



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (36) 2007

NR 1

2007

WPROWADZENIE

Drodzy czytelnicy,

najnowszy numer Serwisu koncentruje się w dużej mierze na działaniach z zakresu redukcji szkód oraz na sprawach międzynarodowych związanych z problematyką narkomanii.

Chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na informacje dotyczące XVIII międzynarodowej konferencji na temat Redukcji Szkód Zdrowotnych Związanych z Przyjmowaniem Narkotyków, która odbyła się w maju bieżącego roku w Warszawie, z udziałem ponad 1200 uczestników z ponad 80 krajów. Konferencja potwierdziła, że redukcja szkód stała się – obok działań mających na celu zmniejszanie popytu – pełnoprawną strategią na arenie walki z narkomanią zarówno w skali światowej, europejskiej, jak i – co szczególnie warte podkreślenia – w naszym kraju. Gościem numeru jest Marek Zygałdo – tegoroczny laureat nagrody przyznawanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Redukcji Szkód za znaczące osiągnięcia na tym polu. Laureat podkreśla wagę zintegrowanego podejścia zakładającego, że pacjent i jego terapeuta razem decydują o zakresie i tempie pozytywnych zmian w przekonaniach, postawach i zachowaniach pacjenta.

Warto również zwrócić uwagę na artykuł Artura Malczewskiego, który przedstawia bardzo interesującą relację z działań podejmowanych w zakresie redukcji szkód w latach 2001 – 2005. Mimo że programy redukcji szkód są w Polsce realizowane od kilku lat, ich powszechność jest niewystarczająca, a zmian wymaga sposób i zakres ich finansowania.

Od początku 2007 roku Polska przejęła przewodnictwo Grupy Pompidou, w związku z tym przedstawiamy Państwu na łamach Serwisu najważniejsze priorytety i główne zamierzenia na czteroletni okres polskiej prezydentury. W działaniach Grupy Pompidou widzimy szansę na wzrost efektywności i jakości działań krajów będących członkami Rady Europy w zakresie przeciwdziałania narkomanii, a szczególnie rolę pomostową w intensyfikowaniu współpracy międzynarodowej z naszymi wschodnimi sąsiadami – Ukrainą i Rosją.

Szczególnej uwadze Państwa polecam artykuł Anny Radomskiej prezentujący europejski program EDDRA gromadzący i promujący realizowane w krajach UE programy spełniające określone standardy jakości. W artykule prezentowane są trzy polskie programy zarejestrowane w systemie. Myślę, że obecność naszych programów jest zbyt skromna w porównaniu z bogactwem działań podejmowanych w Polsce w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Jeśli prowadzicie Państwo programy, rozważcie możliwość zgłoszenia ich do EDDRY.

Czy systemy leczenia narkomanii uwzględniają w dostateczny sposób specyfikę pacjentek – kobiet? Na to pytanie odpowiada artykuł Agnieszki Kolbowskiej oparty na badaniach przeprowadzonych w krajach UE oraz w Polsce.

Jak prowadzić profilaktykę antynarkotykową w szkole? Ten problem omawia Dorota Macander. Artykuł pokazuje zarówno bogactwo strategii i metod możliwych do zastosowania, jak i konieczność różnicowania rodzaju podejmowanych działań w zależności od typu adresatów programów profilaktycznych, które mogą być uniwersalne, selektywne lub wskazujące.

Jeśli interesują Państwa działania podejmowane w skali makrospołecznej – odsyłam do artykułu Tomasza Zakrzewskiego omawiającego strategię i metody marketingowe, które są wykorzystywane w reklamie społecznej. Autor przekonuje, że zasady sprzedaży produktów komercyjnych dają się wykorzystać przy medialnych działaniach perswazyjnych nastawionych na zmianę postaw i zachowań.

Beata Policha przedstawia europejski rynek grzybów halucynogennych, które w większości krajów UE jeszcze do niedawna były poza prawną kontrolą i handel którymi był legalny. W ostatnim czasie część krajów UE zaostrzyła przepisy, co zablokowało rozprzestrzenianie się używania tych produktów. Niestety, doprowadziło to do tego, że grzyby „nielegalne” są zastępowane legalnymi, niekiedy bardziej toksycznymi odmianami – np. muchomorem czerwonym! Mamy tu nie tak rzadki przykład tego, jak wprowadzenie środków zaradczych może – w paradoksalny sposób – wywołać nieoczekiwane negatywne zjawiska.

Poza zasygnalizowanymi tematami znajdziecie Państwo w tym numerze nie mniej ciekawe materiały, o których z braku miejsca mogę wspomnieć tylko hasłowo. Myślę o relacji z badań diagnozujących stan zaawansowania Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii oraz o prezentacji internetowych portali wybranych organizacji pozarządowych działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

*Życzę Państwu przyjemnej lektury.
Piotr Jabłoński*

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

WYWIAD Z MARKIEM ZYGADŁO	2
--------------------------------	---

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

18 MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NA TEMAT REDUKCJI SZKÓD

<i>Artur Malczewski</i>	5
-------------------------------	---

DZIAŁANIA Z ZAKRESU REDUKCJI SZKÓD W POLSCE I W EUROPIE

<i>Artur Malczewski</i>	7
-------------------------------	---

GRZYBY HALUCYNOGENNE W ZBLIŻENIU

<i>Beata Policha</i>	12
----------------------------	----

Profilaktyka

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ W SZKOLE

<i>Dorota Macander</i>	15
------------------------------	----

EDDRA - EUROPEJSKA BAZA PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

<i>Anna Radomska</i>	22
----------------------------	----

WYKORZYSTANIE PODSTAWOWYCH TECHNIK MARKETINGU KOMERCYJNEGO W REKLAMIE SPOŁECZNEJ

<i>Tomasz Zakrzewski</i>	25
--------------------------------	----

Współpraca międzynarodowa

WYWIAD Z PIOTREM JABŁOŃSKIM.....	28
----------------------------------	----

PRIORYTETY POLSKIEJ PREZYDENTURY W GRUPIE POMPIDOU

<i>Piotr Jabłoński</i>	30
------------------------------	----

50 SESJA KOMISJI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH W WIEDNIU

<i>Łukasz Jędruszak</i>	31
-------------------------------	----

RADA UNII EUROPEJSKIEJ I JEJ GRUPY ROBOCZE – HORYZONTALNA GRUPA ROBOCZA DS. NARKOTYKÓW

<i>Łukasz Jędruszak</i>	35
-------------------------------	----

Badania, raporty

UŻYWANIE NARKOTYKÓW A PLEĆ

<i>Agnieszka Kolbowska</i>	36
----------------------------------	----

Społeczności lokalne, regiony

GMINNE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

<i>Janusz Sierosławski</i>	42
----------------------------------	----

Internet

PREZENTACJA STRON WWW

<i>Tomasz Zakrzewski</i>	III okładka
--------------------------------	-------------



W trakcie 18 Konferencji na temat Redukcji Szkód Zdrowotnych Związanych z Przyjmowaniem Narkotyków (Warszawa 13-17 maja b.r.) Międzynarodowe Stowarzyszenie Redukcji Szkód (IHRA) przyznało doroczną Narodową Nagrodę Rolleston'a Markowi Zygadło.

Nagroda ta przyznawana jest grupie lub osobowości, która w znaczący sposób przyczyniła się do redukcji szkód związanych z narkotykami i alkoholem w kraju, który jest gospodarzem Konferencji IRHA.

REDUKCJA SZKÓD JAKO KONIECZNY ELEMENT ZINTEGROWANEGO PODEJŚCIA DO POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM

*Wywiad z Markiem Zygadło,
Sekretarzem Zarządu Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym*

Ukończyłeś Studia Filozoficzno Teologiczne w Instytucie Misjonarzy w Krakowie. Jak to się stało, że zajęłeś się zawodowo problemem uzależnienia od narkotyków?

Nie ukończyłem tych studiów u Misjonarzy, jedynie je zacząłem. Potem pracowałem w różnych przedsiębiorstwach na różnych stanowiskach. Byłem brukarzem w przedsiębiorstwie remontowo – budowlanym, starszym pomiarowcem w pracowni badań stali w Hucie im. Lenina, a także kontrolerem jakości w WSK w Krakowie i dyrektorem studenckiego Klubu FAMA w Nowej Hucie. Ostatecznie ukończyłem studia pedagogiczne u Jezuitów w IGNATIANUM.

Przez wiele lat uważałem, że jestem przede wszystkim literatem. Pisałem wiersze (nadal czasem piszę), prozę poetycką, drobne opowiadania. Byłem członkiem Koła Młodych przy Związku Literatów Polskich.

Do pracy w obszarze narkomanii trafiłem przypadkowo. W 1986 roku przyszedł do mnie kolega z informacją, że specjaliści z Poradni dla narkomanów z ulicy Skarbowej (wtedy jedynej w Krakowie) planują otworzyć ośrodek terapii długoterminowej i poszukują kierownika administracyjnego do nowej placówki. Ponieważ myślałem o napisaniu książki o narkomanii, uznałem to za znakomitą okazję, by uzyskać dostęp do informacji źródłowych i wybrałem się na rozmowę kwalifikacyjną w sprawie pracy.

Książki o narkomanach nie napisałem i nie czuję już takiej potrzeby. Zaangażowałem się w bezpośrednią pracę z pacjentami. Przeszedłem drogę od rejestratora medycznego do specjalisty terapii uzależnień. Od początku 1993 r. zacząłem pracować dla Marka Kotańskiego i tak zostało.

Mniej więcej od połowy lat 90-tych zajmujesz się redukcją szkód.

Z redukcją szkód zetknąłem się w 1991 r. podczas spotkania w Krakowie ze specjalistami z Niemiec. Goście z Hanoweru opowiadali o leczeniu metadonem. Wtedy posługiwałem się definicją metadonu jako syntetycznej heroiny. Pamiętam, jak powiedziałem, że dawanie narkotyku narkomanowi jest nieetyczne. Byłem wówczas wyznawcą „jedynie słusznej filozofii rehabilitacji”.

Komuś, kto przez lata zaangażowany jest w programy abstynenckie – ogromnie trudno jest otworzyć się na nowe podejście do sposobu rozwiązywania problemów pacjenta.

Argumentem, który mnie przekonał, były dane statystyczne. W celu operacyjnym nr 5 Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 przeczytałem, że: „liczbę osób uzależnionych od opiatów szacuje się na 25-30 tysięcy”. Wiedziałem, że szacowanych miejsc leczenia w ośrodkach było wówczas w Polsce ok. 3.000. Pytanie o to, jaka oferta jest możliwa dla pozostałych ponad

20.000 osób uzależnionych było dla mnie furtką do świata redukcji szkód.

Drugą przyczyną zmiany mojego podejścia była zmiana w relacji z pacjentem. Przestałem wiedzieć lepiej od pacjentów, co jest dla nich dobre i zacząłem stawiać pacjentom pytania, czy chcą coś zmienić w swoim życiu i czy moja pomoc im się przyda. Kiedy wielu z nich zaczęło mówić o potrzebie leczenia substytucyjnego, zacząłem wspierać ich starania.

Jak oceniasz polskie dokonania na tym polu?

Kiedy mówimy o redukcji szkód, musimy zdefiniować zakres praktyczny działań na rzecz osób uzależnionych i ich bliskich oraz środowiska w jakim funkcjonują. Redukcję szkód można określić jako konstrukcję zbudowaną na czterech filarach:

- 1. Informacja o narkotykach** („drug education”) – to z jednej strony rzeczywista wiedza o złożonym działaniu różnych środków psychoaktywnych w interakcji z organizmem ludzkim, a z drugiej strony informacja, że: „towar, który dzisiaj sprzedaje „Diler Kwap” jest trefny, bo kilka osób miało zapaść”.
- 2. Wymiana igieł i strzykawek** – praca w środowisku („outreach work”), jako najskuteczniejszy sposób profilaktyki chorób przenoszonych drogą krwi (HIV, HCV, itd.).
- 3. Leczenie substytucyjne** – wśród wielu korzyści tych programów, jednym z ważnych jest dekryminalizacja osób uzależnionych.
- 4. Psychoterapia w redukcji szkód** (Harm Reduction Psychotherapy) – nowe podejście, gdzie psychoterapeuta nie wymaga od pacjenta bezwzględnej kilkumiesięcznej abstynencji, ale pracuje z nim wtedy, kiedy pacjent chce cokolwiek zmienić na lepsze w swoim życiu.

