace nad nowelizacją rozporządzenia o Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), polegające m.in. na opracowaniu procedur umożliwiających wszystkim krajom członkowskim UE (w tym nowym krajom) zabezpieczenie swoich interesów w procesie podejmowania decyzji przez organy zarządzające EMCDDA.

Obecnie trwają również prace nad programem *Daphne* na lata 2007–2013, stanowiącym część programu dotyczącego praw podstawowych i sprawiedliwości. Na wniosek państw członkowskich i Parlamentu Europejskiego program *Daphne* został podzielony na dwa osobne: „Przeciwdziałanie przemocy – *Daphne*” oraz „Przeciwdziałanie narkotykom”. Na program antynarkotykowy przewidziano wstępnie ponad 21 mln euro, o które od 2007 r. mogą ubiegać się organizacje pozarządowe i kraje członkowskie. Program będzie podlegał dalszym dyskusjom na forum HDG. Na łamach Serwisu poinformujemy Państwa o ostatecznych ustaleniach dotyczących możliwości ubiegania się o środki unijne w ramach tego programu.

Do najważniejszych zadań Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków należy również wypracowywanie wspólnych stanowisk prezentowanych przez UE na forach międzynarodowych.

Spotkania Trojki

Priorytety polityki zagranicznej UE w zakresie narkotyków i narkomanii na najbliższe lata odzwierciedlają zapisy Planu Działania, a z państwami z obszarów określonych w nim jako priorytetowe, organizowane są regularne spotkania zwane spotkaniami Trojki i zainteresowanych państw członkowskich z krajami trzecimi (terminy najbliższych zamieszczono w kalendarium). Do tej pory spotkania Trojki odbyły się z następującymi krajami: Rosja, Stany Zjednoczone, Turcja, Afganistan, państwa Bałkanów Zachodnich oraz Iran. Regularnie organizuje się także spotkania Komitetu Technicznego pomiędzy UE a państwami Ameryki Łacińskiej i Karaibów oraz Wspólnoty Andyjskiej.

Na tych spotkaniach eksperci z Polski mają możliwość przedstawienia polityki naszego kraju w stosunku do powyższych państw oraz wyrażanie opinii w zakresie proponowanych form współpracy z nimi. Z punktu widzenia interesów Polski za szczególnie istotne należy uznać kontakty z Federacją Rosyjską. W zakresie współpracy policyjnej równie ważne są spotkania z Iranem, Turcją czy Afganistanem.

Do przedstawionych w kalendarium inicjatyw, w których regularnie uczestniczą przedstawiciele Polski, należą także spotkania:

- **Grupy Dublińskiej** – To działająca od 1990 roku nieformalna inicjatywa państw członkowskich UE oraz państw Grupy G 7. Celem jej działania jest poprawa koordynacji w zakresie kontroli nad narkotykami oraz powiązanych z nią projektów. Członkowie Grupy spotykają się z reguły dwa razy w roku (najczęściej w Brukseli), aby dokonać oceny sytuacji w poszczególnych regionach świata. Każdy z kluczowych regionów pozostaje pod nadzorem tzw. Mini-Grup Dublińskich, które tworzą ambasadorowie i personel dyplomatyczny. Sprawozdania z Grupy przedstawia się informacyjnie na posiedzeniach HDG. Aktualnie, w 2006 roku, przewodnictwo w grupie sprawuje Japonia. W spotkaniach Grupy Dublińskiej uczestniczą eksperci z państw bądź przedstawiciele odpowiednich jednostek organizacyjnych Stałych Przedstawicielstw państw członkowskich przy Unii Europejskiej. Funkcjonowanie Grupy umożliwia uzyskanie informacji o problematyce przestępczości narkotykowej na świecie, co ma wpływ na bezpieczeństwo państw członkowskich Unii Europejskiej. W 2005 roku Polska objęła przewodnictwo w Mini-Grupie Dublińskiej dla regionu Europy Wschodniej i Zakaukazia. W lipcu tego roku na spotkaniu Grupy po raz pierwszy Polska przedstawi raport z rekomendacjami dotyczącymi problemu narkotyków i narkomanii w państwach regionu, w których nasz kraj przewodniczy. Polska jest pierwszym z nowo przyjętych krajów członkowskich, który objął regionalne przewodnictwo w Mini – Grupie Dublińskiej.
- **Grupy Pompidou** – To Międzyrządowa Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczania Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami, powstała w 1971 r. w celu rozwoju efektywnej polityki dotyczącej problemu nadużywania oraz przemytu

narkotyków na terenie Europy. Od 1980 r. Grupa działa w ramach Rady Europy. Obecnie w jej skład wchodzi 34 państwa europejskie.

Do głównych jej zadań należy m.in.:

- sprzyjanie tworzeniu uniwersalnego, niewiążącego forum dyskusyjnego dla decydentów politycznych oraz profesjonalistów zajmujących się rozwiązywaniem i badaniem problemu narkotyków i narkomanii,
- promowanie tworzenia kompleksowych strategii antynarkotykowych na poziomie krajowym, regionalnym oraz lokalnym,
- podnoszenie kwestii związanych z etyką i prawami człowieka w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień,
- usprawnianie systemu zbierania informacji oraz monitorowania nowych trendów zjawiska narkotyków i narkomanii,
- wypracowywanie kierunków działań adekwatnych do zaistniałych potrzeb,
- włączenie do współpracy krajów europejskich niebędących członkami Unii Europejskiej.

Obecnie Polska sprawuje wiceprzewodnictwo w Grupie Pompidou. Na spotkaniu ministerialnym zaplanowanym na listopad br. nasz kraj będzie ubiegał się o objęcie przewodnictwa w Grupie. Wypracowano już nieformalny konsensus na polskie przewodnictwo w Grupie, o wiceprzewodnictwo będzie ubiegała się Hiszpania.

• **Paktu Paryskiego** – Ta nowa inicjatywa, zaproponowana przez dyrektora wykonawczego UNODC A.M.Costę w 2003 roku, ma służyć zacieśnieniu współpracy, głównie na poziomie operacyjnym, państw dotkniętych przemytem narkotyków z Afganistanu. W spotkaniu inauguracyjnym uczestniczyli przedstawiciele 19 państw i 7 organizacji międzynarodowych. Główne założenia Paktu to m.in. wzmocnienie kontroli na granicach w Zachodniej i Środkowej Azji (na tzw. szlaku bałkańskim, w obszarze Morza Czarnego i terenów Wspólnoty Niepodległych Państw); opracowanie prawnych i organizacyjnych ram dla zwalczania problemu narkotyków w państwach mających największe trudności; poprawa współpracy państw regionu z państwami europejskimi oraz wsparcie dla programów realizowanych w Afganistanie. Kolejne spotka-

nie Paktu Paryskiego odbyło się w Moskwie pod koniec czerwca tego roku. Uczestniczyli w nim przedstawiciele Polski. Spotkanie było istotnym elementem w przygotowywanej obecnie przez nasz kraj konferencji eksperckiej UE – Rosja.

• **Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)** – W celu zapewnienia Wspólnocie Europejskiej oraz państwom członkowskim obiektywnej, rzetelnej i porównywalnej informacji z zakresu narkotyków, narkomanii i skutków ich używania, powołane zostało EMCDDA z siedzibą w Lizbonie, którego immanentną częścią jest Sieć REITOX, czyli sieć krajowych centrów monitorujących. Centrum skupia się na monitorowaniu podejmowanych reakcji na problem, sposobów ich realizacji i uzyskiwanych wyników. Centrum koncentruje się również na poprawie jakości analizy danych na szczeblu krajowym i międzynarodowym. Sieć Reitox umożliwia szybką wymianę informacji pomiędzy krajami członkowskimi, Komisją Europejską, organizacjami pozarządowymi, innymi instytucjami zajmującymi się zagadnieniami narkotykowymi i samym Centrum. Jednym z celów wiodących jest pełna implementacja na poziom krajowy tzw. kluczowych wskaźników oraz uruchomienie i funkcjonowanie systemu ostrzegania o nowych narkotykach. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura wchodzi w skład Sieci Reitox, a jego specjaliści biorą aktywny udział w pracach EMCDDA. W kolejnych numerach Serwisu zaprezentujemy Państwu sprawozdania z udziału w spotkaniach poświęconych implementacji kluczowych wskaźników.

Koordinacja działań zarówno na szczeblu unijnym, jak i międzynarodowym jest niezbędnym wymogiem dla efektywnej realizacji działań związanych ze zwalczaniem narkotyków, nałożonych na Unię i poszczególne państwa członkowskie. Należy podkreślić, że wkład w walkę z narkotykami na szczeblu krajowym w Unii Europejskiej wzbogacają i wspierają międzynarodowe instytucje działające globalnie, regionalnie lub lokalnie. Odgrywają one różną rolę, a ich funkcjonowanie ma bezpośredni wpływ na sytuację panującą w UE. Dostrzegając znaczenie powyższych argumentów, należy zauważyć, że od wielu lat Polska bierze aktywny udział w wielu międzynarodowych inicjatywach. Niektóre z nich postaramy się Państwu przybliżyć w kolejnych numerach Serwisu. ■

Raport z ogólnopolskich badań ankietowych, dotyczących używania tytoniu, alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną, przynosi optymistyczną wiadomość o załamaniu się trendu wzrostowego używania substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi

POZYTYWNE TRENDY

AGNIESZKA KOLBOWSKA
KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII

Na przełomie października i listopada 2005 r., na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przeprowadzono audytoryjne badanie ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Realizatorem projektu był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Badanie przeprowadzono według metodologii międzynarodowego projektu, koordynowanego przez CAN ze Sztokholmu, podjętego z inicjatywy Grupy Pompidou (*Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs*), działającej przy Radzie Europy. Badanie stanowi kolejną edycję projektu ESPAD, pierwszego realizowanego wśród młodzieży szkolnej ogólnopolskiego badania na temat używania substancji psychoaktywnych, spełniającego warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętego z intencją śledzenia trendów zjawiska. Poprzednie edycje badania przeprowadzono w latach 1995, 1999 i 2003. Następne z tej serii zostanie zrealizowane w roku 2007.

Niniejszy artykuł stanowi skrót raportu badawczego autorstwa Janusza Sierosławskiego. Pełna wersja raportu, zawierająca tabele rozkładów odpowiedzi, jest dostępna na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.narkomania.gov.pl.

Cel badania

Główny cel badania to pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych w przeddzień wejścia w życie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010, tak

aby uchwycić wartości wyjściowe wskaźników realizacji zadań i osiągnięcia celów programu. Chociaż przedmiotem projektu była przede wszystkim kwestia narkotyków, to badaniem objęto także używanie substancji legalnych, takich jak tytoń, alkohol oraz leki uspokajające i nasenne. Ponadto wśród założeń wymieniono próbę identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska po stronie popytu i podaży. W badaniu poruszono kwestie dostępności substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychologicznym, gotowości do podjęcia prób z tymi środkami, przekonań na temat ich szkodliwości, doświadczeń w zakresie problemów związanych z ich używaniem. Celem badania była również próba identyfikacji i pomiaru aktywności szkół w obszarze profilaktyki uzależnień.

Metodologia badania

Do badania włączono dwie grupy młodzieży – uczniów urodzonych w 1987 i 1989 r. Założono, że 95% tej młodzieży uczęszcza do szkół, w zdecydowanej większości do trzecich klas gimnazjów i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Schemat doboru próby zakładał losowy dobór trzystopniowy: najpierw losowano gminy, następnie szkoły i klasy. Operatami losowania były: wykaz gmin GUS oraz listy szkół Kuratoriów Oświaty i Wychowania, dostępne na stronach internetowych tych instytucji. Założono objęcie badaniem próby o wielkości ok. 6 500 uczniów, czyli około 224 klas szkolnych z obu poziomów. W procedurze badania położono duży nacisk na zapewnienie respondentom poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej anonimowości. Zespół ankietatorów rekrutował się spoza systemu oświaty i wychowania.

Kwestie poruszone w badaniu zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań

dla całej populacji oraz porównania wyników z wynikami badań ESPAD z 1995, 1999 i 2003 r. Porównania te napotykały wprawdzie ograniczenia wynikające z innego terminu realizacji badania (badanie z 2005 r. zrealizowano na jesieni, pozostałe badania na wiosnę), jednak mimo to dostarczają wstępnej orientacji w zakresie zmian w trendach używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną.

Palenie tytoniu

Rozpowszechnienie palenia tytoniu zbadano w dwóch wymiarach czasowych – całego życia respondenta oraz ostatnich 30 dni przed badaniem. Zarówno wśród gimnazjalistów, jak i wśród starszej młodzieży nieco wyższy odsetek dziewcząt niż chłopców deklaruje, że nigdy nie paliło tytoniu. Wśród uczniów starszych, chłopcy w nieco wyższym odsetku (36,8%) niż dziewczęta (30,6%) deklarowali palenie tytoniu 40 i więcej razy w życiu. Ta różnica między chłopcami i dziewczętami nie występuje w młodszej grupie wiekowej, gdzie wskaźnik ten wyniósł niezależnie od płci 17%. Jeśli przyjrzymy się okresowi ostatnich 30 dni przed badaniem, to zauważymy, że w tym czasie paliło papierosy 21,6% piętnasto–szesnastolatków i 37,0% siedemnasto–osiemnastolatków. W obu grupach wiekowych obserwujemy podobną prawidłowość – brak różnic między chłopcami i dziewczętami, co do palenia tytoniu w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem oraz częstsze codzienne palenie wśród chłopców, w ilości przekraczającej 10 papierosów dziennie.