Polskie dokonania w obszarze redukcji szkód są bez wątpienia znaczące na tle dokonań w Europie.

Odnośnie informacji o narkotykach, mamy jeden z najlepszych w Europie biuletynów dla pacjentów i specjalistów, tworzony wspólnie przez specjalistów i pacjentów, dostępny także w Internecie: www.mnb.krakow.pl.

Odpowiednio wcześniej – jak na Europę Środkową i Wschodnią – wdrożone programy wymiany igieł i strzykawek (www.monar.kki.pl/programy/pneppi.html) bez wątpienia miały i mają wpływ na to, że ilość osób zakażonych HIV w Polsce jest dość niska w porównaniu z Ukrainą, czy Rosją.

Leczenie substytucyjne nie jest odpowiednio rozwinięte – ok. 1.000 osób w programach oraz kolejki oczekujących, to sytuacja fatalna. Mamy znakomite prawo w tym zakresie: nawet niepubliczne ZOZ-y mogą prowadzić leczenie substytucyjne, leczenie narkomanii dla pacjentów jest bezpłatne, dostęp do leczenia mają także osoby nieubezpieczone.

Słabość programów substytucyjnych i ich tak mały zakres działania wynika z braku zasobów ludzkich odpowiednio przygotowanych do prowadzenia takiego leczenia. Pewną rolę odgrywa także stanowisko konserwatywnych terapeutów, którzy negują wartość leczenia metadonem, jednak ich opinie – wobec faktów rzeczywistej skuteczności tej metody – tracą na znaczeniu, a ich grono coraz bardziej się kurczy.

Psychoterapia w redukcji szkód to w Polsce zupełna nowość. W dniach 21-23 maja 2007 odbyło się w Krakowie seminarium na ten temat, które prowadził Andrew Tatarsky z Nowego Jorku, współtwórca nowego podejścia do rozwiązywania problemów osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu.

Ogólnie rzecz ujmując jesteśmy na dobrej drodze, jeśli chodzi o realizację dobrych praktyk w zakresie redukcji szkód i jeśli je będziemy traktować jako komplementarne do działań w zakresie rehabilitacji, a nie jako konkurencję, to nasi pacjenci będą mieli większe szanse na poprawę jakości swojego życia.

Czy i jak zmienia się obiektywna sytuacja w Polsce w podejściu do koncepcji redukcji szkód w odniesieniu do osób uzależnionych?

Zasadniczym problemem jest „narkofobia” w wymiarze psychospołecznym – nieadekwatny lęk przed narkomanem i narkotykami. Zupełnie inaczej traktujemy alkoholika i alkohol – dajemy większe przyzwolenie, łatwiej usprawiedliwiamy. Jednak wobec powszechności eksperymentów z narkotykami w środowisku młodzieży, sytuacja ulega powolnym zmianom. Zasada wszystko albo nic, abstynencja albo śmierć, ulega modyfikacji w kierunku „każda pozytywna zmiana” („any positive change”) jest pożądana i akceptowana.

W większości krajów specjaliści do spraw narkomanii od lat powtarzają ważne pytanie: „Jak edukować polityków?”, by tworząc prawo nie tworzyli systemu wsparcia dla narkobiznesu. Sens ma depenalizacja posiadania nielegalnych środków psychoaktywnych na własne potrzeby osoby uzależnionej. Kryminalizacja tych osób

jest wynikiem narkofobii. A jeśli jeszcze uświadomimy sobie, że dostęp do narkotyków w aresztach i więzieniach jest powszechny, to już zupełnie niezrozumiałe jest zamykanie narkomanów w więzieniach.

Jakie są perspektywy rozwoju tego podejścia?

Głównym motorem rozwoju programów redukcji szkód są epidemie HIV i HCV w środowisku osób przyjmujących narkotyki. Informacje o narkotykach, bezpieczniejsze iniekcje sterylnym sprzętem należą do najskuteczniejszych profilaktyk epidemii HIV i HCV.

Jestem optymistą. Wierzę że wzrośnie ilość liderów, terapeutów, organizacji pozarządowych (w tym organizacji pacjentów) działających zgodnie z logiką programów redukcji szkód związanych z przyjmowaniem narkotyków.

A czy obserwujesz zmiany w swoim podejściu do tej koncepcji?

Moje widzenie sensu programów redukcji szkód jest wzmacniane przede wszystkim opiniami samych pacjentów korzystających z tych programów.

Po powrocie z 48 konferencji ONZ w 2005 r. z Wiednia, po tym jak zobaczyłem, jak politycy traktują problem narkomanii – bez szacunku dla pacjentów, napisałem krótką wykładnię adekwatnej postawy, którą rozumiem jako zintegrowane podejście:

Zintegrowane Podejście (ZP) to filozofia i praktyka pomocy osobom uzależnionym respektująca prawa i potrzeby pacjenta oraz zakładająca, że to pacjent i jego terapeuta razem decydują o zakresie i tempie pozytywnych zmian w przekonaniach, postawach i zachowaniach pacjenta. ZP równoprawnie traktuje „systemy abstynenckie” i „redukcję szkód”.

Czym zajmujesz się konkretnie w obszarze redukcji szkód?

Zainicjowałem program wymiany igieł i strzykawek w Krakowie. Pomagałem w przygotowaniu programu metadonowego realizowanego w mieście oraz w areszcie śledczym w Krakowie. Głównie zajmuję się szkoleniami specjalistów krajowych i zagranicznych. Nie uważam, że redukcja szkód jest jedyną słuszną metodą, zdecydowanie jestem za „zintegrowanym podejściem”, które daje szerokie uprawnienia pacjentowi i gdzie terapeuta nie jest „kontrolerem”, a staje się wobec pacjenta jego ważnym partnerem na wspólnej drodze wiodącej przez świat pacjenta, do

którego terapeuta został zaproszony i nie zapomina, co przystoi gościowi.

Jak oceniasz Konferencję Redukcji Szkód, która skończyła się kilka dni temu w Warszawie?

Była to trzecia konferencja, w której uczestniczyłem (poprzednio w Paryżu oraz na wyspie Jersey na Kanale La Manche). Mogę powiedzieć, że ta warszawska była dobrze zorganizowaną ogromną imprezą.

Jakie są najważniejsze osiągnięcia tej Konferencji?

Dużą wartość mają spotkania ludzi i ich pomysły oraz plany na współpracę. To znakomite źródło rozlicznych inspiracji, bodziec zwiększający motywację do nauki języków, w celu łatwiejszej komunikacji, a także możliwość poznania konkretnych projektów realizowanych w wielu środowiskach.

Podczas konferencji przedstawiciele organizacji pacjentów z wielu krajów, w tym z Polski, pracowali nad utworzeniem swojego „networku”. Uważam, że to bardzo ważny kierunek działania. Trudno bowiem przecenić rolę pacjentów w procesie tworzenia strategii pomocy dla nich. Jest to jedna z pryncypialnych zasad Redukcji Szkód. I znacznie łatwiej tę strategię omawiać i budować z osobami zorganizowanymi, mającymi świadomość swojej choroby. Kłopot jest taki, że wielu pacjentów utożsamia się ze swoją chorobą. Łatwiej jest powiedzieć: „narkoman” niż „osoba chora na narkomanię”. Rolą organizacji pozarządowych tworzonych przez pacjentów jest wzmacnianie tej świadomości, że pacjent może mieć wpływ na przebieg swojej choroby i może dokonać wielu pozytywnych zmian w swoim życiu.

W Polsce działa „WYZWOLENIE” – organizacja, którą utworzyli pacjenci programu metadonowego w Krakowie. Liderzy tej organizacji pomagają zorganizować się swoim kolegom korzystającym z leczenia substytucyjnego w innych miastach.

Czego zabrakło, co się nie udało?

Wadą konferencji była zaporowa cena wpisowego (ok. 600 Euro), dlatego uczestniczyło w niej zaledwie nieco powyżej 50 specjalistów z Polski. Dla 40 osób International Harm Reduction Development Program i organizatorzy konferencji obniżyli opłatę do 108 Euro. Szkoda, że tak niewiele osób z Polski wzięło w niej udział.

Czyje wystąpienia zrobiły na Tobie największe wrażenie?

Największe wrażenie robiły sesje filmowe – realistyczne, drastyczne obrazy szczególnie z krajów Europy Wschodniej (Festiwal Filmów Poświęconych Narkotykom i Redukcji Szkód towarzyszy Międzynarodowej Konferencji na temat Redukcji Szkód Zdrowotnych Wywołanych Przyjmowaniem Narkotyków już od czterech lat).

Co doradziłbyś organizatorom przyszłorocznej Konferencji, która ma się odbyć w Barcelonie?

Tanie wpisowe. Większy udział pacjentów. Tłumaczenia wystąpień na więcej języków.

Czy działalność związana z redukcją szkód wyczerpuje Twoją aktywność zawodową, czy robisz coś jeszcze?

Od 1993 roku staram się zbudować komplementarny system projektów i placówek dla osób uzależnionych w dużym mieście. Programy redukcji szkód nie wypełniają wszystkich oczekiwań pacjentów. Brakuje mam w Małopolsce ośrodka dla osób niepełnoletnich, ośrodka terapii przez sztukę, dziennych ośrodków terapii... mam jeszcze wiele do zrobienia.



18th International
Conference on the
Reduction of Drug
Related Harm



13 - 17 May 2007 - Warsaw - Poland

Przez ponad dwadzieścia lat idea Redukcji Szkód zyskiwała na całym świecie coraz większe uznanie jako najskuteczniejsza i najbardziej humanitarna strategia leczenia i pomagania narkomanom. Wydaje się jedynie kwestią czasu powszechne uznanie Redukcji Szkód za równoprawne dopełnienie podejścia opartego na całkowitej abstynencji.

„REDUKCJA SZKÓD – WIEDZA POPARTA DOŚWIADCZENIEM”

18 Międzynarodowa Konferencja na temat Redukcji Szkód Zdrowotnych Związanych z Przyjmowaniem Narkotyków

1. Dane ogólne

Konferencja, która odbyła się w dniach 13-17 maja 2007 roku w Warszawie, została zorganizowana przez **Conference Consortium**¹ i **Cranstoun Drug Services**² we współpracy z **International Harm Reduction Association**³. Jej głównym celem było spotkanie wszystkich instytucji i organizacji zaangażowanych w redukcję

szkód związanych z przyjmowaniem narkotyków. Ruch Redukcji Szkód⁴ oferuje alternatywne podejście do powszechnie stosowanych dziś programów związanych z narkotykami i leczeniem narkomanii. W pełni doceniając znaczenie programów skupionych na abstynencji i związanych z nimi poglądów, które przez długie lata leżały u podstaw zarówno międzynarodowego ustawodawstwa jak i działań organizacji pozarządowych.

¹ Brytyjskie konsorcjum organizacji pozarządowych (www.conferenceconsortium.org) stanowiące samodzielną organizacją powołaną przez organizacje zajmujące się redukcją szkód, związki zawodowe, organizacje zawodowe i państwowe z Wielkiej Brytanii.

² Brytyjska organizacja pozarządowa kierująca projektem Europejska Sieć Współpracy na rzecz Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcjom w Więzieniach (The European Network of Drugs and Infections Prevention in Prisons ENDIPP, www.endipp.net).

³ Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Redukcji Szkód (www.ihra.net) jest największą międzynarodową organizacją pozarządową promującą redukcję szkód w celu zminimalizowania negatywnych skutków ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych używania narkotyków.

⁴ Informacja na podstawie materiałów przygotowanych przez Biuro Konferencji (www.harmreduction2007.org).

Przedstawiciele ruchu redukcji szkód dostrzegają także, że całkowita abstynencja stanowi nieosiągalny cel dla wielu osób używających środków psychoaktywnych i że istnieje wobec tego pilna konieczność ograniczenia szkód, jakie może ze sobą nieść takie zachowanie – zarówno dla samych użytkowników, jak i dla całego społeczeństwa. Ta nowa idea okazała się być, w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci, konstruktywnym i realistycznym uzupełnieniem stosowanego dotychczas podejścia skupionego na abstynencji, doprowadziła w tym okresie do pozytywnych przemian społecznych i staje się teraz potężnym narzędziem promocji i ochrony zdrowia, stosowanym na całym świecie.