Picie napojów alkoholowych

Jak można się spodziewać, najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej okazały się napoje alkoholowe. Eksperymentowanie z piciem chociaż raz w życiu zadeklarowało 85,2% gimnazjalistów z klas trzecich i 93,3% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. W przypadku doświadczeń z alkoholem na przestrzeni całego życia wskaźniki dla chłopców i dziewcząt są bardzo podobne (w grupie młodszej odpowiednio – 88% i 82%, w grupie starszej – 94% i 92%), co zdaje się wskazywać na postęp procesu emancypacji dziewcząt. Ponadto w obu grupach wiekowych picie alkoholu stanowi, przynajmniej w sensie statystycznym, normę. Wyniki

badania pokazują zatem istotną przemianą obyczajową w zakresie używania alkoholu przez młodzież.

Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto picie w okresie ostatnich 30 dni przed badaniem. W tym czasie jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 45,1% uczniów z grupy młodszej i 69,0% uczniów z grupy starszej. Gdy rozpatruje się wskaźnik picia w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, istotna staje się także różnica między chłopcami i dziewczętami. 48,6% młodszych chłopców i 41,4% młodszych dziewcząt deklaruje, że piło alkohol w ciągu ostatniego miesiąca oraz odpowiednio 72,9% chłopców i 64,9% dziewcząt wśród uczniów starszych.

Najbardziej rozpowszechnionym napojem alkoholowym, zarówno w trzecich klasach gimnazjów, jak i wśród młodzieży starszej, jest piwo, na drugim miejscu znalazła się wódka, a dopiero na trzecim wino. Jak pokazują dane, większość badanych na obu poziomach nauczania ma za sobą doświadczenie upicia się (71,2% uczniów szkół ponadgimnazjalnych). Znaczne rozpowszechnienie picia alkoholu wśród młodzieży może budzić niepokój, patrząc na zjawisko z perspektywy zdrowia publicznego, a także obowiązujących rozwiązań prawnych.

Używanie innych substancji psychoaktywnych

Do szerokiej grupy, innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych, należą leki przeciwbólowe i nasenne, sterydy anaboliczne, substancje wziewne oraz szeroka gama substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu zatem środki, powszechnie nazywane narkotykami, których produkcja i obrót są czynami zabronionymi przez prawo.

Na pytanie „Czy chciałbyś spróbować jakiegoś narkotyku lub leku?” twierdząco odpowiedziało niemal dwukrotnie więcej uczniów starszych (37,9%) niż młodszych (21,9%).

W praktyce okazało się, że choć raz w życiu 14,2% uczniów młodszych i 31,5% uczniów starszych paliło marihuanę, która znajduje się na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. Na drugiej pozycji ułożyły się leki uspokajające i nasenne, które kiedy-

kolwiek w życiu zażywało bez zalecenia lekarza 15,1% w młodszej kohorcie i 19% w starszej. Na trzecim miejscu wśród gimnazjalistów znalazły się substancje wziewne (7,5%), zaś wśród starszych uczniów amfetamina (12,4%). Czwarte miejsce w młodszej grupie zajmuje amfetamina (3,6%), zaś w starszej – ecstasy (8,3%). Związek między używaniem substancji a płcią występuje na obu poziomach nauczania. W grupie uczniów młodszych chłopcy częściej deklarują próby używania praktycznie wszystkich substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi, z którymi z kolei znacznie częściej eksperymentują dziewczęta.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji zwykle uznaje się przyjmowanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Uzyskane dane pokazują, że najpopularniejszą substancją, także na poziomie używania w ciągu ostatniego roku, są przetwory konopi. W klasach trzecich gimnazjów używało tego środka 10% uczniów, w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych – 22,6%. Na drugim miejscu w obu grupach znajdują się leki uspokajające i nasenne używane bez przepisu lekarza (6,6% w młodszej grupie i 9% w starszej), a na trzecim w młodszej grupie – substancje wziewne (3,5%), zaś w starszej – amfetamina (6,8%). Analizując rozpowszechnienie aktualnego używania poszczególnych substancji, obserwujemy związek z płcią. Podobnie jak w przypadku eksperymentowania używanie w ciągu ostatniego roku występuje częściej wśród chłopców niż wśród dziewcząt, z wyjątkiem przyjmowanych bez przepisu lekarza leków uspokajających i nasennych.

Dla względnie częstego, okazjonalnego używania za wskaźnikowy można przyjąć okres ostatnich 30 dni przed badaniem. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w przypadku większości badanych nie ma charakteru regularnego. Dlatego trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni, na pewno używają jej co najmniej raz na miesiąc. Uzyskane wyniki pokazują, że w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem 4,3% uczniów klas trzecich gimnazjów i 10,5% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych paliło marihuanę lub haszysz. Analogicznie, jak w przypadku poprzednich kategorii czasowych, w obu gru-

pach wiekowych na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia częstego używania znajdują się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez przepisu lekarza (3,3% wśród młodszych i 4,4% wśród starszych). W młodszej grupie rozpowszechnienie używania w czasie ostatniego miesiąca nieznacznie przekraczające 1% badanych pojawiło się jeszcze tylko w przypadku substancji wziewnych, amfetaminy i ecstasy. Wśród starszych odsetki w przedziale 1–2% pojawiają się przy częstym używaniu amfetaminy, ecstasy oraz substancji wziewnych. Podobnie jak przy poprzednich wskaźnikach istotne zróżnicowanie wiąże się z płcią – większy odsetek chłopców sięga po każdą z substancji, z wyjątkiem preferowanych przez dziewczynki i przyjmowanych bez przepisu lekarza leków uspokajających i nasennych.

Przyjrzyjmy się dokładniej zagadnieniu leków uspokajających i nasennych. Dane pokazują, że 12,8% młodzieży młodszej i 14,2% młodzieży starszej ma doświadczenia z tymi substancjami przyjmowanymi w celach leczniczych. W tej grupie wyróżnić trzeba około dwuprocentową frakcję badanych, którzy te uzależniające leki przyjmowali przez trzy tygodnie lub dłużej. Warto podkreślić, że zjawisko używania leków uspokajających i nasennych w celach innych niż medyczne ma nieznacznie szerszy zakres (15,1% młodszych i 19% starszych) niż zjawisko używania ich według przepisu lekarza w celach medycznych.

Należy zwrócić uwagę na bardzo niskie, niewiele przekraczające 0,5%, rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach. Szczególny niepokój powinny budzić natomiast dość znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z tabletkami (6,9% w młodszej kohorcie i 13,2% w starszej) lub z marihuaną (7,7% w młodszej i 19,9% w starszej grupie).

Problemy związane z używaniem substancji

W jednym z pytań ankiety respondenci otrzymali listę problemów z prośbą, aby określili, czy w czasie ostatnich 12 miesięcy stały się one ich udziałem w związku z piciem napojów alkoholowych lub używaniem narkotyków i wreszcie z innych powodów – bez udziału

łu substancji psychoaktywnych. Większość badanych doświadczała takich problemów jak: kłótnia lub sprzeczka (1), przepychanka lub bójka (2), problemy z rodzicami (3), problemy z przyjaciółmi (4), problemy z nauczycielami (5), gorsze wyniki w nauce (6). Najrzadziej występowały interwencje pogotowia ratunkowego, niechciane doświadczenia seksualne, kontakty seksualne bez antykoncepcji, kłopoty z policją. Podobnie rzadko badani stawali się ofiarą rabunku lub kradzieży.

Porównanie wskaźników pokazuje, że generalnie najbardziej rozpowszechnione są problemy powstające bez związku z używaniem substancji, a następnie kłopoty związane z alkoholem. Problemy związane z narkotykami pojawiają się stosunkowo najrzadziej. Należy zwrócić uwagę na ogólnie częstsze występowanie problemów związanych z alkoholem oraz z narkotykami wśród starszej młodzieży niż w grupie uczniów młodszych. Wynika to zapewne z większego rozpowszechnienia i nasilenia używania substancji w starszej grupie.

Dostępność substancji psychoaktywnych

Aby zbadać dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych, poproszono respondentów o oszacowanie, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Ocenie poddano dostępność napojów alkoholowych, leków uspokajających i nasennych oraz poszczególnych środków nielegalnych. Większość badanych deklaruje, że nie napotyka zbyt dużych trudności z dostępem do piwa, wina czy wódki, mimo że polskie prawo zabrania sprzedaży i podawania napojów alkoholowych nieletnim.

Z kolei dostęp do substancji nielegalnych, zdaniem młodzieży, jest znacznie trudniejszy. Odsetki uczniów młodszych, którzy uważają narkotyki za niemożliwe do zdobycia, wahają się od 18,2% w przypadku konopi indyjskich do 23,6% w przypadku GHB. Odsetki młodzieży ze szkół gimnazjalnych stwierdzającej, że byłoby jej bardzo łatwo dostać poszczególne substancje mieszczą się w przedziale 12,3% w przypadku konopi indyjskich i 5,3% w przypadku cracku. W starszej grupie marihuana i haszysz byłyby niemożliwe

do zdobycia dla 9,6% uczniów. Analogiczny odsetek w odniesieniu do GHB wynosi 15,8%. Swój dostęp do przetworów konopi określiło jako bardzo łatwy 21,0% starszych uczniów. Najtrudniej dostępny crack mogłoby bardzo łatwo zdobyć 6,2% badanych.

Podsumowując, młodzież starsza, w niewiele większym stopniu niż młodzież młodsza, ocenia dostęp do substancji nielegalnych jako łatwy. Ponadto warto zwrócić uwagę na bardzo wysokie odsetki badanych, którzy nie potrafili oszacować swoich możliwości w zakresie dostępu do narkotyków, co może wskazywać na relatywnie znaczną frakcję osób do tego stopnia niezainteresowanych substancjami nielegalnymi, że niepotrafiących nawet wyobrazić sobie skali trudności w zdobyciu tego typu środków.

Ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych w opiniach badanych

Używanie substancji psychoaktywnych niesie ze sobą ryzyko pojawienia się konsekwencji zdrowotnych i społecznych, szczególnie w sytuacji, gdy sięga po nie nieświadoma zagrożenia młodzież. Pewną rolę profilaktyczną może odgrywać tu wiedza młodych ludzi na temat niebezpieczeństw związanych z używaniem tego typu środków. Zobaczmy zatem, na ile badani zdają sobie sprawę z ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych.

Zdecydowana większość uczniów dostrzega zagrożenia. Tylko bardzo nieliczni stwierdzają, że używanie substancji psychoaktywnych nie wiąże się z negatywnymi następstwami. Młodzież jest zatem dość dobrze zorientowana w skali zagrożeń. Oceny ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji dokonywane przez uczniów z obu poziomów nauczania niewiele różnią się między sobą. Odnośnie ryzyka związanego z różnymi stylami picia napojów alkoholowych, za najbardziej niebezpieczny model badani uznali częste picie w dużych ilościach. Ponadto młodzież nie traktuje okazjonalnego używania przetworów konopi jako czegoś, co jest bardziej ryzykowne niż okazjonalne picie alkoholu. Warto zauważyć, że regularne palenie tytoniu ocenione zostało jako obarczone dużym ryzykiem przez znacznie wyższy odsetek

badanych niż pojedyncze próby używania tak groźnego narkotyku jak kokaina.

Potwierdza to ogólną konstatację, że – zdaniem młodzieży – dla oceny poziomu ryzyka ważniejszy jest wzór (rozumiany nie tylko jako sposób wprowadzania substancji do organizmu, ale także częstotliwość przyjmowania), według którego używa się substancji niż rodzaj środka. Badani nie ulegają także stereotypowi, zgodnie z którym pojedyncze eksperymenty z narkotykami rodzą znacznie większe zagrożenie niż częste używanie w dużych ilościach substancji legalnych, takich jak alkohol czy tytoń.

Potępianie używania poszczególnych substancji

Próba uchwycenia odniesień normatywnych wobec używania poszczególnych substancji psychoaktywnych było pytanie o ocenę zachowania kogoś, kto sięga po poszczególne substancje. Zgodnie z przewidywaniami, z potępieniem rzadziej spotykały się substancje legalne, a porównanie wyników z klas młodszymi i starszymi wskazuje na wyższy poziom liberalizmu wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki badania zdają się także świadczyć o internalizacji przez środowisko młodzieżowe normy zakazującej palenia tytoniu. Niestety, nie można tego powiedzieć o normie dotyczącej abstynencji od alkoholu. Odsetki badanych potępiających używanie takich substancji nielegalnych jak amfetamina, kokaina, ecstasy, czy „kompot” są nie tylko wysokie, ale również niewiele różnią się między sobą w obu grupach wiekowych. Łagodniej ocenia się eksperymentowanie z marihuaną. Ujawnia się zatem tendencja do innego traktowania przetworów konopi niż pozostałych narkotyków.

Profilaktyka a używanie substancji

W badaniu poruszono kwestię zasięgu oddziaływań profilaktycznych dotyczących narkotyków, alkoholu i tytoniu. W programach profilaktyki uzależnień uczestniczyło 70% młodzieży z klas młodszych oraz około 60% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Zajęcia, w których uczestniczyli badani, najczęściej pro-

wadzili pedagodzy szkolni lub nauczyciele, na trzecim miejscu wśród realizatorów programów profilaktycznych znaleźli się policjanci.

Próba pomiaru percepcji zajęć profilaktycznych przez uczniów było pytanie o ocenę wpływu zajęć profilaktycznych na samego respondenta. Zdaniem 44,1% gimnazjalistów oraz 32,7% badanych ze starszej grupy zajęcia profilaktyczne przekonały ich, że nie warto używać narkotyków. Dalszym 27,2% uczniów z młodszej grupy i 26,9% uczniów z grupy starszej zajęcia co najmniej dały do myślenia. Tylko 16,0% gimnazjalistów i 14,2% uczniów szkół ponadgimnazjalnych było zdania, że z zajęć nic nie wynikało.

Podsumowanie

Wyniki badania wskazują na znacznie wyższy poziom rozpowszechnienia używania substancji legalnych niż nielegalnych, a równocześnie załamanie się trendu wzrostowego używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Kontynuację wzrostu używania obserwujemy jedynie w przypadku ecstazy i to jedynie wśród uczniów ze starszej grupy wiekowej. Wśród substancji nielegalnych relatywnie najwyższym rozpowszechnieniem cechują się konopie indyjskie. Chociaż raz w ciągu życia używało ich 14,2% młodszych uczniów i 31,5% starszych uczniów. Na drugim miejscu wśród substancji nielegalnych znajduje się amfetamina (3,6% uczniów młodszych i 12,4% uczniów starszych). Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak również ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oceniana znacznie niżej. Większość młodzieży ma dobrą orientację w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka, według ocen uczniów, zdaje się decydować bardziej nasilenie i sposób używania niż rodzaj substancji. Należy odnotować, że marihuana i haszysz są przez młodzież traktowane bardziej liberalnie od innych substancji nielegalnych. Zdecydowana większość uczniów z obu poziomów wie-

kowych w poprzednim roku szkolnym uczestniczyła w zajęciach profilaktycznych prowadzonych w szkole. Większość badanych dostrzega pozytywny wpływ tych zajęć na sferę własnych opinii na temat używania narkotyków. Porównanie wyników z 2005 r. z wynikami wcześniejszych badań, pomimo

bariery porównywalności, wskazuje trend malejący używania zarówno substancji legalnych (alkohol, tytoń), jak i nielegalnych. Spadek jest większy w przypadku gimnazjalistów niż uczniów szkół ponadgimnazjalnych, szczególnie gdy w grę wchodzi substancje nielegalne. ■

CZY W POLSCE PRZEMIJA MODA NA NARKOTYKI?

PROF.DR HAB. JOLANTA ROGALA-OBŁĘKOWSKA
INSTYTUT STOSOWANYCH NAUK SPOŁECZNYCH
UNIwersytet Warszawski

W ostatnich latach w mediach pojawiają się cyklicznie informacje, że w Polsce branie narkotyków stało się elementem życia codziennego współczesnej młodzieży. W publikacjach prasowych dominuje przekaz, że narkotyki są powszechnie dostępne i osiągalne w każdej szkole. Ostatni raport z badań dotyczących używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną¹ wskazuje na zahamowanie tendencji wzrostowej zarówno w odniesieniu do narkotyków jak i alkoholu. Czy możemy się już cieszyć, że podejmowane działania profilaktyczne odnoszą wyraźny skutek?

Uwagi metodologiczne

Badania nad narkomanią młodzieżową wyłaniają problem metodologiczny wiążący się ze sposobami dotarcia do materiału badawczego. Badacze tego zagadnienia stają przed problemem dostępu do osób zażywających narkotyki. To niełatwe zadanie, gdyż branie narkotyków jest nielegalne, a ponadto w odczuciu społecznym naganne, tym samym osoby biorące narkotyki najczęściej starają się to ukryć. Prowadząc badania nad problematyką uzależnienia, możemy spotkać się nie tylko z tendencją do ukrywania faktu brania narkotyków lecz także z mechanizmem odwrotnym. Młodzi ludzie mogą przyznawać się do zażywania narkotyków chociaż w rzeczywistości tego nie robią. Taka

sytuacja może wystąpić wtedy, gdy dla jednostki grupa narkomańska jest na tyle atrakcyjna, że przypisywanie sobie członkostwa w niej podnosi poczucie własnego znaczenia. Tę grupę młodzieży można określić jako aspirującą do narkomanii i zaliczyć do grupy bardzo wysokiego ryzyka.

Analiza przedstawionego w raporcie materiału nasyca kilka uwag właśnie natury metodologicznej. Zasadnicze zastrzeżenia budzi zastosowany w badaniu dobór próby mający charakter klastrowo-warstwowy, gdzie jednostką losowania była klasa szkolna. Tak dobrana próba nie w pełni spełnia kryterium reprezentatywności. Przeprowadzenie badań na terenie szkoły oznacza celowy wybór badacza ograniczenia się do badania tej grupy młodzieży, która funkcjonuje w roli ucznia, a wiadomo z doświadczeń terapeutów, że jednostki wchodzące głębiej w uzależnienie, w tej roli funkcjonować już nie potrafią i przestają chodzić do szkoły.

Pewne zastrzeżenia można mieć także do zastosowanej techniki badawczej, a mianowicie ankiety audytoryjnej przeprowadzanej na terenie klasy szkolnej. Młodzież niechętnie przyznaje się do brania narkotyków, szczególnie gdy badania są przeprowadzane na terenie szkoły, nawet pomimo zapewnienia warunków pełnej anonimowości badań. Wynika to z jej niechęci przyznawania się do kontaktu z narkotykami z obawy przed konsekwencjami ze strony nauczycieli czy rodziców. Dlatego z wielu dotychczas prowadzonych ba-

dań nad narkomanią młodzieżową, a szczególnie realizowanych na zlecenie kuratorów oświaty, wynikało, że na terenie polskich szkół problem narkomanii nie istnieje, bądź skala zjawiska jest bardzo mała.

Z badań prowadzonych w ramach programów realizowanych w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych wynika, że badania ankietowe przeprowadzane na terenie klasy obarczone są zasadniczym błędem gdyż bez względu na zapewnienia ankietowanych, badana młodzież nie ma pewności czy ankiety nie zostaną pokazane nauczycielowi, który może zidentyfikować osobę ankietowaną po charakterze pisma. Także z licznych wywiadów przeprowadzonych z młodzieżą przez psychologów, pedagogów szkolnych lub dziennikarzy jednoznacznie wynika, że skala tego problemu jest znacznie większa niż wskazują na to oficjalne dane.

W literaturze przedmiotu zostało opisane również zjawisko indukowania się grupy rówieśniczej. I tak, przy realizacji badań okazuje się, że w zależności od postawy liderów klasowych w jednej klasie tylko znikoma grupa młodzieży miała kontakt ze środkami psychoaktywnymi, natomiast w klasie równoległej ankietowani odpowiadają znacznie bardziej rzetelnie, opisując swoje doświadczenia ze środkami psychoaktywnymi. Dla tego badania audytoryjne przeprowadzane w klasach szkolnych mają opinię mało wiarygodnych, a szczególnie w badaniu zjawisk, które nie są aprobowane społecznie, a takim zjawiskiem jest branie środków psychoaktywnych przez młodzież.

Niewątpliwą wadą prezentowanych badań jest brak uwzględnienia w analizie zmiennej terytorialnej oprócz zmiennych płci i wieku. Uwzględnienie tych trzech podziałów znacznie wzbogaciłoby wnioski. Być może okazałoby się, podobnie jak w badaniach prowadzonych w 2002 r., że rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży jest uzależnione od miejsca zamieszkania.

Marihuana najpopularniejsza

Narkotykiem najbardziej popularnym wśród badanej młodzieży okazała się marihuana. Jest to zgodne z tendencjami obserwowanymi w innych krajach Unii Europejskiej, gdzie występuje coraz większe przyzwolenie na palenie marihuany. W krajach Unii Europejskiej i USA mamy do czynienia ze zjawiskiem postępującej liberalizacji postaw społecznych w stosunku do marihuany. Pomimo, iż posiadanie i zażywanie

tego środka uzależniającego jest przez prawo zabronione, w wielu krajach europejskich toczy się obecnie szeroka społeczna dyskusja nad warunkami legalizacji przetworów konopi i można oczekiwać zmiany norm prawnych dotyczących warunków ich używania. Zażywanie marihuany coraz częściej zaczyna być traktowane podobnie jak picie alkoholu czy palenie tytoniu. Fakt jej brania oznacza dla wielu młodych ludzi „bycie przystosowanym” do swojej grupy rówieśniczej. Marihuana zażywana jest nie tylko przez młodzież, lecz również przez pokolenie średnie, nie tylko w sposób nałogowy, lecz okazjonalnie w celach „towarzyskich”, podobnie jak w krajach arabskich, gdzie używa się jej powszechnie przy okazji różnego rodzaju uroczystości.

W prezentowanym badaniu uzyskano wynik bardzo niepokojący. Młodzież nie traktuje okazjonalnego używania przetworów konopi jako zachowania

bardziej ryzykownego niż okazjonalne picie napojów alkoholowych. Młodzież starsza trochę rzadziej dostrzega ryzyko związane z używaniem przetworów konopi, zarówno gdy mowa o pojedynczych próbach jak i o okazjonalnym czy nawet regularnym używaniu. Okazało się także, że regularne palenie tytoniu oceniane jest jako obarczone dużym ryzykiem przez większy procent badanej młodzieży, niż pojedyncze próby z tak groźnym narkotykiem jak kokaina.

Prawdopodobne wydaje się, że liberalizacja prawa odnośnie zażywania marihuany spowoduje, że lu-

Dla badanej młodzieży styczność z narkotykami tzn. dostępność oraz ich zażywanie, nie są tak oczywiste, jak sugerują to środki masowego przekazu i w żadnym wypadku nie można mówić o powszechności tego zjawiska w populacji zarówno gimnazjalistów jak i uczniów klas ponadgimnazjalnych.

dzie biorący ją, będą zaliczani do podobnych grup jak obecnie grupy osób używających alkoholu, czy tytoniu. Będą więc jednostki używające tego narkotyku w sposób okazjonalny i umiarkowany, a będą także jednostki od niego uzależnione.

Zmienna rzeczywistość

Dynamika problemu w latach 1995–2005 przedstawiona w raporcie wskazuje, że na przestrzeni ostatniej dekady nastąpił gwałtowny wzrost sięgania po substancje psychoaktywne. Zahamowanie trendu wzrostowego od poprzedniego badania przeprowadzonego w 2003r. trudno uznać za tendencję stałą tym bardziej, że odnośnie niektórych narkotyków np. ekstazy czy sterydów nastąpił wzrost osób próbujących tych środków psychoaktywnych

Na zmianę postaw młodzieży wobec narkotyków i zagrożeń związanych z ich braniem najlepiej wskazują wyniki dotyczące oceny ryzyka związanego z ich braniem. Otóż w odniesieniu do wszystkich narkotyków młodzież ocenia ryzyko jako duże – znacznie rzadziej niż w poprzednich badaniach, co oznacza, że więcej młodzieży akceptuje sporadyczne branie narkotyków. W odniesieniu do młodzieży starszej części niż w latach poprzednich akceptuje ona nie tylko sporadyczne próby brania narkotyków, ale również regularne ich zażywanie i to w odniesieniu do większości narkotyków (marihuany i haszyszu, LSD, amfetaminy, kokainy, ekstazy oraz środków wziewnych).

Te wyniki świadczą o zmianie świadomościowej i obyczajowej i są ogromnie niepokojące, gdyż oznaczają, że młodzież nie dostrzega ryzyka uzależnienia od narkotyków i akceptuje ich branie zabawowo–eksperymentalno–okazyjne. Oznacza to przyzwolenie na branie narkotyków i świadczyć może o niskiej skuteczności niektórych działań profilaktycznych prowadzonych w naszym kraju.

Pewne zaskoczenie budzi uzyskany wynik wskazujący, iż w opinii badanej młodzieży ocena dostępności do narkotyków spadła w stosunku do praktycznie wszystkich substancji psychoaktywnych. O ile w odniesieniu do alkoholu można by to wyjaśnić akcją propagandową i uświadamianiem sprzedawcom, że do lat 18 alkohol nie jest legalny, o tyle dziwi zmniejszenie oceny dostępności w odniesieniu do narkoty-

ków, nawet tych które jak np. grzyby halucynogenne, nie są przedmiotem obrotu, lecz są najczęściej pozyskiwane indywidualnie lub w drodze wymiany. I to w czasach gdy narkotyki zamawia się – przynajmniej w dużych miastach – najczęściej przez telefon lub internet. Dlatego tak istotne byłoby pokazanie tego trendu uwzględniając w badaniach zmienną terytorialną.