Ruch Redukcji Szkód stosuje różnorodne strategie mające na celu ograniczenie negatywnych konsekwencji przyjmowania narkotyków, obejmujących szeroki zestaw możliwości – od bezpieczniejszego przyjmowania do całkowitej abstynencji – jednocześnie biorąc pod uwagę społeczne, kulturowe, polityczne i ekonomiczne czynniki oddziałujące na każdego uzależnionego w celu zapewnienia mu możliwie jak najlepszej pomocy. Redukcja Szkód wspiera rozwiązania wielopoziomowe, opierające się zarówno na służbie zdrowia jak i na organizacjach społecznych, firmach prywatnych, organizacjach pozarządowych, grupach wsparcia, przedstawicielach prawa oraz zwolennikach idei sprawiedliwości społecznej, w celu lepszego zaspakajania zróżnicowanych potrzeb osób wymagających wsparcia. Ta wzrastająca różnorodność znacząco wspomogła implementację i efektywność technik Redukcji Szkód i będzie stanowiła kluczowy czynnik w przyszłym promowaniu środków związanych z tym ruchem. Dzięki swej skuteczności Redukcja Szkód stała się ruchem i ideologią na skalę światową, której cele obejmują takie kwestie zdrowotne jak zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych, zapobieganie przedawkowaniom, ograniczanie ogólnego stosowania narkotyków i kontrola innych możliwych szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem narkotyków i potencjalnego wpływu tych czynników na całe społeczeństwo. Spotkania takie, jak 18 Międzynarodowa Konferencja na temat Redukcji Szkód Zdrowotnych Wywołanych Przyjmowaniem Narkotyków oferują możliwość wymiany sposobów osiągnięcia powyższych celów w gronie profesjonalistów z całego świata oraz znalezienia nowych, skutecznych metod rozwiązywania problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.

2. Wrażenia z uczestnictwa

W ciągu pięciu dni trwania konferencji około 1200 uczestników z 82 krajów miało okazję zapoznać się z 600 prezentacjami. Widać było wyraźnie, iż międzynarodowa społeczność zajmująca się redukcją szkód zaczyna dostrzegać wagę problemów charakteryzujących kraje azjatyckie oraz byłego Związku Radzieckiego. Co jest zrozumiałe, jeśli weźmie się pod uwagę wskaźniki epidemiologiczne zakażeń HIV i zachorowań na AIDS w tych państwach. Często pojawiającym się w trakcie konferencji motywem były prawa człowieka, które omawiano w kontekście prawa uzależnionego do dostępu do leczenia substytucyjnego, użytkownika narkotyków do czystych igieł i strzykawek, uzależnionych chorych na AIDS do leczenia ARV (terapia antyretrowirusowa, której celem jest długofalowe zahamowanie replikacji wirusa HIV). Cechą charakterystyczną obrad – w przeciwieństwie do większości naukowych konferencji – było to, że niektóre z prezentacji miały emocjonalny charakter i wychodziły poza akademicki dyskurs. Ożywionym dyskusjom pomagała obecność osób z różnych środowisk – brali w niej udział m. in. lekarze, pacjenci, użytkownicy narkotyków, byli policjanci.

Tematyka redukcji szkód pojawiała się nie tylko w kontekście narkotyków, ale również tytoniu i alkoholu. Wyraźnie widać rozszerzanie filozofii redukcji szkód na nowe obszary. W trakcie konferencji prezentowano działania z zakresu ograniczania szkód spowodowanych alkoholem i papierosami. Już nie tylko użytkownicy narkotyków w środowisku miejskim są odbiorcami działań charakterystycznych dla tego podejścia, ale również użytkownicy środków psychoaktywnych np. w więzieniach, czy członkowie mniejszości etnicznych. Za mało widoczni byli reprezentanci naszego kraju – w trakcie 5 dni odbyły się tylko 4 polskie prezentacje. Niefortunnie zaplanowano termin polskiej sesji satelitarnej „Redukcja szkód po polsku” – odbyła się ona już po zakończeniu konferencji, przez co z niewątpliwie ciekawymi wystąpieniami nie zapoznali się zagraniczni goście. Szansa pokazania naszych osiągnięć będzie na następnej konferencji w Barcelonie, w 2008 roku.

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Redakcja

DZIAŁANIA Z ZAKRESU REDUKCJI SZKÓD W POLSCE I W EUROPIE

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii,
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Sytuacja w Europie

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii od kilku lat zbiera dane z programów redukcji szkód. Współpracuje też z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w celu wykorzystywania europejskiej metodologii do monitorowania polskiej sceny narkotykowej. Według danych Europejskiego Centrum szacowana liczba osób pozostająca w leczeniu substytucyjnym w krajach starej Unii osiągnęła około pół miliona pacjentów, przy czym niektórzy z nich byli w leczeniu tylko przez krótki czas. Wykres 1 pokazuje stały trend wzrostowy, począwszy od 1993 roku, liczby pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym. Według oszacowań EMCDDA w Europie jest około 1,5 miliona osób sięgających po opiaty, co oznacza, iż co trzeci użytkownik miał kontakt z leczeniem substytucyjnym. Dominującym środkiem w tego typu leczeniu jest metadon. Tylko co piąty klient programów substytucyjnych otrzymał buprenorfinę.

W Polsce jedynym lekiem podawanym w substytucji jest metadon. Jednakże zgodnie z Ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii istnieje możliwość użycia innych leków do substytucji, pod warunkiem ich wcześniejszej rejestracji.

Leczenie substytucyjne w Europie zostało wprowadzone w 1967 roku. Pierwszym krajem, który zastosował ten model leczenia, była Szwecja. Jednakże bycie prekursorem tego typu postępowania nie jest w tym przypadku równoznaczne z rozwojem liczby i zasięgu programów. W ciągu prawie 40 lat powstał w Szwecji tylko jeden kolejny program. Widać wyraźnie, że ten typ leczenia nadal nie jest szeroko dostępny. Podobna sytuacja ma miejsce w Stanach Zjednoczonych, gdzie programy substytucyjne zostały wprowadzone relatywnie wcześnie, ale ich zasięg od wielu lat pozostaje niezmienny – obejmuje 115 tysięcy pacjentów. Jest to niewiele więcej w stosunku do liczby sprzed 20 lat (Nadelman 2005).

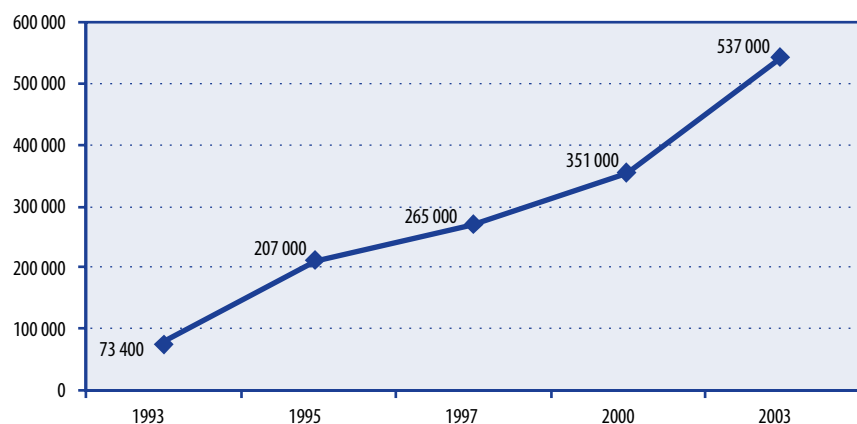
Oprócz metadonu w substytucji używa się także buprenorfiny, która została wprowadzona do leczenia 10 lat temu. Środek ten jest szeroko stosowany np. we Francji. W niektórych krajach (w Niemczech, Hiszpanii, Holandii i Wielkiej Brytanii) do substytucji stosowana jest heroina. Ta metoda nadal wzbudza kontrowersje.

Po 18 latach od pojawienia się w leczeniu metadonu w Europie wprowadzono nowy rodzaj programów redukcji szkód – wymianę igieł i strzykawek. W 1985 roku w Hiszpanii po raz pierwszy sfinansowano program wymiany ze środków publicznych. Wykres 2 pokazuje ilość krajów, które wprowadzały programy wymiany igieł i strzykawek w kolejnych latach. Widzimy duży wzrost powszechności tej metody redukcji szkód od połowy lat 80, kiedy również rozpoczęło się gwałtowne rozprzestrzenianie się wirusa HIV. Obecnie wszystkie kraje Unii Europejskiej (z wyjątkiem Cypru) prowadzą programy wymiany igieł i strzykawek oraz leczenie substytucyjne.

Sytuacja w Polsce – zmniejszenie się liczby programów wymiany oraz pojawienie się party workingu

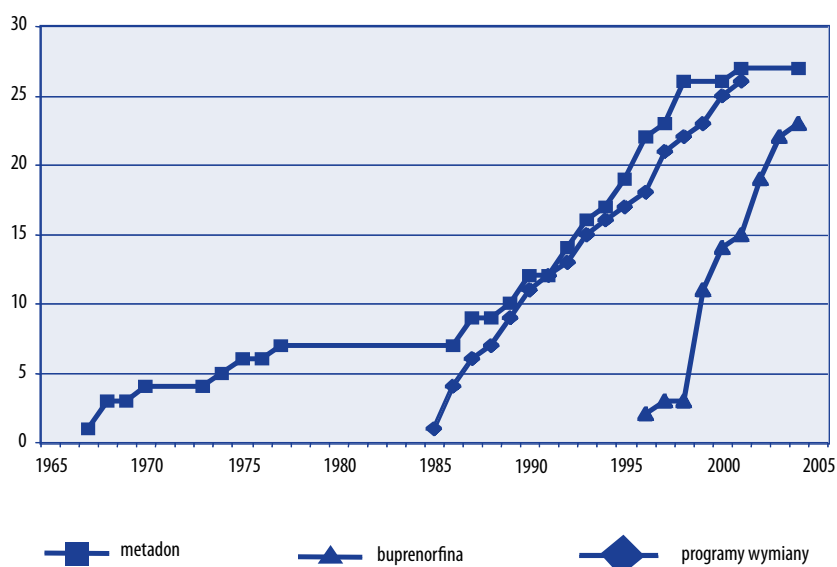
W ciągu ostatnich lat zmniejsza się w Polsce liczba programów wymiany igieł i strzykawek. Od kilku lat zaczęły rozwijać się za to programy party workingowe, realizowane w klubach, dyskotekach i barach, adresowane przede wszystkim do użytkowników narkotyków syntetycznych. W 2006 roku prowadzono 6 takich programów – w Warszawie, Lublinie, Poznaniu, Częstochowie, Krakowie i Szczecinie. Pierwsze cztery programy, finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, zostały poddane ewaluacji (Radomska i inni 2004). W Warszawie i Częstochowie programy realizowało Stowarzyszenie MONAR. W Lublinie program party workingowy prowadziło

Wykres 1. Liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym w Europie (EU-15) w latach 1993-2003.



Źródło: EMCDDA – National Reports by Reitox Focal Points (including Standard Table on Treatment in 2003)

Wykres 2. Wprowadzenie leczenia metadonowego, leczenia buprenorfiną i programów wymiany igieł i strzykawek w krajach UE i kandydujących oraz w Norwegii – liczba krajów (na osi Y) narasta kumulatywnie.



Źródło: Sprawozdanie Roczne – Stan problemu narkotykowego w Europie 2006. EMCDDA, Lizbona

Stowarzyszenie KUŹNIA, w Poznaniu – Stowarzyszenie SEDNO. Podstawowym celem podjętych działań była poprawa bezpieczeństwa uczestników imprez. Wyniki badania pokazały, że programy party workingowe są dobrze oceniane i uznawane za potrzebne zarówno przez uczestników imprez klubowych, jak i pracowników klubów. Badani widzieli potrzebę prowadzenia tego typu działań w klubach. Jednym z wniosków z badania była konkluzja, że dla dobrego funkcjonowania programu potrzebna jest współpraca z personelem klubu, w którym działania są prowadzone. Warto podkreślić, że polskie

programy realizowane były nie tylko na imprezach techno, ale również podczas koncertów rockowych.