Na skuteczność działań prewencyjnych mogłyby również wskazywać wyniki świadczące o tym, że młodzież rzadziej wskazuje szkołę jako miejsce zakupu narkotyków. Może to jednak wynikać z faktu, że w typowe narkotyki zabawowe takie jak np. ekstazy zaopatruje się w dyskotekach lub na innych imprezach klubowych.

* * *

Trudno, na podstawie badań, co do reprezentatywności których można mieć poważne zastrzeżenia, mówić o spadku tendencji wzrostowej sięgania po substancje psychoaktywne. Nie możemy jednak powiedzieć, że wyniki raportu na temat używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną są jednoznacznie pesymistyczne. Dla badanej młodzieży styczność z narkotykami tzn. dostępność oraz ich zażywanie, nie są tak oczywiste, jak sugerują to środki masowego przekazu i w żadnym wypadku nie można mówić o powszechności tego zjawiska w populacji zarówno gimnazjalistów jak i uczniów klas ponadgimnazjalnych.

Badana młodzież w większości ma negatywny stosunek do narkotyków, dostrzega zagrożenia z nimi związane i nigdy w życiu ich nie próbowała. Uczniowie w większości na tyle nie są zainteresowani braniem narkotyków, że nie rejestrują bądź nie poszukują informacji na ich temat i dróg dotarcia do nich. Narkotyków spróbował jednak, co najmniej raz w swoim życiu, co dziesiąty badany gimnazjalista i co trzeci uczeń szkoły ponadgimnazjalnej. Należy postawić pytanie – czy jest to dużo?

Powtórzenie tych badań pozwoli odpowiedzieć, czy rzeczywiście trend wzrostowy został zahamowany, czy jest to może tylko chwilowa tendencja. ■

¹ Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Warszawa 2005

Na mocy ustawy Biuro corocznie opracowuje sprawozdanie z realizacji Programu. Informacje o realizacji zadań zbierano za pomocą specjalnie opracowanych ankiet, które wysłano do wszystkich instytucji zaangażowanych w podejmowanie zadań Programu.

Raport z realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii z obszaru profilaktyki przez gminy i powiaty w latach 2003–2005

ARTUR MALCZEWSKI
KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII

Jednym z głównych zadań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) jest przygotowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (6) oraz koordynowanie i monitorowanie jego realizacji. Program na lata 2002 – 2005 wyznaczał 12 celów szczegółowych i 64 zadania, do wykonania których wskazano 8 ministerstw, 17 innych instytucji centralnych oraz władze samorządowe województw, powiatów i gmin. Program został przyjęty przez Radę Ministrów w lipcu 2002, czyli w połowie pierwszego roku jego realizacji. Dokument ten pełni równocześnie dwie funkcje – programu i strategii. Głównym celem programu jest ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów.

Realizacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) przez poszczególne ministerstwa czy urzędy centralne oznaczała w praktyce zaangażowanie wielu podległych im, czy przez nie nadzorowanych, instytucji i oddziałów lokalnych. Dlatego też Program miał duży zasięg i już z założenia integrował w skali kraju zdecydowaną większość działań skierowanych na zapobieganie narkomanii.

Realizacja programu

Wiele instytucji, urzędów i innych podmiotów zobowiązano do realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na mocy ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (8). Art. 3.1 ustawy brzmi: Zadania dotyczące

przeciwdziałania narkomanii są realizowane przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego. W Art. 3a. ust. 4 wskazano KBPN jako instytucję kluczową: Do zadań Biura (Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii) należy w szczególności: 1) opracowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz koordynowanie i monitorowanie jego wykonania, przy współpracy w tym zakresie z innymi podmiotami realizującymi zadania wynikające z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Na mocy ustawy Biuro corocznie opracowuje sprawozdanie z realizacji Programu. Informacje o realizacji zadań zbierano za pomocą specjalnie opracowanych ankiet, które wysłano do wszystkich instytucji zaangażowanych w podejmowanie zadań Programu.

W przypadku województw, powiatów i gmin dane uzyskiwano za pośrednictwem osób zajmujących się problematyką zapobiegania narkomanii na poziomie wojewódzkim – ekspertów wojewódzkich współpracujących w zakresie epidemiologii narkomanii z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Kwestionariusz sprawozdawczy z realizacji zadań KPPN został przygotowany przez Centrum Informacji we współpracy z ekspertami wojewódzkimi podczas corocznych spotkań. Zbieranie danych za pomocą kwestionariusza rozpoczęło się w 2004. Wcześniej, czyli w roku 2003 ankiety dotyczące działań jednostek samorządu terytorialnego wypełniały Urzędy Marszałkowskie. Takie rozwiązanie niewątpliwie nie pozwoliło uchwycić całości prowadzonych działań

w powiatach czy gminach. Warto pamiętać, że Program, wydany w formie książki, rozesłano do gmin i powiatów w trzecim kwartale 2002 i dopiero wtedy niektóre z jednostek samorządu terytorialnego dowiedziały się o przypisanych im zadaniach.

Wysyłaniem i zbieraniem kwestionariuszy zajmowali się eksperci wojewódzcy, co pozwoliło uzyskać dość dużą ilość odesłanych ankiet, bo około 80%. Monitorowali oni zbieranie ankiet, a także sami wypełniali kwestionariusz adresowany do Urzędów Marszałkowskich. Dopiero na mocy nowej Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 (9) gminy zostały zobowiązane do dostarczania informacji z realizacji Krajowego Programu do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W niniejszym artykule chciałbym przedstawić realizację większości zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w obszarze profilaktyki, jednym z czterech, w których implementowany był Program w latach 2003 – 2005. Innymi obszarami Programu były: podaż; leczenie, rehabilitacja i ograniczanie szkód zdrowotnych; badania, monitoring i ewaluacja badania. Dane zawarte w artykule pochodzą ze sprawozdań z realizacji Krajowego Programu w latach 2003 – 2005 (3) (4) (5) oraz własnych opracowań. Elektroniczna wersja Krajowego Programu znajduje się na stronie Biura: www.kbpn.gov.pl.

Zadania dla samorządu

Jednostki samorządu terytorialnego, oprócz profilaktyki, miały również wyznaczone zadania z obszaru rehabilitacji oraz badań. Warto podkreślić, że struktura zadań Programu dla gmin i powiatów w obszarze

rytorialnego nałożono tak wiele aktywności dotyczących działań profilaktycznych, że trudno wyobrazić sobie, jakie inne zadania profilaktyczne można byłoby jeszcze umieścić w Programie dla gmin i powiatów. Aktywności zawarte w Programie wyczerpują listę zagadnień dotyczących profilaktyki. W obszarze rehabilitacji z kolei wyznaczono priorytety, czyli zwrócono uwagę na wybrane, najważniejsze kwestie spośród wielu innych w szeroko rozumianym leczeniu. Tymi priorytetowymi kwestiami były: redukcja szkód i postrehabilitacja. Gminy i powiaty znacznie lepiej radziły sobie z zadaniami z zakresu profilaktyki niż z dotyczącymi rehabilitacji. W tym pierwszym obszarze poszczególne zadania były podejmowane przez setki jednostek samorządu terytorialnego, gdy w drugim tylko przez kilkanaście. Wpływ na tę sytuację miało z pewnością umieszczenie działań dotyczących profilaktyki narkomanii w szerszym kontekście aktywności profilaktycznych podejmowanych na poziomie lokalnym, jak przeciwdziałanie alkoholizmowi czy wzmacnianie postaw prozdrowotnych. To z kolei rodziło problemy natury sprawozdawczej – w jaki sposób, wypełniając ankietę, rozdzielić profilaktykę narkomanii od alkoholowej przy podawaniu np. liczby programów czy ponoszonych na ten cel kosztów. Na wysokich odsetkach realizacji poszczególnych zadań z obszaru profilaktyki zaważyła sytuacja, iż gminy posiadają dodatkowe środki na profilaktykę w postaci tzw. „korkowego”. Wpływy z tego źródła przeznaczano na profilaktykę narkotykową.

W zakresie rehabilitacji gminy i powiaty realizowały Program w znacznie mniejszym zakresie. Specyfika zadań nałożonych na władze lokalne, takich jak np. redukcja szkód rozumiana jako programy leczenia substytucyjnego, *streetworking* czy *partyworking*, miała wpływ na niewielką aktywność jednostek samorządów terytorialnych. Niskie odsetki realizacji tych zadań można tłumaczyć brakiem odpowiedniej grupy docelowej dla ich podejmowania. Jeżeli w gminie nie występują iniekcyjni użytkownicy narkotyków, to nie ma sensu wprowadzanie w niej programu wymiany igieł i strzykawek. Podobnie w gminach wiejskich raczej nie będą powstawały programy leczenia substytucyjnego. Nie zmienia to faktu, że generalnie władze samorządowe nie widzą większej po-

Tabela 1. Liczby powiatów i gmin w latach 2003 – 2005, które przysyłały sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu.

Rok	Liczba powiatów	Liczba gmin
2003	307	1667
2004	272	1791
2005	286	1963

profilaktyki oparta była na innych przesłankach niż w obszarze rehabilitacji. Na jednostki samorządu te-

trzeby rozwijania programów redukcji szkód. Główna aktywność samorządów lokalnych w obszarze rehabilitacji koncentrowała się na dofinansowywaniu poradni i punktów konsultacyjnych. W ankietach było to widoczne, ponieważ niekiedy osoby wypełniające kwestionariusze próbowały ujmować w sprawozdaniach środki, przeznaczone dla poradni zajmujących się leczeniem, w pytaniach dotyczących postrehabilitacji czy redukcji szkód.

Lokalne strategie walki z narkomanią

W ramach osiągnięcia pierwszego celu szczegółowego z obszaru profilaktyki: „Zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych” gminy i powiaty podejmowały następujące zadania:

- 1.1. Uwzględnianie problematyki narkomanii w lokalnych i regionalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, w szczególności w części dotyczącej diagnozy rozpowszechnienia używania narkotyków oraz planowanych działań zapobiegawczych.
- 1.2. Wspieranie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w rozwijaniu działań profilaktycznych, w szczególności obejmujących diagnozę problemu używania narkotyków na terenie szkoły i realizację adekwatnego do potrzeb programu profilaktycznego.
- 1.3. Wspieranie programów profilaktycznych w zakresie organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży, stanowiących alternatywę wobec używania narkotyków.
- 1.4. Wspieranie pozaszkolnych programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem oraz ich rodziców.

Pierwsze zadanie KPPN dotyczyło umieszczania problematyki narkomanii w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych. Nie wszystkie gminy i powiaty mają takie strategie, dlatego w ankiecie pytaliśmy również o istnienie gminnych lub powiatowych programów przeciwdziałania narkomanii oraz uwzględnienie problematyki narkomanii w innym gminnym lub powiatowym programie. Z ta-

beli 2. wynika, iż w roku 2005, w stosunku do lat wcześniejszych, nastąpił znaczny wzrost liczby gmin, które problematykę narkomanii uwzględniły w gminnej

Tabela 2. Liczby oraz odsetki gmin i powiatów, które uwzględniły problematykę narkomanii w lokalnych i regionalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	449	471	819
% gmin	18%	19%	33%
Liczba powiatów	149	132	159
% powiatów	39%	49%	43%

strategii. W przypadku powiatów dynamika wzrostu była trochę mniejsza. W 2005 roku 819 gmin i 159 powiatów umieściło problematykę narkomanii w swojej strategii.

Tabela 3. Liczby oraz odsetki gmin i powiatów, które realizowały zadanie 1.1.

	2004	2005
Liczba gmin	1086	1440
% gmin	44%	58%
Liczba powiatów	180	200
% powiatów	48%	54%

Nie wszystkie gminy w Polsce mają strategie rozwiązywania problemów społecznych, dlatego też można przyjąć, że realizacją zadania jest również opracowanie i wprowadzenie gminnego/powiatowego programu przeciwdziałania narkomanii lub umieszczenie tematyki narkomanii w innym gminnym/powiatowym programie. Przy takim założeniu ponad połowa gmin i powiatów w Polsce w 2005 roku realizowała zadanie 1.1.

Podstawą dobrze opracowanego programu jest oparcie go na przeprowadzonej wcześniej diagnozie (1). Połowa powiatów, które opracowały powiatowy program lub strategię, zrobiła to na podstawie przeprowadzonej wcześniej diagnozy. W przypadku gmin

tylko 429 z nich dysponowało odpowiednią diagnozą. Pozostałe gminy (blisko tysiąc) opracowały strategie rozwiązywania problemów społecznych lub program przeciwdziałania narkomanii bez przeprowadzenia dokładnej analizy sytuacji oraz oceny zasobów w obszarze narkomanii.