Igły i strzykawki – regres czy progres?

Na zmniejszanie się liczby programów wymiany igieł i strzykawek ma wpływ szereg czynników. Na początek trzeba wziąć pod uwagę zmiany w Ustawie z 24 kwietnia 1997 o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzone w 2000 roku, które zaostriżyły prawo antynarkotykowe. W efekcie posiadanie każdej ilości narkotyków było złamaniem prawa. Do momentu nowelizacji ustawy w 2001 roku realizacja programów wymiany igieł i strzykawek mogła być w związku z tym traktowana jako aktywność lokująca się na granicy prawa (Krajewski 2005). W rezultacie środowiska konsumentów narkotyków przyjmowanych iniekcyjnie mogły zejść do tzw. podziemia. Zmiany zaostrażające prawo spowodowały również intensyfikację działań policyjnych, co mogło przełożyć się na zanikanie tzw. „bajzli”. Jeżeli nie ma specyficznych, stałych miejsc w przestrzeni miejskiej, gdzie przebywają iniekcijni użytkownicy narkotyków, trudno jest pracownikom ulicznym docierać do nich ze sprzętem do wymiany oraz edukacją i wsparciem. Nastąpił też wyraźnie widoczny coroczny wzrost liczby związanych z narkotykami przestępstw stwierdzonych (Malczewski 2006).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na zmniejszanie się liczby programów wymiany igieł i strzykawek jest niewielkie dofinansowanie tego typu działań ze strony władz samorządowych, co oznacza, że po zaprzestaniu finansowania przez Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest jednym z głównych podmiotów dofinansowujących programy wymiany.

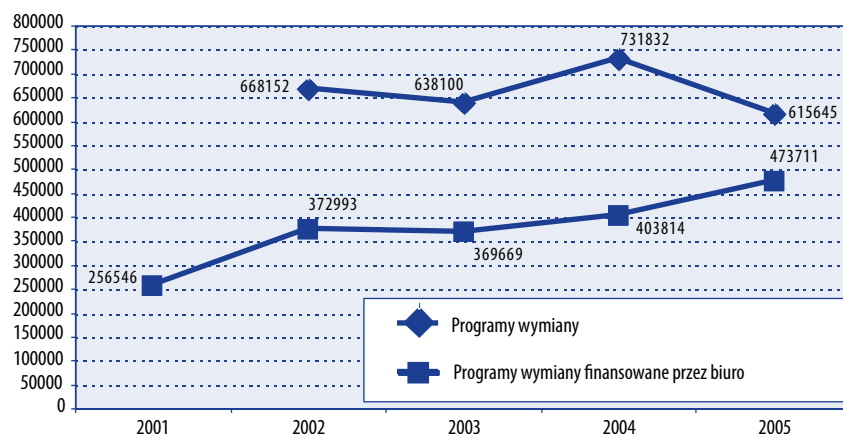
Ostatnim elementem, który mógł mieć wpływ na zmniejszenie się liczby programów, to zanikanie iniekcyjnego zażywania narkotyków. Nowe substancje

przyjmowane są przede wszystkim doustnie, a nie iniekcyjnie. W programach wymiany obserwuje się bardzo małe zmiany wśród ich klientów, co oznacza, że niewiele nowych osób trafia do programów (Osieck 2006). W niektórych miastach są to od wielu lat ci sami użytkownicy. Warto podkreślić, że w ostatnich latach przestały działać przede wszystkim mniejsze programy, które swoim zasięgiem obejmowały niewielkie liczby klientów. W 2007 roku nie ma już programów m.in. w Szczecinie, Toruniu, Poznaniu i kilku miastach na Śląsku, gdzie działania prowadzone były przez Stowarzyszenie WSPÓLNOTA. Rozwijają się za to duże programy w Krakowie i Warszawie, które wprowadzają nowe formy pomocy dla użytkowników narkotyków – tzw. „Drop-in”, czyli dzienne świetlice dla czynnych narkomanów. W Krakowie „Drop-in” przestał działać, ale w Warszawie i Wrocławiu istnieją tego typu miejsca. Koncentrując się na liczbach i porównując dane z lat 2002 i 2005 widzimy spadek liczby programów z 21 (w 2002) do 16 (w 2005), jak również liczby miast objętych tymi programami z 23 (w 2002) do 14 miast (w 2005). Jeżeli przyjrzymy się liczbie wymienianego sprzętu, to – pomimo spadku liczby programów – liczba dystrybuowanych igieł i strzykawek zmniejszyła się tylko nieznacznie.

Również liczba klientów w ostatnich dwóch latach raczej wzrasta niż maleje. Dane o liczbie klientów należy traktować jednak jako przybliżone. W trzech miastach prowadzone są po dwa programy wymiany i ich klienci najprawdopodobniej są liczeni podwójnie. Dokładne informacje o liczbie klientów będzie można uzyskać dopiero po wprowadzeniu nowego systemu zbierania danych z programów wymiany. Takiemu zakłóceniu nie ulegają inne wskaźniki np. dotyczące liczby kontaktów i liczby wymienionego sprzętu. Jak widać na wykresie 4 liczba klientów

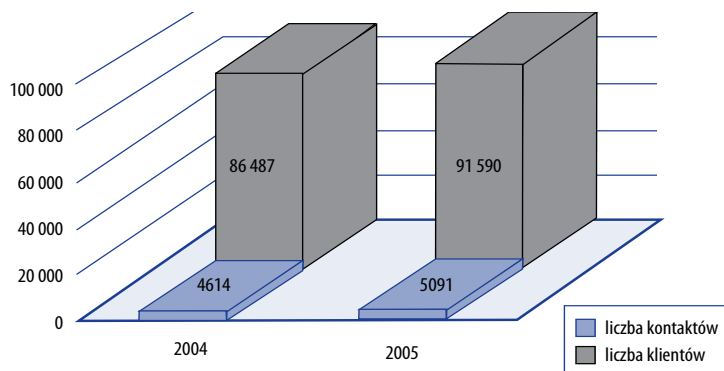
programów wymiany w 2005 roku wyniosła około 5 000, a liczba kontaktów 91 590. Czysty „sprzęt” można było otrzymać w 48 punktach wymiany – sta-

Wykres 3. Liczba igieł wydanych w Polsce w latach 2001-2005.



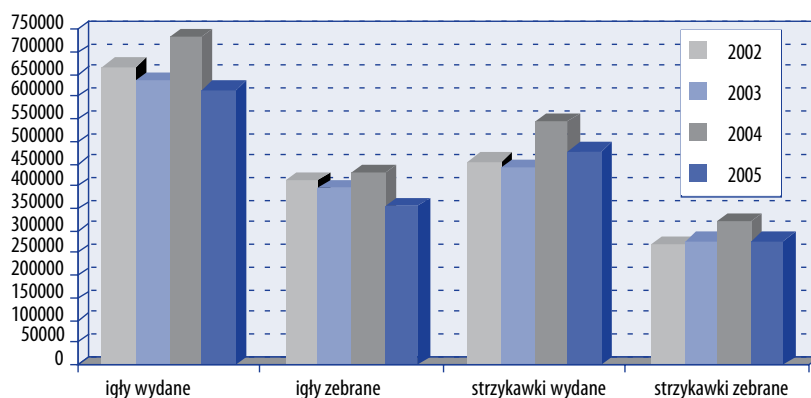
Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Wykres 4. Liczby klientów i kontaktów w programach wymiany igieł i strzykawek w 2004 i 2005 roku w Polsce.



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Wykres 5. Liczby zebranych i wydanych igieł i strzykawek w latach 2002-2005



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

cjonarnych i ulicznych. Dokładne dane w rozbiciu na województwa zawiera tabela 1.

W 2005 roku rozdano 615 645 igieł oraz 477 819 strzykawek, co stanowi nieznaczny spadek w stosunku do 2004 roku, który – jak widzimy na wykresie 5 – był w latach 2002 – 2005 rekordowym.

Metadon w Polsce

O ile w przypadku programów wymiany mamy do czynienia ze spadkiem ich liczby, to liczba programów leczenia substytucyjnego w Polsce wzrasta. Nadal jednak dostępność tych usług nie jest wystarczająca.

Przypomnijmy, że pierwszy program powstał w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w 1992 roku i początkowo miał charakter pilotażowy. Największy rozwój programów substytucyjnych nastąpił w latach 1995 – 2000.

Na zlecenie Urzędu Miasta Warszawy Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził badanie mające na celu oszacowanie istniejących potrzeb i zasobów (Moskalewicz i inni 2006). Potrzebę leczenia substytucyjnego w Warszawie oszacowano jako dotyczącą 1000 – 2000 nowych pacjentów. Według zebranych danych w trzech programach leczy się około 300 pacjentów, a średni czas oczekiwania na wejście do programu wynosi 60 tygodni (ponad rok!).

Na niewielki rozwój działań substytucyjnych ma wpływ zarówno małe zainteresowanie ze strony publicznych zakładów opieki zdrowotnej uruchamianiem nowych programów, jak i niewystarczające środki finansowe przeznaczane na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z tego ostatniego powodu nie zainicjowano m.in. programu w Gdańsku. W roku 2005 rozpoczęto jeden

nowy program terapii substytucyjnej w Łodzi, a w 2006 roku w Świeciu k/Torunia. Krajowe Biuro podejmowało i nadal podejmuje działania mające na celu powstawanie następnych programów. W 2005 roku na zlecenie i przy wsparciu Krajowego Biura Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym przeprowadziło seminarium pt. „Centra metadonowe w Polsce – III seminarium operatorów i kandydatów”. Celem spotkania była wymiana doświadczeń oraz zapoznanie się z wynikami najnowszych badań naukowych dotyczących terapii substytucyjnej. W Łodzi Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził dwudniowy kurs dla realizatorów programu leczenia substytucyjnego pt. „Leczenie substytucyjne metadonem”. W ramach projektu Phare 2003 i realizowanej umowy bliźniaczej pomiędzy Krajowym Biurem a Ministerstwem Zdrowia i Zabezpieczenia Socjalnego RFN zorganizowano także dwie wizyty studyjne dotyczące programów leczenia substytucyjnego w Niemczech.

W efekcie w trakcie realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002 – 2005 powstały dwa nowe programy. W roku 2006 prowadzono 12 programów, które objęły około 1 220 pacjentów.

W trakcie ostatniej konferencji HIV/AIDS, organizowanej corocznie w Warszawie przez Krajowe Centrum i Fundację Res Humane, odbyła się sesja poświęcona m.in. planom uruchomienia nowych programów metadonowych w Warszawie. Omawiano również przeszkody i trudności występujące przy tworzeniu programów substytucyjnych. Za jedną z barier uznano brak odpowiednio przygotowanego personelu – zarówno lekarzy jak i pielęgniarek.

Leczenie substytucyjne oferowane jest również więzniom. Obecnie funkcjonują trzy takie programy. Liczba pacjentów przebywających w zakładach karnych, ob-

Tabela 1. Programy wymiany igieł i strzykawek w 2005 roku

województwo	liczba programów	liczba miast	liczba punktów wymiany	liczba klientów	liczba kontaktów	igły wydane	igły zebrane	strzykawki wydane	strzykawki zebrane
dolnośląskie	6	5	20	755	12 077	79 365	34 495	78 137	33 018
lubelskie	1	1	6	166	1 506	7 017	6 556	7 017	6 756
małopolskie	2	1	5	925	7 384	67 729	47 270	47 121	35 191
mazowieckie	2	1	5	2 598	60 994	314 653	190 987	254 200	149 134
pomorskie	1	1	4	384	3 983	34 227	31 783	27 299	24 642
śląskie	2	3	6	83	2 965	83 074	25 912	43 250	21 394
warmińsko-mazurskie	1	1	1	131	2321	16 020	5 086	16 055	3 671
zachodniopomorskie	1	1	1	49	360	13 560	10 848	7 470	3 792
Suma	16	14	48	5 091	91 590	615 645	352 937	477 819	277 598

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

jętych substytucją, wynosi około 40 osób. Programów w więzieniach mogłoby być znacznie więcej, jednak główną przeszkodą w ich uruchamianiu jest brak możliwości zapewnienia osadzonemu kontynuacji leczenia na wolności.

Redukcja szkód w Polsce – środki finansowe

W 2005 roku Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) przestał dofinansowywać w Polsce programy wymiany i party workingowe. Obecnie finansowane są one przede wszystkim ze środków samorządowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Centrum Informacji zbiera corocznie informacje o realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Z danych tych wynika, że zaangażowanie gmin i powiatów we wspieranie aktywności mających na celu redukcję szkód jest niewielkie, chociaż jedno z zadań Krajowego Programu dotyczy rozwijania programów redukcji szkód.

W 2005 roku programy redukcji szkód zdrowotnych realizowano w 12 powiatach. W sumie wydano na ten cel 323 272 zł. Ponadto zadanie było realizowane przez 18 gmin, które na programy ograniczania szkód zdrowotnych przeznaczyły po – średnio – 26 719 zł. Połowa gmin wydała więcej niż 9 106 zł. W sumie gminy przeznaczyły na realizację zadania 480 947 zł. Krajowe Biuro w 2005 roku przeznaczyło na redukcję szkód 526 300 zł, a w roku 2006 – 556 800 zł. Największe środki na redukcję szkód przeznacza Narodowy Fundusz Zdrowia, który finansuje programy leczenia substytucyjnego. W 2005 rok była to suma 5 825 815 zł.

Zmiany prawne, czyli wsparcie dla nowych programów

Zmiany prawne wprowadzone z inicjatywy Krajowego Biura mają na celu stworzenie lepszych warunków do inicjowania nowych programów przez organizacje pozarządowe. Na mocy Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. uprawnienia do prowadzenia leczenia substytucyjnego, po spełnieniu warunków gwarantujących odpowiedni standard świadczeń, zostały nadane niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej. Wprowadzenie tego przepisu pozwala organizacjom pozarządowym na uruchamianie programów metado-

nowych, co może przyczynić się do zwiększenia liczby podmiotów udzielających tego typu świadczeń oraz zwiększenia dostępności leczenia tego rodzaju. Wydaje się, że wysiłki różnych podmiotów zaczęły przynosić w końcu rezultaty. W 2007 roku powstały dwa nowe programy metadonowe w Warszawie oraz jeden we Wrocławiu. Jednym z celów nowego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010, jest zwiększenie liczby programów substytucyjnych.

Warto podkreślić, iż cel ten – jako jedyny w Krajowym Programie – ma wskaźnik liczbowy. Zakłada on, iż na zakończenie realizacji Krajowego Programu 20% osób uzależnionych od opiatów powinno być objętych leczeniem substytucyjnym.

Bibliografia

- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) (2006). Sprawozdanie Roczne – Stan problemu narkotykowego w Europie 2006. EMCDDA, Lizbona.
- Krajewski, K. (2005). Prawo wobec narkotyków i narkomanii. W: *Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka*, Malinowska – Semprucha, K. (redakcja), International Debate Education Association, Warszawa.
- Minister Zdrowia (2005). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2004, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Minister Zdrowia (2006). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2005. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2002). Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005, Warszawa.
- Malczewski, A. (2006). Przestępczość narkotykowa oraz aktywność instytucji zaangażowanych w redukcję podaży. *Serwis Informacyjny Narkomania* 3 (34).
- Moskalewicz, J., Sierosławski, J., Bujalski, M. (2006). Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Nadelman A. E. (2005). Zdroworozsądkowa polityka narkotykowa. W: *Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka*, Malinowska – Semprucha, K. (redakcja), International Debate Education Association, Warszawa.
- Radomska, A., Kocoń K., Malczewski A., Okulicz-Kozaryn K., Sierosławski J. (2004). Ocena funkcjonowania i efektów programów profilaktyki narkomanii realizowanych w dyskotekach i klubach. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Osieck (2006). Zapis z wywiadu grupowego przeprowadzonego podczas spotkania dot. programów redukcji szkód w Osiecku – maszynopis dostępny w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.
- Ustawa z dnia 24 czerwca 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. Nr 24, poz. 198).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485).

Artykuł wskazuje czynniki odpowiedzialne za rozprzestrzenianie się konsumpcji grzybów halucynogennych pod koniec lat 90. Omówiono pokrótce efekty ich zażywania. Dokonano także przeglądu zmian legislacyjnych dotyczących grzybów halucynogennych w krajach członkowskich UE

GRZYBY HALUCYNOGENNE W ZBLIŻENIU

Beata Policha

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii,
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wprowadzenie

Zainteresowanie problemem zażywania grzybów halucynogennych wynikać może z istniejącej w niektórych krajach możliwości otwartego handlu tym narkotykiem oraz ze zmian przepisów, które zostały wprowadzone, aby tego procederu zakazać. Nie znamy trendów zażywania tego narkotyku. Prowadzone są badania, które mają na celu ich ujawnienie, a także ocenę niebezpieczeństwa dalszego rozprzestrzeniania się ich konsumpcji. Jednak wyniki badań prowadzonych standardowymi metodami nie wychwytyją trendów tak szybko, jak się one zmieniają. Dlatego też istnieje konieczność uzupełniania badań analizami danych z Internetu, a także innych mediów. Grzyby halucynogenne naturalnie występują w ponad 100 gatunkach, w większości których podstawowymi składnikami o działaniu halucynogennym są psylocybina i psylocyna. Prawie wszystkie są małe i mają brązową i jasnobrązową barwę. Są też podobne do kilku gatunków grzybów niejadalnych lub trujących, które nie mają właściwości psychoaktywnych. Nazewnictwo grzybów, których spożycie powoduje wystąpienie reakcji halucynogennych, wywołuje kontrowersje pomiędzy ekspertami a ich użytkownikami. W poprzednich okresach były one określane jako psychodeliczne (czyli otwierające umysł), psychomimetyczne (przypominające psychozę), psychodysleptyczne (rozbijające umysł) lub halucynogenne (wywołujące halucynacje). Nazwy te niosą ze sobą różnego rodzaju konotacje. Społeczność ekspertów naukowych preferuje nazwę „halucynogenne”, natomiast użytkownicy – „psychodeliczne”. W praktyce obie te nazwy używane są wymiennie. Termin „halucynogenne” odnosi się do halucynacji, jakie powoduje zażywanie tych grzybów. Jednak według niektórych naukowców nie jest on w pełni adekwatny, jako że efekty zażywania tych grzybów to bardziej zniekształcenie procesów percepcji niż halucynacje.

Towarzyszy im zmiana myślenia, nastroju, mogą również wystąpić zmiany w integracji osobowości (Gossop 1993; Pechnick i Ungerleider 2005).

Dostępność grzybów na rynku detalicznym

Grzyby halucynogenne początkowo używane były w małych, zamkniętych grupach artystów (w latach 50-tych XX wieku). Ich upowszechnienie w populacji generalnej nastąpiło dopiero w latach 90-tych poprzez smart shops¹, sklepy internetowe i stragany. Rozpowszechnianie grzybów halucynogennych zostało zdominowane przez Holandię i Wielką Brytanię. Na początku XXI wieku w Wielkiej Brytanii istniało około 300 sklepów i straganów, które sprzedawały grzyby halucynogenne. Szacuje się, że roczny obrót grzybami halucynogennymi w Wielkiej Brytanii w 2005 r. wyniósł około 1 mln funtów. W Holandii istnieje od 120 do 150 smart shops. Jak wykazały badania przeprowadzone w 2000 r. grzyby halucynogenne mogą stanowić nawet do 50% obrotu tych sklepów. Nie wiemy zbyt wiele o dostępności grzybów w innych krajach Unii Europejskiej. W Pradze pojawiły się próby sprzedawania grzybów pod nazwą „dóbr aromatycznych i dekoracyjnych”. Sprzedawano je z ulotką ostrzegającą przed spożywaniem, co pozwoliło dystrybutorom uniknąć odpowiedzialności prawnej. Rozprzestrzenianiu się grzybów pomógł też wzrost popularności Internetu, gdzie ich zwolennicy promowali je, udzielając szerszej grupie potencjalnych użytkowników informacji o sposobach hodowli. W Internecie można znaleźć informacje dotyczące wyglądu grzybów, sposobów ich używania, a także wymienić się doświadczeniami z innymi użytkownikami tego

¹ Smart shops - sklepy specjalizujące się w sprzedaży „naturalnych” substancji psychoaktywnych, a także związanej z nimi literatury i akcesoriów.

narkotyku². Strony internetowe poświęcone tej problematyce są tworzone przez organizacje pozarządowe, osoby zażywające grzyby lub lobbujące na ich rzecz. Podkreślane są pozytywne aspekty zażywania grzybów, a bagatelizowane negatywne. Zamieszcza się tam również informacje dotyczące efektów zażywania, składu chemicznego, dawek, klasyfikacji grzybów oraz regulacji prawnych. Niektóre ze stron www publikują porady dotyczące tego, jak je uprawiać i jak je zbierać. Prezentowane są zdjęcia różnych odmian grzybów. Można też wymieniać się informacjami dotyczącymi źródeł zaopatrzenia. Sklepy internetowe zamieszczają informacje o zagrożeniach dla zdrowia wiążących się z zażywaniem grzybów halucynogennych. Większość ostrzega przed spożywaniem grzybów podczas stosowania leków lub w połączeniu z alkoholem czy innymi narkotykami. Nalepka znajdująca się na opakowaniu paczki *Psilocybe cubensis* zakupionej w Holandii w lutym 2006 ostrzega przed zażywaniem znajdujących się w niej grzybów przez osoby poniżej 18 roku życia, kobiety w ciąży, osoby zażywające leki, chore psychicznie, prowadzące samochód lub operujące maszynami. Ostrzega także przed zażywaniem zawartości opakowania w połączeniu z alkoholem. W styczniu 2006 – przy użyciu wyszukiwarek google i altavista – zidentyfikowano 39 sklepów internetowych oferujących grzyby halucynogenne. Większość z nich (82%) znajdowało się w Holandii, 4 sklepy w Austrii i 2 w Niemczech. Zidentyfikowano również jedną stronę polską (www.narkus.pl) z zamieszczoną na niej informacją, że grzyby są chwilowo niedostępne. Wiele z tych stron ma kilka wersji języ-

kowych (najczęściej niemiecką, francuską i angielską). Większość oferuje przesyłkę także poza granice kraju. Oferta wyłącza jednakże te kraje, gdzie sprzedaż grzybów halucynogennych jest zabroniona.

Konsumpcja grzybów halucynogennych wśród bywalców klubów muzycznych i innych grup społecznych

Na przestrzeni lat 1999-2004 zostały przeprowadzone badania w Belgii, Francji, Holandii, Wielkiej Brytanii, na Węgrzech i we Włoszech wśród bywalców klubów muzyki elektronicznej i festiwalów muzycznych. Pomimo dużych rozbieżności w odsetkach osób zażywających

Na przestrzeni lat 1999-2004 zostały przeprowadzone badania w Belgii, Francji, Holandii, Wielkiej Brytanii, na Węgrzech i we Włoszech wśród bywalców klubów muzyki elektronicznej i festiwalów muzycznych. Pomimo dużych rozbieżności w odsetkach osób zażywających grzyby halucynogenne w poszczególnych krajach wszędzie zaobserwowano wśród bywalców klubów muzycznych znacznie wyższy odsetek osób eksperymentujących z grzybami w porównaniu z populacją generalną i wśród ogółu uczniów. Zauważono również, że grzyby częściej używane są przez osoby, które wcześniej eksperymentowały już z innymi substancjami psychoaktywnymi niż wśród osób bez takich doświadczeń.

grzyby halucynogenne w poszczególnych krajach (9% klubowiczów na Węgrzech zażywało grzyby choć raz w życiu, we Francji ten odsetek wyniósł 55%), wszędzie zaobserwowano znacznie wyższy odsetek osób eksperymentujących z grzybami wśród bywalców klubów muzycznych w porównaniu z populacją generalną i wśród ogółu uczniów. Zauważono również, że grzyby częściej używane są przez osoby, które wcześniej eksperymentowały już z innymi substancjami psychoaktywnymi w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń. Według danych zebranych w Wielkiej Brytanii 24% badanych by-

walców klubów muzyki elektronicznej zażywało grzyby halucynogenne choć raz w życiu. W grupie bywalców klubów, którzy używali innych substancji psychoaktywnych, odsetek użytkowników grzybów halucynogennych wyniósł 44%. Badania populacji generalnej przeprowadzone w 12 krajach członkowskich UE w latach 2000-2004 wskazują, że wśród osób w wieku od 15 do 24 lat grzyby halucynogenne używane były – w zależności od kraju – przez od mniej niż 1% badanych do 8%. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Holandii, Czechach, Wielkiej

² Strony internetowe, gdzie można znaleźć tego typu informacje to: www.mushroom.dk, www.champis.fr.tc, www.daath.hu, www.gratisweb.com/delysid, www.enteogeneos.com.sapo.pt, www.drogy.jinak.cz/houbicky, www.mushroom.org, www.shroommap.tk, www.magic-mushrooms.net.