Profilaktyka pierwszorzędowa

Gminy i powiaty najczęściej, obok zadania 1.1., realizowały aktywności dotyczące wspierania szkolnych i pozaszkolnych programów przeciwdziałania narkomanii, czyli zajmowały się profilaktyką pierwszorzędową. Tabele 4. i 5. pokazują stopień wykonania zadania 1.2 i 1.3. Wynika z nich, że z roku na rok, coraz więcej jednostek samorządu terytorialnego wspierało roz-

Tabela 4. Liczba oraz odsetek powiatów i gmin, które wspierały szkoły podstawowe, gimnazjalne i ponadgimnazjalne w rozwijaniu działań profilaktycznych, w szczególności obejmujących diagnozę problemu używania narkotyków na terenie szkoły i realizację adekwatnego do potrzeb programu profilaktycznego.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	917	977	1 163
% gmin	37%	40%	47%
Liczba powiatów	147	130	146
% powiatów	39%	35%	39%

wój działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży. Większy nacisk położono na prowadzenie profilaktyki w ramach szkół niż na rozwój środowiskowych programów profilaktycznych. Jednak w przypadku obu zadań zawsze mniej niż połowa jednostek samorządu terytorialnego wykazywała się aktywnością na tym polu. W 2005 roku gminy dofinansowały 4 893 programów profilaktycznych realizowanych w 4 731 szkołach. Z kolei samorządy powiatowe dofinansowały 1 331 programów profilaktycznych, które zrealizowano w 1 857 szkołach. W ramach zadania 1.3. gminy dofinansowały 2 901 programów profilaktycznych realizowanych w 3 744 placówkach, a powiaty 771 programów realizowanych w 916 placówkach.

Tabela 5. Liczba oraz odsetek powiatów i gmin, które wspierały programy profilaktyczne w zakresie organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży, stanowiących alternatywę wobec używania narkotyków.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	591	664	789
% gmin	24%	27%	40%
Liczba powiatów	93	89	84
% powiatów	25%	24%	23%

Jak widać w tabeli 6. w realizację zadania 1.4., które dotyczyło profilaktyki drugorzędowej, zaangażowanych było znacznie mniej jednostek samorządu terytorialnego niż w przypadku pierwszorzędowej. O ile

Tabela 6. Liczba oraz odsetek powiatów i gmin, które wspierały programy profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem oraz ich rodziców.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	342	357	373
% gmin	14%	14%	15%
Liczba powiatów	77	48	65
% powiatów	20%	13%	17%

w przypadku gmin mamy niewielki coroczny wzrost odsetka, to liczba powiatów finansująca działania profilaktyczne dla grup ryzyka w 2005 roku w stosunku do 2003 roku spadła. Gminy w 2005 r. dofinansowały 1 490 programów w 1 487 placówkach, a powiaty 398 programów w 938 placówkach.

Kampanie edukacyjne

Zadanie 2.3. dotyczyło prowadzenia kampanii edukacyjnych obejmujących problematykę narkomanii adresowanych do określonych grup docelowych. Między innymi poprzez kampanie społeczne starano się podnieść poziom wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku. Jednostki samorządu terytorialnego same organizowały kampanie lub włączały się w kampanie prowadzone

Tabela 7. Liczba oraz odsetek powiatów i gmin, które prowadziły własne kampanie edukacyjne obejmujące problematykę narkomanii adresowane do określonych grup docelowych.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	123	132	141
% gmin	5%	5%	6%
Liczba powiatów	72	51	57
% powiatów	19%	14%	20%

przez inne instytucje, na przykład Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii czy Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Mniej więcej co roku podobna ilość gmin i powiatów orga-

Tabela 8. Liczba oraz odsetek powiatów i gmin, które uczestniczyły w innych kampaniach edukacyjnych obejmujących problematykę narkomanii adresowanych do określonych grup docelowych.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	227	152	213
% gmin	9%	6%	9%
Liczba powiatów	65	44	67
% powiatów	17%	12%	18%

nizowała lub włączała się w kampanie przygotowane przez inne podmioty. W 2005 roku 141 gmin i 57 powiatów przygotowało własną kampanię. W przypadku gmin widać w latach 2003 – 2005 coroczny ich wzrost,

Tabela 9. Liczba oraz odsetek powiatów i gmin, które prowadziły szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe osób realizujących zadania profilaktyczne obejmujące problematykę narkomanii.

	2003	2004	2005
Liczba gmin	441	400	490
% gmin	18%	16%	20%
Liczba powiatów	120	94	97
% powiatów	32%	25%	26%

a wśród powiatów niewielki spadek. Jednostki samorządu terytorialnego pytano w badaniu również o stopień włączania się w inne kampanie. Analizując dane z trzech lat, można stwierdzić, że w 2003 roku najwięcej gmin uczestniczyło w kampaniach organizowanych przez inne podmioty. Porównując obydwie tabele, zauważamy, że jednostki samorządu terytorialnego najchętniej uczestniczyły w kampaniach ogólnopolskich.

Szkolenia realizatorów programów profilaktycznych

Ważnym działaniem w obszarze profilaktyki było prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania pro-

Tabela 10. Liczba osób przeszkolona przez powiaty w 2005 roku.

Szkolenia dla:	Liczba uczestników		
	2003	2004	2005
Pracowników szkół i placówek oświatowych	6871	11750	6101
Pracowników placówek opiekuńczo – wychowawczych	580	626	499
Pracowników socjalnych	257	374	473
Wolontariuszy	128	2656	217
Innych osób	4878	7252	5878
Razem	12714	22658	13168

filaktyczne obejmujące problematykę narkomanii. Powyższa aktywność została przypisana gminom i powiatom w ramach osiągnięcia celu: „Zwiększenie licz-

Tabela 11. Liczba osób przeszkolona przez gminy w 2005 roku.

Szkolenia dla:	Liczba uczestników		
	2003	2004	2005
Pracowników szkół i placówek oświatowych	10183	24285	14263
Pracowników placówek opiekuńczo – wychowawczych	760	735	675
Wolontariuszy	706	487	665
Innych osób	13068	13018	8304
Razem	24717	38525	23907

by kompetentnych realizatorów programów profilaktycznych”.

W wyniku realizacji tego zadania miała zwiększyć się liczba osób dobrze przygotowanych do prowadzenia działań profilaktycznych. W tabeli 9. widać, że w stosunku do roku 2003 w 2005 zwiększyła się ilość gmin, które dofinansowywały szkolenia, ale za to z kolei zmniejszyła się liczba powiatów realizujących powyższe zadanie.

Warto pokazać dokładniejsze dane dotyczące tego zadania, które zobrazują, w jakim stopniu szkolono poszczególne grupy zawodowe w trakcie realizacji trzech lat Programu. Widać w tabelach 11. i 12., iż najwięcej osób przeszkolono w ciągu ostatnich dwóch lat i to zarówno na poziomie gmin jak i powiatów. Główny nacisk jednostki samorządu terytorialnego kładły na szkolenie osób ze szkół i placówek oświatowych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę także inne zadania Programu, zauważymy, że szkoły stanowią ważny element przeciwdziałania narkomanii dla władz powiatów i gmin. W trakcie trzech lat przeszkolono łącznie około 135 000 osób.

Sprawozdania z kosztów

Jednostki samorządu terytorialnego wykazały w sprawozdaniu koszty realizacji poszczególnych zadań. Na działania podjęte w obszarze profilaktyki gminy wydały w 2005 roku 44 450 273 zł, a powiaty 15 651 690 zł. Koszty poszczególnych zadań znajdują się w tabeli 12. Najwięcej władze samorządowe przeznaczyły na wspieranie programów profilaktycznych w zakresie organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży. Połowę środków powiatów i gmin wydanych na profilaktykę przeznaczono właśnie na ten cel. Mimo że to zadanie nie należało do najczęściej realizowanych w 2005 roku, to niewątpliwie było finansowane przez władze samorządowe w największym stopniu. Podsumowując, należy stwierdzić, że znaczna ilość jednostek samorządu terytorialnego zaangażowała się w podejmowanie aktywności z obszaru

profilaktyki narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Mimo braku dodatkowych środków na jego wdrożenie, gminy i powiaty

Tabela 12. Koszty realizacji poszczególnych zadań gmin i powiatów z obszaru profilaktyki w 2005 roku.

Zadania	Wydatki gmin [zł]	Wydatki powiatów [zł]
1.2. Wspieranie szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w rozwijaniu działań profilaktycznych, w szczególności obejmujących diagnozę problemu używania narkotyków na terenie szkoły i realizację adekwatnego do potrzeb programu profilaktycznego.	10 702 725	5 552 476
1.3. Wspieranie programów profilaktycznych w zakresie organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży, stanowiących alternatywę wobec używania narkotyków.	22 716 962	8 573 938
1.4. Wspieranie pozaszkolnych programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem oraz ich rodziców.	8 884 798	787 473
2.2. Identyfikacja, stałe uaktualnianie i upowszechnianie danych na temat rekomendowanych programów profilaktycznych oraz placówek prowadzących działalność profilaktyczną obejmującą problematykę narkomanii.	648 074	138 715
2.3. Prowadzenie kampanii edukacyjnych obejmujących problematykę narkomanii adresowanych do określonych grup docelowych.	553 365	284 094
4.1. Prowadzenie szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe osób realizujących zadania profilaktyczne obejmujące problematykę narkomanii.	944 349	314 994
Razem	44 450 273	15 651 690

starły się w ramach swoich, często przecież skromnych, budżetów wygospodarować środki na jego realizację. Głównym obszarem zainteresowania władz

samorządowych była profilaktyka pierwszorzędowa, a w mniejszym stopniu drugo- i trzeciorzędowa. Na ile podjęte działania przyniosły zamierzony skutek i były adekwatne do problemu, trudno udzielić odpowiedzi bez przeprowadzenia badań ewaluacyjnych. Wyniki najnowszych ogólnopolskich badań młodzieży szkolnej z 2005 roku (2) dotyczących używania narkotyków, przedstawionych w tym samym numerze Serwisu oraz wyniki badań w wybranych dzielnicach Warszawy (7) również z 2005 roku prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wskazują na zahamowanie trendu wzrostowego używania narkotyków przez młodzież szkolną. Może to być efektem między innymi podejmowania działań profilaktycznych przez gminy i powiaty.

Warto wspomnieć o nowym Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010, przyjętym w czerwcu przez Radę Ministrów. Nie ma w nim zapisanych form aktywności dla powiatów, Program wyznacza tylko kierunki działania dla gmin, które na mocy Ustawy będą mogły przeznaczać środki z tzw. „korkowego” bezpośrednio na przeciwdziałanie narkomanii. Zostało więc wskazane dodatkowe źródło finansowania na wdrażanie nowego Programu. Brak środków finansowych na realizację dotychczasowego Programu niewątpliwie wpływał na ograniczenie zasięgu jego realizacji. Ponadto jednostki samorządu terytorialnego zostały zobligowane Ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku do sprawozdawczości z aktywności podejmowanych w ramach KPPN. Zmiany pozwolą zarówno na zwiększenie zasięgu działań, jak również na ich zintensyfikowanie. Wymóg sprawozdawczości umożliwi uzyskanie lepszego obrazu realizacji Krajowego Programu w latach 2006–2010.

Istotną informacją wynikającą z analizy sprawozdań jest fakt, że jednostki samorządu terytorialnego nie zawsze opierają swoje gminne lub powiatowe programy na wcześniej przeprowadzonej diagnozie. Trudno też powiedzieć coś więcej o jakości samych gminnych czy powiatowych programów przeciwdziałania narkomanii, ponieważ dane zbierane za pomocą ankiety mają charakter ilościowy. Badania jakościowe mogłyby nam dać odpowiedź, jaka jest naprawdę ich jakość i na ile są one adekwatne do lokalnych potrzeb.

Na zakończenie warto podkreślić, że wydatki gmin i powiatów w 2005 roku na profilaktykę stanowiły 22 % wszystkich kosztów poniesionych przez wszystkie podmioty na Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, co obrazuje duże zaangażowanie w realizację jego zadań przez jednostki samorządu terytorialnego tych dwóch szczebli. ■

Bibliografia:

- (1) Grażyna Świątkiewicz (red), 2002, *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa
- (2) Janusz Sierosławski, 2005, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną – raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r.*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
- (3) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2004, *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2003*, Warszawa
- (4) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2005, *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2004*, Warszawa
- (5) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2006, *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2005*, Warszawa
- (6) Ministerstwo Zdrowia, 2002, *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002–2005*, Warszawa
- (7) Krzysztof Ostaszewski, Krzysztof Bobrowski, Anna Borucka, Katarzyna Kocóń, Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska, 2005, *Raport Techniczny z realizacji projektu badawczego p.n. Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
- (8) Ustawa z dnia 24 czerwca 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. Nr 24, poz. 198)
- (9) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485).

Miejskie programy przeciwdziałania narkomanii mogą w sposób nieoceniony wspomóc działania podejmowane na poziomie ogólnokrajowym. Jednolity i skoordynowany program walki z narkomanią działa już w Warszawie

WARSZAWSKA STRATEGIA PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

ROZMOWA Z TERESĄ SZOPIŃSKĄ, NACZELNIKIEM
WYDZIAŁU DS. UZALEŻNIEŃ BIURA POLITYKI
SPOŁECZNEJ URZĘDU MIASTA WARSZAWY

Serwis Informacyjny
NARKOMANIA – *Warszawski Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii jest realizowany od dwóch lat. Co w tym czasie udało się osiągnąć?*



Teresa Szopińska – Najważniejsze wydaje mi się to, że program, który powstał w naszym Urzędzie, jest programem wieloletnim. Inne polskie miasta takiego zintegrowanego programu przeciwdziałania narkomanii nie mają w ogóle, nie ma też programów do-

tyczących problematyki HIV/AIDS. Oba warszawskie programy miejskie, dotyczące przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, oparte są na programach krajowych – na Krajowym Programie Przeciwdziałania Alkoholizmowi, realizowanym przez PARPA, oraz na Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii, opracowanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Dzięki temu, że mamy wieloletni plan przeciwdziałania narkomanii, mogliśmy podpisać wieloletnie umowy z organizacjami pozarządowymi, a one mogą pracować bardziej stabilnie, systematycznie realizować swoje zadania. Monitoring realizacji zadań odbywa się corocznie, możemy więc ściśle określić, ile na przykład programów profilaktycznych zostało przeprowadzonych w szkołach, placówkach opiekuńczych oraz innych instytucjach.