Brytanii, Niemczech i Irlandii, najniższe na Litwie, Węgrzech, we Francji i w Polsce. Badania ESPAD (prowadzone w różnych krajach UE w 2003) wykazały, że od 4% do 28% uczniów w wieku 15-16 lat uznało, że grzyby halucynogenne byłyby dla nich bardzo łatwe lub łatwe do zdobycia. Dla mniej niż 10% respondentów zdobycie grzybów byłoby łatwe bądź bardzo łatwe na Cyprze, w Finlandii, w Grecji, na Węgrzech, Litwie, Łotwie, w Rumunii i Turcji, natomiast powyżej 20% ankietowanych odpowiedziało na pytanie twierdząco w Czechach, Irlandii, Włoszech, Wielkiej Brytanii i Polsce. Pomimo tego, że w Holandii prawo nie nakłada sankcji za używanie grzybów halucynogennych, to odsetek odpowiedzi „łatwo” bądź „bardzo łatwo” na pytanie o dostępność wyniósł 16%. Badania przeprowadzone w 2005 r. wśród uczniów w wieku 15-18 lat w Polsce wykazały, że 3,6% badanych zażywało grzyby co najmniej raz w życiu (2,9% wśród 15 i 16-latków, 4,3% wśród 17 i 18-latków). Na pytanie o dostępność tego narkotyku 8,5% uczniów w wieku 15 i 16 lat odpowiedziało „bardzo łatwy do zdobycia”, odsetek podobnych odpowiedzi wśród 17 i 18-latków wyniósł 12,5% (2006 National Report). Badania Risk Assessment przeprowadzone w 2000 r. w Holandii wykazały, że eksperymenty z grzybami nie są zaliczane do szczególnie przyjemnych i dlatego często po kilkukrotnym ich użyciu osoby eksperymentujące zaprzestają ich zażywania.

Regulacje prawne

Konwencja ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r. reguluje kwestie dotyczące psylocyliny i psylocyny. W latach 2001-2006 sześć państw UE – Dania, Holandia, Niemcy, Estonia, Wielka Brytania oraz Irlandia – zaostrzyły przepisy dotyczące grzybów halucynogennych. Wcześniej przepisy irlandzkie i brytyjskie stanowiły, że grzyby są nielegalne wtedy, gdy zostały przetworzone lub spreparowane, co wskazuje na zamiar ich zażywania. Smart shops wykorzystywały tę lukę i zaczęły sprzedawać świeże grzyby. Doprowadziło to do zmian przepisów i w 2005 r. w Wielkiej Brytanii uznano grzyby halucynogenne za nielegalne bez względu na postać, w jakiej są rozprowadzane. W Grecji, we Włoszech, na Cyprze i Litwie początkowo zakazano uprawiania roślin, z których można było uzyskać substancje odurzające. Jednakże nie było jasności co do tego, czy grzyby to roślina, więc termin „roślina” został

zastąpiony sformułowaniem „substancje organiczne”. Zaostrzenie przepisów miało wpływ na wielkość internetowej sprzedaży tego produktu. Analiza rynku substancji psychoaktywnych dostępnych w Internecie wykazała, że grzyby zostały zastąpione legalnymi, choć jeszcze bardziej toksycznymi substancjami, takimi jak muchomor czerwony (*Amanita muscaria*) czy muchomor plamisty (*Amanita pantherina*). Muchomor czerwony zawiera takie substancje psychoaktywne, jak muscinol, kwas ibotenowy, muskazon. Odurzenie, jakie występuje po wypiciu wywaru z muchomorów czerwonych lub po zjedzeniu pokrojonych i ususzonych jego kawałków, przypomina w początkowej fazie stan upojenia alkoholowego³.

Konsekwencje zażywania grzybów

Siła działania grzybów zależy od gatunku, pochodzenia i warunków, w jakich rosły. Efekty zażywania grzybów zależą od dawki, indywidualnej wrażliwości na psylocybinę, a także wcześniejszych doświadczeń z innymi narkotykami. Subiektywne efekty zażycia grzybów obejmują stany łagodnego uczucia zrelaksowania (podobnie jak w przypadku cannabis), zawrotów głowy, roztargnienia, lekkomyślności, trudnego do opanowania śmiechu, przypływu energii, szczęścia, euforii, a także halucynacji. Może pojawiać się też uczucie zmęczenia, brak koordynacji ruchowej, uczucie strachu, brak poczucia czasu i odległości, depersonalizacja i ataki paniki. W zależności od pojawiających się efektów wyróżnia się „bad trips” i „good trips”. „Good trips” są kojarzone przez użytkowników z uczuciem odprężenia, umysłowym pobudzeniem, wyobrażeniem nowych perspektyw, pomysłów, poglądów, euforycznym stanem emocjonalnym. Jednakże negatywne odczucia fizjologiczne, pojawiające się nawet podczas „good trips”, takie jak zawroty głowy, wymioty, bóle mięśni, drgawki, bóle brzucha, rozszerzenie źrenic, wzrost ciśnienia krwi sprawiają, że nie należą one do bardzo popularnych narkotyków.

Często trudno jest zdiagnozować zatrucie grzybami halucynogennymi bez informacji od przyjaciół bądź rodziny zatrutego o tym, że jest on pod wpływem tych produktów. Pierwsza pomoc ogranicza się często do zapobiegania samookaleczeniu lub okaleczeniu kogoś innego. Śmierć spowodowana zażyciem grzybów zdarza się rzadko, w zasadzie tylko wtedy, gdy amato-

³ Źródło: narkotyki.esculap.pl/grzyby.htm#2

rzy grzybów spożyją zamiast halucynogennego jeden z trujących gatunków. Zażywanie grzybów wiąże się głównie z ryzykiem pogorszenia zdrowia psychicznego. W przypadku „*bad trips*” osoby odurzone są nadzwyczaj pobudzone, zdenerwowane, zdezorientowane, mają zaburzoną koncentrację i zdolność oceny sytuacji. W poważniejszych przypadkach mogą mieć miejsce ostre stany psychotyczne, przerażające wizje, ostre stany paranoidalne lub utrata kontaktu z rzeczywistością. Po „*bad trips*” często pojawia się osłabienie, smutek, depresja, paranoiczna interpretacja rzeczywistości. Ten stan może trwać nawet do kilku miesięcy. Zażywanie grzybów może też spowodować uaktywnienie ukrytych zaburzeń osobowości.

Konkluzje

Działania prewencyjne i inicjatywy mające na celu redukcję ryzyka związanego z używaniem grzybów halucynogennych powinny być podejmowane wobec bywalców klubów muzyki elektronicznej i innych imprez muzyczno-tanecznych. Pomimo tego, że w niektórych krajach grzyby halucynogenne są niemalże tak często używane jak ekstazy, to czynnikami hamującymi ich

rozprzestrzenianie się może być fakt, iż są one trudniejsze do zażywania w porównaniu z tabletkami i to, że są one niesmaczne. Badania wykazały, że powtarzalne albo regularne używanie grzybów jest rzadziej spotykane niż używanie takich narkotyków stymulujących jak kokaina i amfetamina oraz innego halucynogenu – LSD.

Ostatnio wprowadzone zmiany legislacyjne w niektórych krajach UE, polegające na zakazie sprzedaży grzybów zawierających psylocybinę i psylocynę, spowodowały większe zainteresowanie ich legalnymi odpowiednikami, które są wysoce toksyczne i niosą za sobą duże ryzyko śmiertelnego zatrucia. Dlatego też należy monitorować wprowadzanie środków zaradczych, w celu ograniczenia wystąpienia niezamierzonych negatywnych konsekwencji.

Bibliografia

1. Gossop, 1993; Pechnick i Ungerleider, 2005 za „Hallucinogenic Mushrooms: an Emerging Trend Case Study”, EMCDDA 2006, Lisbona.
2. 2006 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point.
3. Hallucinogenic Mushrooms: an Emerging Trend Case Study. EMCDDA 2006, Lisbona.
4. Niepublikowane materiały z EMCDDA do „*Drugs in Focus*”.

Akty prawne regulujące zasady obowiązujące w placówkach oświatowych, dotyczące bezpieczeństwa uczniów, picia alkoholu, palenia papierosów lub używania innych substancji psychoaktywnych, nakładają na szkoły m. in. obowiązek podejmowania działań profilaktycznych (zapobiegawczych), wychowawczych i interwencyjnych.

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ W SZKOLE

*Dorota Macander - psycholog, nauczyciel-konsultant
w Pracowni Profilaktyki Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej
w Warszawie*

Wprowadzony przez MENiS obowiązek opracowania i realizowania przez szkołę Szkolnego Programu Profilaktyki (D.U. Nr 51., poz. 458 z 2002 roku) stworzył szansę uporządkowania i podwyższenia poziomu profesjonalizmu działań profilaktycznych. Wśród wielu z nich profilaktyka używania substancji psychoaktywnych ma najdłuższą tradycję i bogaty zasób doświadczeń.

Co to jest profilaktyka

Termin „**profilaktyka**” rozumiany jest jako: „*działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom. Ogólnie: stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof itp.*” (Mały Słownik Języka Polskiego 1997).

Można także przyjąć, że profilaktyka to działanie, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub

rozwojowi niekorzystnego zjawiska. Jest też jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ta ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczenia. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze, konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk.

Zgodnie z takim rozumieniem **profilaktyka używania substancji psychoaktywnych** to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie ludzi młodych – eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami.

Inna definicja przedstawia profilaktykę uzależnień również jako zmniejszanie strat związanych z używaniem środków odurzających poprzez ograniczanie do minimum potencjalnych szkód, jakich mogą doznawać osoby używające substancji psychoaktywnych.

W tym najszerszym ujęciu profilaktyka pojmowana jest jako postępowanie zapobiegające różnorodnym problemom, które towarzyszą używaniu substancji psychoaktywnych.

Poziomy profilaktyki

Dzieci i młodzież w różnym stopniu narażone są na ryzyko użycia legalnych lub nielegalnych środków uzależniających i wynikające z tego szkody (więcej w: J. Szymańska 2002). Odpowiednio do stopnia ryzyka profilaktyka prowadzona jest na trzech poziomach. Mając na uwadze uczniów można przedstawić je następująco (tradycyjny podział w literaturze według klasyfikacji WHO).

Profilaktyka pierwszorzędowa adresowana jest do grupy niskiego ryzyka, czyli na przykład do całej społeczności szkolnej. Działania podejmowane w jej ramach kierowane są do ludzi zdrowych i wspomagają prawidłowe procesy rozwoju fizycznego i psychicznego. Mają na celu promocję zdrowego stylu życia, opóźnienie wieku inicjacji, a przez to zapobieganie lub zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych.

Na tym poziomie oddziaływań ważne jest rozwijanie różnych umiejętności, które pozwolą każdemu radzić sobie

z trudnymi sytuacjami życiowymi i z przeżywanymi w związku z nimi emocjami.

Realizatorami działań i programów profilaktycznych są przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów i pedagogów szkolnych, a terenem tych działań jest głównie szkoła. Jeśli w środowisku lokalnym wypracowana została spójna strategia profilaktyczna, szkoła jest jednym z wielu terenów działań.

Profilaktyka drugorzędowa adresowana jest do grupy podwyższonego ryzyka, do osób przejawiających pierwsze objawy dysfunkcji (zaburzeń). Przykładem mogą być uczniowie eksperymentujący ze środkami odurzającymi.

Celem działań profilaktycznych na tym poziomie jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, tworzenie warunków, które umożliwią wycofanie się z zachowań ryzykownych.