– Jakie cele i zadania wyznacza Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie profilaktyki?

– Obecnie wprowadzamy procedury dotyczące realizacji programów terapeutycznych, które będą obowiązywały w każdej dzielnicy. Chodzi nam o to, żeby wybór tych programów oraz zawierane umowy programów profilaktycznych były jednolite w całej Warszawie. Do tej pory każda dzielnica robiła to inaczej i nie zawsze prawidłowo. Do 26 czerwca Ośrodki Pomocy Społecznej miały czas na zgłaszanie uwag, teraz procedury wprowadza się w życie. Mowa tutaj oczywiście o umowach na programy profilaktyczne opiewających na kwoty do 6 tysięcy euro, bo powyżej tej sumy obowiązuje już tryb zamówień publicznych.

W zakresie profilaktyki podejmujemy działania, które są zawarte również w programie przeciwdziałania alkoholizmowi, czyli działania interwencyjne, realizowane przez punkty informacyjno-konsultacyjne. Działania te finansuje się ze środków „alkoholowych”. Programy przewidują między innymi zatrudnianie w punktach konsultacyjnych pielęgniarki – edukator-ki, która zajmuje się także realizacją zadań związanych z zapobieganiem HIV/AIDS.

– Kolejny dział Programu to postanowienia związane z terapią uzależnienia od narkotyków. Jakże zmiany przynosi Program i co udało się osiągnąć w tym zakresie?

– Fundamentalnym krokiem dla nas jest to, że doprowadziliśmy do wycofania się organizacji pozarządowych z prowadzenia terapii. Postawiliśmy warunek, że terapia ma być realizowana przez zakłady opieki zdrowotnej, czyli w konkursach mogły startować wyłącznie placówki mające status niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Uznaliśmy, że organizowane przez nas konkursy będą konkursami na świadczenia zdrowotne, a nie dotacjami dla organizacji poza-

rządowych. Uważamy, że to bardzo ważny krok, który sprawił, że mogliśmy dofinansowywać tylko te placówki, które mają profesjonalne przygotowanie do świadczenia usług terapeutycznych.

– Zmiany mają nastąpić także w zakresie standaryzacji usług terapeutycznych...

– Tak, uważamy, że istnieje potrzeba takich zmian. Ostatnio opracowaliśmy ankietę, będącą jednocześnie wzorem oferty. Ankieta pomaga skompletować wszystkie istotne dla nas informacje o placówce i świadczonych przez nią usługach. W ofercie, którą składa nam placówka, muszą być wyszczególnione takie dane: rodzaj terapii prowadzony w ramach danego programu świadczeń zdrowotnych, kwalifikacje kadry terapeutycznej, charakterystyka grupy odbiorców, której dotyczy program.

W kwestii standaryzacji usług terapeutycznych bardzo wiele jest jeszcze do zrobienia. Ostatnio przeprowadzaliśmy ocenę kliniczną w ośrodkach leczenia osób uzależnionych od narkotyków. W wielu placówkach terapię prowadzi się w sposób specyficzny, charakterystyczny dla danego oddziału czy poradni – nie ma ujednoliconego programu działania, można określić je raczej programami autorskimi.

Naszym zdaniem, pewien standard jest potrzebny – standard, który zawierałby ogólne założenia, na przykład informacje o tym, jak długo pacjent powinien przebywać w placówce. Jeżeli chodzi o podejście terapeutyczne, zostawiamy wolną rękę terapeutom, ponieważ pracują oni według różnych szkół terapeutycznych. Nie zamierzamy ingerować w sprawy programowe, chociażby dlatego że nie ma prowadzonych badań nad tym, co tak naprawdę pacjentowi pomaga. Czynnikiem leczącym może być sama relacja terapeutyczna.

Bardziej nas, jako urzędników, interesuje długość przebywania pacjenta w terapii, czyli ściśle to, za co mamy płacić. Interesuje nas cykl terapeutyczny w poszczególnych placówkach i to, jaka kwota została przewidziana na leczenie jednego pacjenta. W Warszawie obserwujemy ogromne zróżnicowanie pod względem kosztów prowadzenia terapii – od paru złotych do kilku tysięcy.

– Czy Biuro Polityki Społecznej zamierza ujedno-

liczyć wysokość przyznawanych na każdego pacjenta środków?

– Powyższy raport otrzymaliśmy pod koniec zeszłego roku, więc na razie postanowiliśmy przyjrzeć się dokładniej tym kwestiom i monitorować finansowanie poszczególnych ośrodków. Z całą pewnością chcielibyśmy zająć w tej sprawie stanowisko i określić granicę kosztów przeznaczanych na jednego pacjenta. Nie można dopuścić do tego, by pacjent był przetrzymywany w placówce ze względów ekonomicznych. Naszym zdaniem, to wcale pacjentowi nie służy. Chcielibyśmy, żeby pacjent dostawał taki pakiet świadczeń, który jest mu potrzebny, ale także żeby w odpowiednim momencie wracał do społeczeństwa.

– Czy stołeczny Program Przeciwdziałania Narkomanii wspiera programy pomagające osobom uzależnionym powrócić do społeczeństwa?

– Wspieramy i rozwijamy programy postrehabilitacyjne dla różnych grup pacjentów. Jesteśmy w trakcie realizacji niezwykle istotnego projektu „Współpraca na Rzecz Zintegrowanego Modelu Wsparcia Aktywizacji Zawodowej Osób Uzależnionych”, współfinansowanego przez Miasto Stołeczne Warszawa oraz Europejski Fundusz Społeczny. W ramach tego projektu, obejmującego cały obszar postrehabilitacji odbywały się ostatnio warsztaty strategiczne, na których specjaliści i eksperci zastanawiali się, jak powinna wyglądać strategia pomocy postrehabilitacyjnej. Już wkrótce poszczególni specjaliści rozpoczną pracę nad programami pomostowymi oraz, korzystając z własnych doświadczeń i przemyśleń, pomagać nam w budowaniu tej strategii. Planujemy też szkolenie dla pracowników socjalnych, którzy są bardzo ważnym beneficjentem tego programu, a w środowisku lokalnym znajdują się zazwyczaj „na pierwszym froncie” pomocy postrehabilitacyjnej.

– Jakie efekty i wnioski wypłynęły z dyskusji na warsztatach strategicznych?

– Warsztaty służyły rozpoznaniu barier, jakie powstają podczas prób powrotu osób uzależnionych do ról społecznych i zawodowych. Obszar, na który będziemy kładli nacisk podczas realizacji projektu i tworzenia projektów pomostowych, to obszar terapii i doradztwa zawodowego dla osób w procesie zdrowie-

nia. W obszarze terapeutycznym zależy nam na wdrażaniu wśród terapeutów wiedzy związanej z rehabilitacją i readaptacją społeczną. Ten aspekt jest często pomijany, szczególnie w leczeniu alkoholowym. Pacjenci po zakończeniu terapii dostają kontakty do grup samopomocowych, ale nie dostają żadnego wsparcia związanego z powrotem do życia w społeczeństwie i podjęcia pracy. A przecież aktywne, udane życie społeczne i zawodowe jest absolutnym warunkiem zdrowienia osób uzależnionych. W najbliższym czasie planujemy wprowadzenie ankiet do poradni leczenia odwykowego, które będą miały na celu skłonienie terapeutów do przyjrzenia się i dokładnego prześledzenia przebiegu życia zawodowego pacjentów. Wyniki ankiet dadzą i nam, i terapeutom obraz tego, jak faktycznie osoby uzależnione funkcjonują na rynku pracy od rozpoczęcia swojej aktywności zawodowej – jakie występują przerwy w pracy, jak wyglądał przebieg kariery zawodowej.

Z myślą o osobach pozostających długo bez pracy, czy wykluczonych z tej roli społecznej, chcielibyśmy stworzyć jakąś instytucję pośrednią, oferującą kontakt terapeutyczny, dodatkowe zajęcia, które wzmogłyby motywację do podjęcia pracy, zarabiania na swoje utrzymanie, spłacania dawnych długów i zaległości finansowych.

Strategia readaptacji, która została opracowana w ramach powyższego projektu, ma nie tylko dobrze służyć osobom w procesie zdrowienia, ale także spowodować lepszą komunikację i współpracę pomiędzy różnymi miejskimi służbami i instytucjami zajmującymi się osobami uzależnionymi. Wciąż w Warszawie jest w tym względzie mnóstwo do zrobienia.

Po wdrożeniu strategii można będzie zrobić badania pokazujące, które osoby, będące w procesie zdrowienia, wchodziły w rynek pracy, które się na nim

utrzymują. Chcielibyśmy sprawdzić, czy wprowadzenie jednolitej strategii sprawi, że zmniejszą się nakłady pomocy społecznej na rodziny z problemem uzależnień. Mamy bowiem nadzieję, że położenie nacisku na różne formy postrehabilitacji spowoduje także oszczędności w tym zakresie.

– Warszawski program przewiduje utworzenie Miejskiej Rady Przeciwdziałania Narkomanii. Jakie są jej zadania?

Jednym z problemów, którymi chcielibyśmy się zająć, jest kwestia dostępności do leczenia substytucyjnego. Programy leczenia substytucyjnego powinny być bardziej szczegółowo opisane, a przede wszystkim powinna zwiększyć się w nich liczba miejsc. W tej chwili w Warszawie jest niedobór około 300 miejsc w programach substytucyjnych.

– Miejska Rada Przeciwdziałania Narkomanii powstała półtora roku temu zarządzeniem Prezydenta Miasta Warszawy. W jej skład wchodzi przedstawiciele organizacji pozarządowych, czyli podmiotów realizujących zadania, oraz przedstawiciele biur Urzędu Miasta oraz specjaliści, którzy w swojej pracy mają do czynienia z problematyką uzależnień – kuratorzy sądowi, specjaliści leczenia uzależnień, policjanci, urzędnicy. Rada spotyka się cztery razy w roku, choć zdarzają się też częstsze spotkania. Wprowadziliśmy też taki zwyczaj, że co jakiś czas Rada spotyka się łącznie z Komisją Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Na takich połączonych spotkaniach przedstawiamy wyniki istotnych, z punktu widzenia naszego urzędu, badań, na przykład ostatnio przedstawialiśmy wyniki badań dotyczących dostępności leczenia substytucyjnego. W zeszłym roku, 9 września, staraniem Rady została zorganizowana konferencja, poświęcona problematyce narkomanii oraz HIV/AIDS.

Na spotkaniach przedstawiamy też nasze priorytety w zakresie konkursów i finansowania zadań, ponieważ chcielibyśmy mieć potwierdzenie, że nasze pomysły mają poparcie osób należących do grona specjalistów i ekspertów w dziedzinie leczenia uzależnień. Rada opiniuje wszystkie działania Wydziału ds. Uzależnień i stanowi ważną platformę komunikacji pomiędzy różnymi instytucjami, zajmującymi się tą problematyką.

– W 2007 roku zakończy się bieżący Program. Jakie w tej chwili widzą Państwo zadania, problemy, cele, które powinny znaleźć się w kolejnym Miejskim Programie Przeciwdziałania Narkomanii?

– Jednym z problemów, którymi chcielibyśmy się zająć, jest kwestia dostępności do leczenia substytucyjnego. Programy leczenia substytucyjnego powinny być bardziej szczegółowo opisane, a przede wszystkim powinna zwiększyć się w nich liczba miejsc. W tej chwili w Warszawie jest niedobór około 300 miejsc w programach substytucyjnych.

Kolejna rzecz to tworzenie i rozwijanie systemów wczesnej interwencji dla dzieci i młodzieży. Obecnie jesteśmy na etapie opisywania standardu działania systemów wczesnej interwencji. W ramach tego systemu duży nacisk chcielibyśmy położyć na tworzenie oddziałów dziennych, aby dzieci i młodzież mogły na bieżąco realizować swoje zadania wieku rozwojowego, pozostając jednocześnie pod opieką placówki terapeutycznej i mając dobrze zagospodarowany wolny czas. W kolejnych latach będziemy w dalszym ciągu rozwijać systemy adaptacji społecznej.