Na terenie szkoły realizatorami działań są przede wszystkim socjoterapeuci, psycholog szkolni, wykwalifikowani trenerzy. Zajęcia profilaktyczne prowadzone są wobec pojedynczych uczniów lub określonych grup, najczęściej w poradniach psychologicznych – pedagogicznych i profilaktycznych, klubach lub świetlicach socjoterapeutycznych.

Profilaktyka trzeciorzędowa adresowana jest do grupy wysokiego ryzyka, do osób, u których występują już rozwinięte symptomy choroby (zaburzeń), na przykład uzależnienie od narkotyków.

Działania prowadzone na tym poziomie mają na celu zablokowanie pogłębiania się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Z jednej strony przeciwdziałają nawrotowi zaburzeń, z drugiej umożliwiają osobom uzależnionym prowadzenie życia akceptowanego społecznie (Z. B. Gaś 1993, 2003; B. Kałdon 2003).

Na tym poziomie profilaktyka prowadzona jest przez lekarzy specjalistów, psychologów, psychoterapeutów, rehabilitantów, pracowników socjalnych, specjalistów z zakresu resocjalizacji itp. Działania profilaktyczne są podejmowane obok lub po zakończeniu specjalistycznej terapii (np. odwykowej).

W ostatnich latach promowany jest w polskiej literaturze przedmiotu inny podział poziomów działań profilaktycznych.

Profilaktyka uniwersalna – kierowana do wszystkich uczniów w określonym wieku bez względu na stopień

ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych i dotycząca zagrożeń znanych, rozpowszechnionych w znacznym stopniu – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych.

Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji itp.).

Celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych. W dużej mierze działania profilaktyczne skupiają się na tworzeniu wspierającego, przyjaznego klimatu szkoły, który pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne i poczucie wartości, motywację do osiągnięć zarówno uczniów jak i nauczycieli. Działania te umożliwiają także czynny udział rodziców w życiu szkoły.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka, wymagająca dobrego rozpoznania tych grup uczniów w społeczności szkolnej. Informacje o uczniach szkoła gromadzi w toku codziennego procesu edukacji. Szczególnie dotyczy to uczniów z deficytami poznawczymi, z rodzin dysfunkcyjnych itp.

Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka organizowane są indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia).

Profilaktyka wskazująca – kierowana do osób wysokiego ryzyka – to działania wymagające specjalistycznego przygotowania, polegające na terapii, interwencji, bądź leczeniu dzieci i młodzieży z symptomami zaburzeń.

Na tym poziomie, w „profilaktykę” częściej angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej (K. Ostaszewski, A. Borucka 2005).

Strategie profilaktyczne

Profilaktyka realizowana jest poprzez stosowanie określonych strategii profilaktycznych.

Celem **strategii informacyjnej** jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów. U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, zwłaszcza

młodzi, zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. W związku z tym dostarczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu lub odurzania się narkotykami ma spowodować zmianę postaw i w konsekwencji niepodejmowanie zachowań ryzykownych.

Strategia edukacyjna ma pomóc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom ze strony otoczenia itp.). U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z powodu braku umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Te deficyty uniemożliwiają budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, uniemożliwiają odnoszenie sukcesów (także zawodowych). Zachowania ryzykowne stanowią w tej sytuacji zastępcze, chemiczne sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Celem **strategii działań alternatywnych** jest pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb psychologicznych (np. sukcesu, przynależności) oraz osiąganie satysfakcji życiowej przez ułatwianie angażowania się w działalność akceptowaną społecznie (artystyczną, społeczną, sportową). U podstaw tej strategii leży założenie, że wielu ludzi podejmuje zachowania ryzykowne ze względu na brak możliwości rozwoju zainteresowań i osiągania sukcesów „pozytywnych”. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniedbanej wychowawczo.

Celem **strategii interwencyjnej** jest wspieranie w sytuacjach kryzysowych osób mających trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów osobistych. Elementem interwencji jest towarzyszenie ludziom w krytycznych momentach ich życia. Jej podstawowe techniki to poradnictwo, telefon zaufania, sesje interwencyjne, doradztwo.

Strategię informacyjną, edukacyjną i alternatywną stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki. Strategia interwencyjna – jako działanie głębsze i bardziej zindywidualizowane – zastrzeżona jest w zasadzie dla poziomu drugiego i trzeciego.

Strategia zmniejszania szkód stosowana jest głównie w działaniach profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatem są grupy najwyższego ryzyka.

Strategia zmian środowiskowych nakierowana jest na identyfikację i modyfikację tych elementów środowiska społecznego i fizycznego, które sprzyjają zachowa-

niom problemowym. Działania modyfikują środowisko, miejsca przebywania osób dysfunkcyjnych, postawy społeczne wobec tych osób.

Strategia zmian przepisów zazwyczaj kierowana jest do całej lokalnej społeczności. Polega na zmianie przepisów prawnych, rozporządzeń lokalnych dotyczących ograniczania dostępu do środków odurzających i ich dystrybucji (więcej na temat strategii postępowania w: Z. B. Gaś 2003, B. Kamińska).

Czynniki ryzyka, czynniki chroniące

Prowadząc działania profilaktyczne w szkole warto pamiętać, że to, czy dziecko zachowuje się zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy podejmuje zachowania ryzykowne, zależy od interakcji różnych czynników.

Wśród wielu prób wyjaśnienia przyczyny i następstw zachowań ryzykownych na szczególną uwagę zasługują teorie czynników ryzyka i czynników chroniących (N. Garnezy, J. D. Hawkins, G. B. Baxley – za K. Ostaszewski 2003), czy Teoria Zachowań Problemowych R. i S. Jessorów.

J. D. Hawkins (amerykański badacz działań profilaktycznych) zestawiał ze sobą cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i nazywał je **czynnikami ryzyka**. Stwierdził, że niektóre cechy jednostki i środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań, które „*niosą wysokie ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i dla otoczenia społecznego człowieka*” (K. Ostaszewski 2003).

Do najpoważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się:

- używanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych,
- wczesną aktywność seksualną,
- zachowania agresywne i przestępcze,
- porzucenie nauki szkolnej,
- ucieczki z domu.

Z drugiej strony badacze rekonstruują czynniki, które zwiększają odporność człowieka na działanie czynników ryzyka. Są to cechy, sytuacje, warunki przeciwdziałające zachowaniom ryzykownym. Określa się je jako **czynniki chroniące** – „*właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego*

odporność na działanie czynników ryzyka” (K. Ostaszewski 2003).

Czynniki ryzyka i chroniące można pogrupować w kilka kategorii:

- 1/ zmienne związane z jednostką,
- 2/ zmienne związane z rodziną,
- 3/ zmienne związane z lokalną społecznością.

Listy czynników ryzyka i chroniących bywają długie i różnorodne. Zmieniają się wraz z ogólnymi zmianami obyczajowymi i kulturowymi społeczeństw. Różnie oceniana jest też ich hierarchia „ważności” (Z. B. Gaś 2003, J. Szymańska 2002).

Za najważniejsze czynniki chroniące na ogół uważa się:

- silną więź emocjonalną z rodzicami,
- ogólnie pozytywne relacje z dorosłymi (posiadanie autorytetów),
- zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne,
- regularne praktyki religijne,
- poszanowanie prawa, norm i wartości,
- przynależność do pozytywnej grupy społecznej,
- angażowanie się w działania prospołeczne.

Natomiast ogólnymi czynnikami ryzyka są odpowiednio:

- brak więzi w rodzinie (konflikty, prezentowane przez rodziców zachowania dysfunkcyjne, niekonsekwencja lub brak dyscypliny wychowawczej),
- negatywne relacje ze znaczącymi osobami dorosłymi,
- niepowodzenia w nauce szkolnej i związany z tym faktem brak wiary we własne siły,
- odrzucenie religii i powszechnie obowiązujących norm i wartości,
- buntowniczość, zachowania aspołeczne,
- przynależność do negatywnej grupy, uleganie negatywnej presji rówieśniczej,
- angażowanie się w zachowania ryzykowne (np. odurzanie się).

Prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większe, im więcej czynników ryzyka oddziałuje na dzieci i młodzież oraz im bardziej są one szkodliwe i dłużej trwa ich działanie.

Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Uczeń, który podejmuje zachowania ryzykowne, robi to najczęściej dlatego, że nie może lub nie potrafi funkcjonować inaczej. Takie zachowania są jego „własnym

sposobem przystosowania się”. Z badań wynika, że to, jakie konkretne zachowanie ryzykowne podejmą osoby z różnych grup ryzyka, jest często kwestią przypadku – pojawienia się odpowiedniej okazji. Wiadomo również, że zachowania ryzykowne (lub problemowe) najczęściej współwystępują ze sobą, a jedno może pociągać za sobą inne. Na przykład picie alkoholu (albo odurzanie się narkotykami) często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi, także z wczesną aktywnością seksualną (J. Szymańska, J. Zamecka 2002). Fakt ten warto brać pod uwagę przy planowaniu programów profilaktycznych w szkołach.

Młodzież, sięgając po substancje psychoaktywne, spodziewa się doraźnych korzyści. Te korzyści mają dla niej większe znaczenie niż odległe negatywne konsekwencje (więcej w: Z. B. Gaś 2003).

Zadaniem profilaktyki uzależnień proponowanej w szkole jest więc inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu ucznia. Aby ten cel osiągnąć należy jednocześnie oddziaływać na czynniki chroniące (wzmocnić je) oraz na czynniki ryzyka (eliminować je).

Przygotowanie zawodowe realizatora działań profilaktycznych w szkole

W zreformowanej szkole kompetencje wymagane od nauczyciela – wychowawcy obejmują pełen zakres umiejętności niezbędnych w pracy realizatora profilaktyki. Każdy „dobry” wychowawca jest jednocześnie kompetentny w prowadzeniu większości zadań profilaktycznych, głównie na uniwersalnym poziomie pierwszorzędowym. Natomiast profilaktykę uzależnień dla uczniów z grup zwiększonego ryzyka prowadzą najczęściej nauczyciele, którzy przeszli odpowiednie przeszkolenie oraz pedagodzy lub psychologowie szkolni.

Jakie kompetencje powinien posiadać szkolny profilaktyk? Spróbuję przedstawić najważniejsze z nich.

1. Wiedza

W ostatnich latach coraz więcej dzieci i młodzieży jest objętych działaniami z zakresu profilaktyki uzależnień. Mimo to obserwacja „życia codziennego”, doniesienia mass mediów, czy wyniki badań ankietowych młodzieży szkolnej ujawniają fakt, że rosną problemy alkoholowe

i narkotykowe wśród młodych ludzi, maleje natomiast liczba abstynentów w wieku rozwojowym.

Wiedzę epidemiologiczną diagnozującą używanie przez dzieci i młodzież nikotyny, alkoholu i narkotyków można zdobyć korzystając m. in. z następujących źródeł:

- Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej – HBSC. Są one prowadzone w Polsce od 1990 r., co 4 lata. W 2002 roku wybrano klasy V szkół podstawowych i klasy I oraz III gimnazjów, ze wszystkich 16 województw. Badania prowadzone były pod kierunkiem prof. B. Woynarowskiej z Uniwersytetu Warszawskiego (Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania).
- Badania ESPAD – Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych (ostatnie wyniki z 2005 roku). Te ogólnopolskie badania spełniają międzynarodowe kryteria porównywalności i możliwości monitorowania zmian w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną (16 i 18-letnią). Program realizowany był w 1995 r., 1999 r., 2003 r. i 2005 r. przez Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Badania mokotowskie – prowadzone od 1988 r., co 4 lata, przez zespół Pracowni „Pro-M” z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W każdym środowisku lokalnym prowadzone są badania ankietowe, które mogą także służyć jako wiedza „wyjściowa” na temat rozpowszechnienia i intensywności używania środków psychoaktywnych. Ta ogólna wiedza wydaje się jednak niewystarczająca, aby planować działania profilaktyczne w szkole.

Potrzebna jest także **wiedza na temat sygnałów ostrzegawczych**, umożliwiająca dokonanie diagnozy problemu w przypadku konkretnej osoby na podstawie takich wskaźników jak zmiany w zachowaniu ucznia i zmiany w jego wyglądzie oraz **wiedza o rodzajach substancji psychoaktywnych**, które są używane i popularne w danym środowisku lokalnym.