Zależy nam na sklasyfikowaniu odrębnego obszaru działań niskoprogowych. Wszyscy poświęcamy najwięcej czasu i energii profilaktyce i działaniom terapeutycznym, ale nie zmienia to faktu, że istnieje grupa uzależnionych klientów pomocy społecznej, która nigdy nie podejmuje leczenia. Myślę, że o tym też należy głośno mówić i oprócz motywowania do terapii podejmować również działania, które pozwolą tym ludziom wchodzić w różne obszary aktywności społecznej i godnie spędzać życie. W ramach realizacji tego założenia w Warszawie powstanie tak zwany „drop-in”, rodzaj dziennej świetlicy, która będzie przyjmowała czynnych narkomanów. Będzie tam można zjeść, wypić herbatę, porozmawiać czy umyć się. Mieliliśmy duży problem ze znalezieniem realizatora tego zadania. Kilkakrotnie ogłaszaliśmy konkurs i nie zgłosiła się żadna organizacja, która chciałaby podjąć się utworzenia takiej placówki. Poprzez rozmowy zachęcaliśmy różne podmioty i na złożenie oferty zdecydował się Monar, więc projekt jest już w fazie realizacji.

– Dziękuję za rozmowę.

Rozm. A.L.

Wraz z rozwojem nowych technologii rozszerzają się też możliwości świadczenia pomocy osobom uzależnionym oraz ich bliskim. W Polsce działa już serwis internetowy, w którym specjaliści udzielają porad i wsparcia za pośrednictwem poczty elektronicznej

DO INTERNETU PO POMOC

**TOMASZ KOWALEWICZ,
FUNDACJA PRAESTERNO**

Pod internetowym adresem: www.narkomania.org.pl działa Serwis pomocowo-edukacyjny adresowany do wszystkich osób, które stykają się z problemem narkomanii – zarówno do młodych ludzi (także do tych, którzy biorą narkotyki) i rodziców, jak i do nauczycieli oraz do specjalistów, zajmujących się terapią osób uzależnionych bądź profilaktyką osób zagrożonych uzależnieniem.

Od 2004 roku – na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Serwisem zarządza Fundacja Praesterno, która od połowy lat 90 uczestniczy w prowadzeniu w 8 miastach w Polsce programu przeciwdziałania młodzieżowej patologii społecznej, współpracuje ze szkołami, realizując zajęcia profilaktyczne dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, oferuje również programy szkoleniowe i inne formy doskonalenia zawodowego dla nauczycieli i osób działających w obszarze profilaktyki.

Internet gwarantuje anonimowość

Kobieta, lat 50: Mam 21-letniego syna, który jest uzależniony od narkotyków. Rok temu ukradł mi bardzo dużo pieniędzy. Obecnie pracuje, jednakże zamierza rzucić pracę, gdyż, jak mówi, nie lubi jej. Obawiam się, że gdy to zrobi, znowu zacznie wnosić z domu rzeczy i kraść pieniądze. Mąż grozi synowi, że jeżeli nie będzie pracował, to wyrzuci go z domu. Nie wiem, co robić. Czy wyrzucenie syna z domu w takiej sytuacji to dobry pomysł?

Zainicjowanie udzielania w internecie pomocy osobom mającym problem z narkotykami oraz ich bliskim związane było z zauważeniem rosnącej roli internetu jako medium, z którego korzysta coraz większa część naszego społeczeństwa. O ile w 2004, co czwarte gospodarstwo domowe deklarowało posiadanie dostępu do sieci, to w 2005 roku odsetek gospodarstw domowych wyposażonych w internet wzrósł do 30%. W liczbach bezwzględnych to wzrost o ponad pół miliona gospodarstw domowych.

Stopień wyposażenia gospodarstw domowych w urządzenia i technologie informacyjno-telekomunikacyjne oraz w dostęp do sieci jest znacznie zróżnicowany w zależności od wysokości dochodów i wielkości miejscowości zamieszkania. Internet w domu posiada (dane za 2005 rok):

- aż 71% gospodarstw deklarujących miesięczny dochód netto powyżej 7200 zł (i tylko 14% gospodarstw z dochodem poniżej 1440 zł netto miesięcznie),
- 40% gospodarstw zlokalizowanych w miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców (i tylko 19% gospodarstw wiejskich).

Druga istotna cecha internetu – poza rosnącą powszechnością dostępu – to anonimowość kontaktu realizowanego za jego pomocą. Wysyłanie e-maila w żadnym stopniu nie narusza prywatności autora i umożliwia zadanie dowolnego pytania bez ryzyka ujawnienia się.

Wydaje się, że te dwie cechy medium (rosnąca powszechność dostępu oraz anonimowość kontaktu) istotnie wpłynęły na sukces, jakim okazała się internetowa poradnia antynarkotykowa.

Struktura Serwisu

Dziewczyna, lat 17: *Mam koleżankę, która bierze narkotyki, chcę jej pomóc zerwać z uzależnieniem. Jak to zrobić? Pomóżcie. Może kiedyś będzie mi wdzięczna, no nie?*

Poradnia i FAQ

Podstawową sekcję Serwisu stanowi poradnia, gdzie internauci mogą zadawać pytania, korzystając ze standardowego ekranu.

Poza sformułowaniem pytania autor e-maila proszony jest o podanie swojej płci, wieku, miejscowości zamieszkania, województwa. Pytający musi też okre-



ślić adresata – psychologa, lekarza lub prawnika (dane na ich temat zostały spersonalizowane – użytkownikom znane są nazwiska ekspertów udzielających odpowiedzi).

W Serwisie znajduje się strona z najczęściej zadawanymi psychologowi i lekarzowi pytaniami oraz odpowiedzi na te pytania (FAQ).

Bazy danych

Klienci Serwisu mają do dyspozycji kilka baz danych:

a. ogólnopolską bazę placówek pomocowych świadczących usługi osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem (baza została opracowana na podstawie wydanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ogólnopolskiego informatora „Gdzie szukać pomocy”).

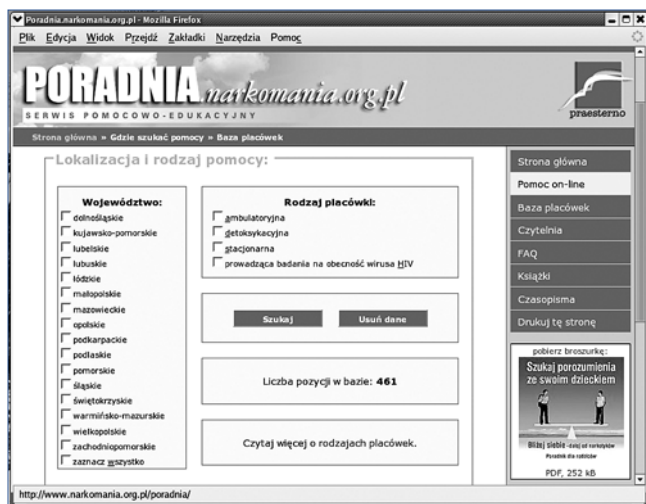
Bazę można przeszukiwać według dwóch kryteriów:

- województwa,
- rodzaju placówki (ambulatoryjna, detoksykacyjna, stacjonarna, prowadząca badania na obecność HIV).

W bazie znajduje się ogółem 461 placówek.

b. poza ogólnopolską bazą placówek pomocowych ta sekcja Serwisu zawiera ogólnopolskie telefony zaufania,

c. sekcja zawiera także bazę danych o pozarządowych organizacjach świadczących na terenie Warszawy pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków oraz ich bliskich, a także informacje o konkretnych placówkach i programach pomocy.



Czytelnia

Kolejnym działem oferowanym przez Serwis jest czytelnia z kilkudziesięcioma artykułami uporządkowanymi wg następujących tematów:

- Badania
- Metody leczenia stosowane w Polsce
- Narkomania na świecie
- Pomoc
- Prawo
- Profilaktyka
- Promocja zdrowego stylu życia
- Wychowanie

Do najczęściej czytanych artykułów, umieszczonych w Serwisie, należą:

- Marii Monety-Malewskiej – „Jak poznać, że ktoś zażywa narkotyki?”
- „Raport o stanie zagrożenia demoralizacją i przestępczością nieletnich oraz patologiami wśród dzieci i młodzieży w województwie wielkopolskim.”
- Mieczysława Wojciechowskiego – „Od inicjacji do uzależnienia”.
- Roberta Rejniaka – „Formy pomocy osobom uzależnionym od narkotyków”.
- Grażyny Świątkiewicz – „Szybka ocena i reakcja”.

Przegląd książek i czasopism

Na oddzielnych stronach Serwis proponuje przegląd książek poświęconych problematyce narkomanii oraz informuje o wydawanych w Polsce wybranych czasopismach poruszających problemy dotyczące narkomanii (Alkoholizm i Narkomania, KARAN – Narkomanii Nie, Remedium, Serwis Informacyjny Narkomania, Monar na Bajzlu).

Działanie poradni internetowej

Kobieta, lat 30: *Czy z palenia heroiny można wyjść samemu, bez terapii, pomocy psychologa? Dokładnie rok temu dowiedziałam się, że mój facet od 1,5 roku pali heroinę. Mimo wielu rozmów nie zdecydował się na terapię, bo stwierdził, że takich starych jak on (30 lat) to nigdzie nie leczą, a ośrodki są prowadzone tylko dla młodych. Jego kolega, ponoć trzeźwy narkoman, nawbił mi do głowy, że po kilkudniowym głodzie Adam sam dojdzie do siebie i przy odrobinie silnej woli wyjdzie bez pomocy ośrodka. Czułam, że mnie wkręcają, ale chciałam w to wierzyć.*

W poradni internetowej każdy może sformułować pytanie i w łatwy sposób skierować je do specjalisty (wysyłane jest ze strony www, nie wymaga otwierania żadnego programu pocztowego, wystarczy kliknąć przycisk „wyślij”). Internauta samodzielnie decyduje, do którego spośród trzech specjalistów (lekarza, prawnika, psychologa) trafia jego pytanie. Na ogół wybór użytkowników jest trafny, choć czasem zdarza się, że specjaliści przekazują sobie otrzymane wiadomości (np. psycholog odsyła pytanie do lekarza, powiadamiając o tym fakcie autora).

Na ogół odpowiedzi udziela się w ciągu 24 godzin od otrzymania wiadomości, choć oczywiście (np. w dniach, w których pojawia się dużo pytań albo jeśli pytanie dotyczy trudnego problemu) zdarza się, że jej opracowanie przedłuża się, a wtedy porada trafia do pytającego nieco później.

Miesięcznie do poradni wpływa około 200 pytań. Prawie 2/3 pytań (63%) jest kierowanych do psychologa, 1/3 (34%) do lekarza, 3% do prawnika.

Najczęściej do poradni piszą osoby, w których najbliższym otoczeniu znajdują się używający mniej lub bardziej intensywnie środków psychoaktywnych (52%). Ponad połowa tych pytających to znajomi – koledzy, przyjaciele lub partnerzy – zaniepokojeni i bezradni w kontakcie z bliskimi biorącymi narkotyki. Druga kategoria w tej grupie to członkowie rodziny biorących narkotyki (najczęściej rodzice lub rodzeństwo).

Osoby używające środków psychoaktywnych stanowią 42% pytających.

Wśród respondentów 6% stanowią osoby proszące o materiały informacyjne na temat narkotyków oraz po-



szukujące teoretycznej wiedzy dotyczącej narkomanii.

Niemal 2/3 pytających (63%) stanowią kobiety, nieco ponad 1/3 (37%) – mężczyźni. Co piąty pytający jest w wieku poniżej 18 lat, 70% to osoby dorosłe (od 18 roku życia), 10% nie podało swojego wieku.

W miejscowościach liczących do 50 tysięcy mieszkańców mieszka 30% respondentów, 13% pochodzi z miast liczących 50–100 tysięcy mieszkańców, a 57% z miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Najczęstszymi narkotykami, których dotyczy problem poruszany w e-mailach, są marihuana i amfetamina.

Najczęstsze pytania i problemy

Mężczyzna, lat 25: Od 7 lat palę marihuanę, odkąd zamieszkałem w Gdańsku, ponad 2 lata palę codziennie, po kilka skrętów, do tego 2 piwa, a w weekendy zdarzają się i inne narkotyki. Od 7 dni jestem zupełnie czysty, mam strasznie dość swojego życia w uzależnieniu. Mam jednak problem z utrzymaniem trzeźwości: od roku regularnie rzucam ćpanie co kilka miesięcy, jednak wytrzymuję tylko od jednego do 4 tygodni. Nie mam tyle siły, aby pokonać mój problem. Wszyscy wokół mnie tak żyją – moi znajomi, w szczególności moja dziewczyna.

Różne kategorie osób zadających pytania zwracają się z różnymi problemami. Używający środków psychoaktywnych najczęściej skarżą się na rozmaite dolegliwości somatyczne i psychoemocjonalne, chcąc albo dowiedzieć się, czy są one skutkiem brania narkotyków, albo jak poradzić sobie z nimi (często wskazują dolegliwości, których doświadczają po odstawieniu narkotyków). Zdarza się, że – po opisie doświadczeń ze środkami psychoaktywnymi – pada pytanie „Czy ja jestem uzależniony od narkotyków?”. Oddzielna kate-

goria problemów to pytanie, co zrobić, żeby przestać brać narkotyki. Przy czym spora grupa respondentów jawnie deklaruje niechęć osobistego udania się z tym kłopotem do specjalisty.

Podstawowy problem osób, których bliski (członek rodziny, przyjaciel, partner) używa narkotyków, stanowi poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak mogą mu/jej pomóc? Zdarza się, że oferowana pomoc jest odrzucana przez uzależnionego. W takiej sytuacji pytanie przybiera postać: Jak zmusić go/ją do leczenia? W tym kontekście pojawia się czasem kwestia ubezwłasnowolnienia.

Generalną strategią realizowaną przez odpowiadających specjalistów jest przekazanie rzetelnej informacji będącej odpowiedzią na zadane pytanie (często też wskazanie źródeł internetowych, gdzie można znaleźć więcej informacji na dany temat).

Specjaliści odpowiadają poważnie także na pytania, co do których istnieje podejrzenie, że mogą być żartem, ale nie można z całą pewnością wykluczyć, że pytanie dotyczy rzeczywistego problemu (np.: Mój 7-letni syn przyszedł wczoraj o 12 w nocy kompletnie zaćpany. Co mam zrobić?). Podkreślenia wymaga fakt, że e-maile będące ewidentnymi wygłupami zdarzają się niezwykle rzadko.

Najczęściej udzielaniu informacji towarzyszy sugestia, by nie poprzestawać na poradzie „wirtualnej”, by „w realnym świecie” udać się z wizytą do specjalisty. Tę poradę argumentuje się szczegółowo w odpowiedziach kierowanych do osób, które deklarują, że „za żadne skarby” nie pójdą do poradni uzależnień lub innej placówki tego typu. Celem jest zmniejszenie lęku pytającego przed osobistym kontaktem ze specjalistą, a fakt zwrócenia się z pytaniem do poradni internetowej interpretuje się jako potrzebę kontaktu z profesjonalistą.

Specjaliści nie prowadzą psychoterapii przez internet. Najczęściej komunikacja kończy się po udzieleniu jednej odpowiedzi na pytanie. Tylko pojedyncze osoby nawiązują dłuższą korespondencję, traktując zadawanie kolejnych pytań jako pretekst do podtrzymania kontaktu. Częściej zdarza się przesłanie przez pytającego podziękowania za poradę. Bardzo rzadko natomiast specjalista spotyka się z negatywną oceną swojej odpowiedzi na zadane pytanie.

Poradnia wciąż się rozwija...

Chłopak, lat 18: Mam takie pytanie... Czy po zielonym może się zrypać psychika? I w ogóle, dlaczego czuję się taki pusty ostatnio? Czy to przez zielone? Bo wcale często nie palę... Nie wiem, co mi się dzieje... Czuję, że wszyscy coś przede mną ukrywają... że rozmawiają o mnie potajemnie, że mnie obgadują. Żle mi przez to. Proszę niech mi coś ktoś powie, bo nie wiem, co się ze mną dzieje...

Dwa i pół roku prowadzenia przez Fundację Prastero internetowej poradni udowodniło sens jej istnienia. Potrzebne okazało się miejsce, w którym ludzie przeżywający problemy z narkotykami – własne lub swoich bliskich – mogą otrzymać pomoc w postaci informacji e-mailowej na nurtujące ich pytania. Niewątpliwą zaletą tej formy komunikacji jest gwarancja anonimowości pytającego oraz łatwość (jeśli dysponuje dostępem do internetu) zwrócenia się do specjalisty z wątpliwościami i problemami. Tego typu poradnictwo nie stanowi oczywiście alternatywy dla skutecznych działań mających na celu wyjście z narkomanii lub udzielenie poważniejszej pomocy osobom współuzależnionym. Ale też nie taki cel postawiła przed sobą nasza poradnia.

Na bieżąco rozbudowuje się i uzupełnia w Serwisie bazę artykułów (dział Czytelnia) umożliwiających osobom poszukującym informacji poszerzenie wiedzy na interesujące ich tematy. Szczególny nacisk kładzie się na zwiększenie bazy artykułów poradniczych, które – jak pokazuje ranking najczęściej czytanych materiałów – cieszą się największym zainteresowaniem użytkowników Serwisu.

Rozbudowywany jest też dział FAQ – najczęściej zadawanych pytań wraz ze standardowymi odpowiedziami (choć często zapoznanie się z odpowiedziami na te pytania prowokuje respondentów do zwrócenia się ze szczegółowym pytaniem do specjalisty).

* * *

Analizując dotychczasowe funkcjonowanie poradni internetowej, można przypuszczać, że znaczenie tej formy kontaktu z osobami dotkniętymi zjawiskiem narkomanii będzie wzrastać. Wirtualna pomoc nie zastąpi kontaktu ze specjalistami, może jednak odegrać niebagatelną rolę w motywowaniu do odwiedzenia właściwych placówek oferujących profesjonalną pomoc uzależnionym oraz ich bliskim. ■

OGŁOSZENIE

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. 0 22 641 15 01, fax 022 641 15 65, www.kbpn.gov.pl

Ogłasza konkurs na program szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych

- specjalisty terapii uzależnień
- instruktora terapii uzależnień

podstawa prawna:

- art. 27 ust.1 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz. U. Nr. 179, poz. 1485 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie określenia trybu składania ofert, kryteriów ich oceny oraz terminów postępowania konkursowego w sprawie wyboru programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych (Dz. U. Nr 64 poz. 455)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. Nr 132, poz. 931)

W konkursie mogą brać udział podmioty, nie będące osobami fizycznymi i nie zaliczane do sektora finansów publicznych, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń. Szczegółowe wymagania dotyczące ofert zostały opublikowane na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkoma-

nii www.kbpn.gov.pl w dziale Certyfikacja w dniu 04 sierpnia 2006 r.

Ofertę należy składać w formie pisemnej, w 3 egzemplarzach w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura www.kbpn.gov.pl lub w siedzibie Krajowego Biura w godz. 9.00 – 16.00 (od poniedziałku do piątku).

Oferent może, przed upływem terminu składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę.

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54 do dnia **05 września 2006 r.** (decyduje data stempla pocztowego).

Ofertę złożoną po terminie zwraca się bez otwierania.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii do dnia 25 września 2006 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.

Przedstawiamy Ekspertów

W tym numerze Serwisu przedstawiamy Ekspertów Wojewódzkich do Spraw Informacji o Narkotykach i Narkomanii z województw: mazowieckiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i łódzkiego.



Imię i nazwisko: **Danuta Janusz**

Województwo: mazowieckie

Wykształcenie: Pedagog

Życie zawodowe: Przez 10 lat była dyrektorem Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Praktycznego w Lubiejewie koło Ostrowi Mazowieckiej. W latach 2002/2003 Danuta Janusz pełniła funkcję Mazowieckiego Wicekuratora Oświaty.

Od 06 maja 2003 roku Danuta Janusz jest dyrektorem Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej w Warszawie.

Prywatnie: mężatka, matka trzech synów studentów.

Zainteresowania: podróże, język niemiecki. W wolnym czasie zajmuje się także pracą społeczną.



Imię i nazwisko: **Michał Tatarek**

Województwo: warmińsko-mazurskie

Wykształcenie: Filozof i historyk. Absolwent Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie oraz Uniwersytetu Gdańskiego. Absolwent SWOPA i SPR.

Życie zawodowe: Od lipca 1999 roku – Pełnomocnik Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Pracę zawodową długo łączył z pracą dydaktyczną nauczyciela historii. Autor Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Województwie Warmińsko-Mazurskim. Od marca 2001 roku jest również prezesem Elbląskiego Towarzystwa Socjopatologicznego.



Imię i nazwisko: **Teresa Kobrzyńska**

Województwo: wielkopolskie

Wykształcenie: dr nauk biologicznych, nauczyciel akademicki

Życie zawodowe: Od 1999 roku pełni funkcję Pełnomocnika Zarządu Województwa Wielkopolskiego ds. Uzależnień, wcześniej w latach 1995–1999 Pełnomocnik Wojewody Kaliskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Współtworzyła system leczenia narkomanii w województwie kaliskim, w tym Pogotowie Makowe, Wojewódzki Oddział Zapobiegania Narkomanii, Towarzystwo Powrót z „U”, w 1986–1989 kierowała Wojewódzką Poradnią Leczenia Narkomanii w Kaliszu, w roku 1987 zorganizowała Ośrodek Resocjalizacji MONAR w Nowolipisku w woj. wielkopolskim. Organizatorka wielu szkoleń i konferencji z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień i przemocy w rodzinie. Prywatnie: Matka dwojga wyjątkowych dzieci. Nieustająco zachwyca się życiem. Pracę traktuje jak hobby. Najchętniej wypoczywa z literaturą z zakresu promocji zdrowia i parapsychologii.



Imię i nazwisko: **Anna Mroczek**

Województwo: łódzkie

Wykształcenie: wyższe humanistyczne. Absolwentka Podyplomowego Studium Organizacji Pomocy Społecznej na Uniwersytecie Łódzkim.

Życie zawodowe: W latach 1994 – 1999 Pełnomocnik Wojewody Łódzkiego ds. Uzależnień. Od maja 1999 roku dyrektor Regionalnego Centrum Polityki Społecznej przy Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi, które jest między innymi koordynatorem Wojewódzkiego Programu Zapobiegania Narkomanii.

25 kwietnia br. ruszyła druga edycja ogólnopolskiej kampanii antynarkotykowej skierowanej do rodziców młodzieży w wieku szkolnym pod hasłem „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”.¹

SZUKAJ POROZUMIENIA ZE SWOIM DZIECKIEM

Antynarkotykowe kampanie inicjowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii na stałe już wpisały się w kalendarz działań z zakresu profilaktyki narkomanii prowadzonych w okresie przedwakacyjnym. Kampania kierowana do rodziców pod hasłem „Bliżej siebie – dalej od narkotyków” rozpoczęta w ubiegłym roku, od początku planowana była na okres dwuletni, bowiem tylko konsekwentne i długofalowe działania mają szansę dotrzeć do adresatów i wpłynąć na zmianę sposobu postrzegania problemu narkomanii. Główne założenie kampanii to zwiększenie udziału rodziców w zapobieganiu narkomanii. Z badań naukowych wynika, że jednym z podstawowych czynników chroniących młodzież przed ryzykownym używaniem narkotyków są dobre kontakty w domu rodzinnym. Prawidłowe relacje z dzieckiem, oparte na wzajemnym porozumieniu i zaufaniu, to „parasol bezpieczeństwa” chroniący je przed negatywnymi emocjami, które często stanowią przyczy-



nę sięgania po narkotyki. Ubiegłoroczna kampania miała na celu przekonanie rodziców, że warto rozmawiać więcej ze swoim dzieckiem. Miała zwrócić uwagę, że zdawkowa wymiana informacji nie służy poznaniu potrzeb

i zainteresowań dziecka, nie buduje wzajemnych więzi i fundamentu do radzenia sobie z trudnościami w okresie dorastania. Badania dotyczące skuteczności kampanii przyniosły zadowalający rezultat – ponad połowa osób, które spotkały się z przekazem kampanii, deklarowała, że podjęła rozmowę z dzieckiem na ważne dla nich tematy. Krajowe Biuro w tym roku kontynuuje akcję, proponując rodzicom dalszy aktywny i głębszy udział w budowaniu dobrego kontaktu z dzieckiem, który ułatwi wcześniejsze dostrzeganie symptomów pojawiających się problemów, pozwoli na podjęcie skutecznych działań i szukanie wspólnie rozwiązań. Tym razem kampania skupia uwagę na pogłębieniu jakości relacji z dzieckiem. „Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem, bo bliżej siebie, to dalej od narkotyków” to główne przesłanie tegorocznej kampanii, które wynika z założenia, że im lepszy mamy na co dzień kontakt z dzieckiem, tym łatwiej ustrzeżemy je przed narkotykami.



Realizacja ogólnopolskiej kampanii stała się możliwa dzięki społecznemu zaangażowaniu wielu instytucji. Prowadzona jest w mediach poprzez emisję spotów reklamowych w telewizjach, kinach i radiach, informację w prasie i internecie oraz akcję billboardową. Głównymi patronami medialnymi są: Telewizja Polska, Radio Zet oraz Super Express. Dużym zaangażowaniem w realizację kampanii wykazują się również społeczności lokalne i organizacje pozarządowe we wszystkich regionach Polski. Organizuje się liczne festyny, debaty, spotkania z rodzicami, podczas których rozdawane są broszury edukacyjne i plakaty. W różnych formach kampania będzie prowadzona do października, upowszechniając jednocześnie Antynarkotykowy Telefon Zaufania oraz stronę www Poradni Antynarkotykowej, gdzie każdy rodzic może dowiedzieć się więcej o problemie narkotyków i narkomanii, a także zapytać o sprawy związane z problemami okresu dorastania i komunikację z dzieckiem.

DM

¹ więcej informacji na temat kampanii można znaleźć pod adresem: www.kbnp.gov.pl/kampania2006.htm



Adres redakcji:
Fundacja Zdrowie-Trzeźwość,
ul. Czapliniecka 44B/424,
97-400 Bełchatów
tel./fax: (044) 635 08 79
e-mail: infoSerwis@tuiw.pl

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: kbnp@kbnp.gov.pl, <http://www.kbnp.gov.pl>

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński,
Redaktor prowadzący: Dariusz Dybek
Korekta: Ewa Grzesiak
Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska, Anna Radomska,
Klaudia Palczak, Tomasz Zakrzewski
Druk: www.drukarniags.com

Pismo bezpłatne