Wiedza o substancjach zażywanych przez uczniów może być czerpana z różnych źródeł – na ten temat informacji dostarczą publikacje dostępne np. w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, czy Stowarzyszeniu MONAR.

Aby dostosować podejmowane działania do charakterystyki okresu rozwojowego ich odbiorców, konieczne jest posiadanie wiedzy z psychologii rozwojowej, społecznej i wychowawczej na temat **potrzeb rozwojowych uczniów**. Efektywne pełnienie roli profilaktyka wymaga także dysponowania wiedzą na temat **profilaktyki** – jej koncepcji, badań zapotrzebowania na profilaktykę, umiejętności konstruowania i oceniania skuteczności programów profilaktycznych (Z. B. Gaś 2003).

2. Motywacja do podejmowania działań profilaktycznych i rozumienie ich spójnego łączenia z działaniami wychowawczymi

Posiadanie wiedzy o „zjawisku”, wychowankach i działaniach, jakie można podjąć, byłoby niewystarczające bez takiego zaangażowania się profilaktyka, które sprawi, że nie będzie traktować podejmowanych działań jako przykrego obowiązku, zapisanego w rozporządzeniu.

3. Podnoszenie umiejętności interpersonalnych i rozwijanie dyspozycji osobowościowych

Odpowiedni poziom motywacji powinien też być źródłem energii do samodoskonalenia się w procesie, który zaczyna się już na studiach pedagogicznych. Rozwój umiejętności profilaktycznych, wzrost kompetencji w zakresie nowych koncepcji i metod pracy z uczniami zwiększa z kolei energię do działania i motywację do rozwoju swoich możliwości.

Listę kompetencji osobowościowych, emocjonalnych i społecznych – czyli tak naprawdę „zawodowych” cech i umiejętności nauczyciela – można mnożyć. Chcę zwrócić uwagę na kilka z nich:

- 1/ umiejętność budowania i utrzymania autorytetu – w tej „kategorii” zawiera się m.in. stawianie granic, wspieranie – życzliwość, wzmocnienie pozytywne ucznia i wymaganie – konsekwencja. Wsparcie udzielane przez nauczycieli uczniom w szkole (jak wynika między innymi z badań HBCS) stanowi swoisty „system immunologiczny”, chroniący przed zagrożeniami i zachowaniami ryzykownymi: *„Uczniowie czujący wsparcie lepiej się uczą, mają większą satysfakcję ze szkoły, są bardziej zadowoleni z życia, czują się zdrowsi”* (A. Markowska, B. Woynarowska 2005).
- 2/ umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami – w szczególności trudnymi.

Wielu przykrych następstw można byłoby uniknąć, gdyby nauczyciele znali i potrafili nazwać swoje emocje i mechanizmy obronne, zwłaszcza w sytuacjach konfliktu z uczniem lub jego rodzicami. Świadomość swoich zasobów i ograniczeń poparta znajomością przyczyn zachowań agresywnych uczniów, sięgania przez nich po substancje psychoaktywne, ułatwia unikanie prowokacji i pozwala na skuteczniejsze działanie w sytuacjach problemowych.

- 3/ umiejętność pozytywnego, świadomego modelowania – wprowadzania zasad i norm spójnych z własnym zachowaniem.

Ta umiejętność dotyczy przede wszystkim kształtowania wśród wychowanków – na własnym przykładzie – takich pożądanych zachowań jak zachowania nieagresywne, niepalenie, niepicie. Warunkiem skutecznego modelowania jest konsekwentne przestrzeganie propagowanych zasad w relacjach z uczniami. Stałe zasady są drogowskazami dla uczniów, którzy ich bardzo potrzebują. Nie dają gotowych rozwiązań, a uczą, jak przewyćczać trudności.

- 4/ umiejętność okazywania zrozumienia i szacunku dla ucznia, poświęcanie mu uwagi.

Wśród czynników chroniących młodzież przed zachowaniami problemowymi, ważne są dobre relacje z osobami dorosłymi (bliska więź z rodzicami, autorytet osoby dorosłej spoza rodziny).

Umiejętności, cechy i postawy dorosłych mogą wspierać wszechstronny rozwój uczniów, mogą jednak również go hamować. W okresie adolescencji (od 10-12 r.ż. do 18-20 r.ż.), gdy młodzi ludzie przeżywają kryzys tożsamości, warto zadbać o tworzenie optymalnych warunków ich rozwoju.

Szkolny Program Profilaktyki

Profilaktyka uzależnień w szkole znajduje najczęściej odbicie w Szkolnym Programie Profilaktyki. Jego szczegółowa zawartość zależy wyłącznie od grona pedagogicznego danej placówki oświatowej. Każda bowiem ma specyficzne potrzeby i zasoby. Główna struktura programu profilaktyki powinna być natomiast taka sama dla wszystkich szkół.

Do stworzenia systemowych działań profilaktycznych w szkole potrzebna jest diagnoza – ocena sytuacji wychowawczej i zidentyfikowanie niepokojących objawów. Oszacowanie problemu należy zacząć od ustalenia, kogo

objąć badaniami i jak liczna powinna być badana grupa. Diagnoza często dotyczy funkcjonowania całego środowiska szkolnego – uczniów, nauczycieli, rodziców.

Do oceny zagrożeń nauczyciele mogą wykorzystać różnorodne narzędzia diagnostyczne. W praktyce szkolnej powszechnie stosowane są:

- obserwacja,
- wywiad,
- rozmowa,
- analiza wytworów uczniów,
- ankieta,
- socjometria,
- analiza dokumentów szkolnych.

Stwierdzone prawidłowości (zdiagnozowane zagrożenia) stanowią podstawę planowania szkolnej profilaktyki (czyli konstruowania programu).

W planowaniu działań profilaktycznych przydatne może być wykorzystanie modelu budowania szkolnego programu profilaktyki, który zaproponował zespół prof. Z. B. Gasia (2003).

Budowa Szkolnego Programu Profilaktyki

Schemat czytelnego programu profilaktyki szkolnej (SPP) powinien zawierać:

1. Założenia teoretyczne (uzasadnienie) i wynik diagnozy zachowań problemowych w danej placówce oświatowej.
2. Cel. Określenie mierzalnego celu ogólnego SPP uwzględniającego przyjęte wcześniej teoretyczne założenia i wyniki diagnozy. Pomocą do uściślenia celu ogólnego są cele szczegółowe.
3. Zadania – jednoznacznie sformułowane stwierdzenia, które wyjaśniają, w jaki sposób będą osiągnane cele. Zadania (działania) powinny być konkretne i zrozumiałe dla realizatorów szkolnej profilaktyki.

Często wśród propozycji zadań jest realizacja profesjonalnego programu profilaktycznego, czy działań alternatywnych. Dyrektorzy szkół, chcąc uatrakcyjnić ofertę we własnym środowisku, włączają w nią profesjonalne programy (zapraszając realizatorów z zewnątrz lub szkoląc własnych nauczycieli). Bazę programów i ich realizatorów prowadzi *Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno–Pedagogicznej w Warszawie*, w postaci **Banku Rekomendowanych**

Programów Profilaktycznych, dostępnego na stronie <http://www.cmppp.edu.pl/programy/przegląd>.

4. Strukturę i sposób realizacji programu.
 - Zestawienie planowanych strategii profilaktycznych oraz informacji o konkretnych działaniach (dla kogo, kiedy, gdzie, kto realizuje, w jakiej formie, jak długo) – harmonogram.
5. Strategię ewaluacji.
 - Planując ewaluację programu należy ustalić jej rodzaj (wewnętrzna, zewnętrzna, mieszana), metody ewaluacji i zagadnienia, które będą oceniane (wyniki bezpośrednio/odroczone, przebieg procesu profilaktycznego, zastosowane strategie).

Szkolny Program Profilaktyki, dostosowany do potrzeb i możliwości rozwojowych uczniów, realizowany jest w określonej perspektywie czasowej (np. trzech lat). Wyniki ewaluacji – jeśli pokazują niedostatki programu – powinny być wykorzystane do jego modyfikacji lub uwzględnione przy konstruowaniu kolejnej edycji programu.

Ze względu na szeroki zakres interakcji nauczyciela z uczniem oraz utrzymywanie kontaktów z rodzicami i społecznością lokalną szkoła ma możliwość pełnienia roli środowiskowego centrum profilaktyki. Czy konkretna placówka oświatowa będzie pełnić tę rolę zależy od chęci i kompetencji jej kadry oraz od umiejętności skonstruowania adekwatnego Szkolnego Programu Profilaktyki.

Bibliografia

- Gaś Z. B. „Profilaktyka uzależnień”, WSiP, Warszawa 1993.
- Gaś Z. B. „Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja”, MENiS, Warszawa 2003.
- Kaldon B. „Profilaktyka alkoholowa w szkole”, Wydział Nauk Społecznych filia KUL, Stalowa Wola 2003.
- „Mały Słownik Języka Polskiego”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Markowska A., Woynarowska B. „Wsparcie uczniów w szkole w badaniach HBSC”, w: *Remedium*, Nr 7-8 2005.
- Ostaszewski K. „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych”, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Ostaszewski K. „Nowe definicje poziomów profilaktyki”, w: *Remedium*, Nr 7-8 2005.
- Szymańska J. „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki”, CMPPP, Warszawa 2002.
- Szymańska J., Zamecka J. „Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki” w: Świątkiewicz G. (red.) „Profilaktyka w środowisku lokalnym”. Praca zbiorowa. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.

Na stronie www.emcdda.europa.eu dostępna jest baza danych kilkuset certyfikowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii programów. Wśród nich są także programy realizowane w Polsce.

EDDRA – EUROPEJSKA BAZA PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Anna Radomska
Krajowy koordynator EDDRA,
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Postulat podnoszenia jakości strategii i programów przeciwdziałania narkomanii jest jednym z priorytetów polityki narkotykowej Unii Europejskiej i znajduje odzwierciedlenie w zapisach Strategii Narkotykowej na lata 2005-2012 oraz Planu Działania w zakresie Narkotyków na lata 2005-2008. W tych kluczowych dla polityki antynarkotykowej aktach podkreśla się konieczność rozwoju i szerszego rozpowszechnienia skutecznych, opartych na wiedzy programów i praktyk przeciwdziałania narkomanii, a także zintensyfikowanie współpracy, w celu wymiany doświadczeń i transferu wiedzy pomiędzy krajami członkowskimi. Jednym z narzędzi służących realizacji powyższego celu jest program EDDRA – Exchange on Drug Demand Reduction Action. Program EDDRA, zainicjowany w 1996 roku i kontynuowany do chwili obecnej, jest systemem informacyjnym i narzędziem gromadzenia danych – na temat realizowanych w krajach Unii Europejskiej programów ograniczania popytu na narkotyki – spełniających standardy dobrej jakości. System EDDRA dostarcza informacji na temat szerokiego spektrum poddanych ewaluacji

programów, w podziale na profilaktykę narkomanii, leczenie, ograniczanie szkód zdrowotnych oraz readaptację społeczną osób uzależnionych. Celem systemu

jest wspomaganie profesjonalistów – koordynatorów polityki narkotykowej (np. na poziomie lokalnym) oraz praktyków – w procesie planowania i implementacji wysokiej jakości interwencji prewencyjnych. Baza danych dostępna na stronie EMCDDA www.emcdda.europa.eu zawiera ponad 500 programów przeciwdziałania narkomanii. W Polsce zbieranie danych na poziomie krajowym oraz dostarczanie ich do międzynarodowej bazy programów należy do zadań Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii mieszczącego się w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Podstawowe kryteria kwalifikacji programu do bazy dotyczą przede wszystkim jego logicznej i spójnej konstrukcji, dokonanej w oparciu o modele o sprawdzonej skuteczności oraz przedstawienia wyników lub planu ewaluacji programu. Opis programu dokonany na wystandaryzowanym kwestionariuszu

powinien w sposób zwięzły przedstawiać jego logikę, cele, założenia, wybrane strategie działań oraz efekty podjętych aktywności. Organizacje zainteresowane

W bazie EDDRA zarejestrowane są trzy polskie programy:

program „Interwencja profilaktyczna wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne” opracowany przez Pracownię „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii,

program „Środowiskowa profilaktyka uzależnień” Lubelskiego Towarzystwa Zapobiegania Patologiom Społecznym „Kuznia”,

program „Pracownia Profilaktyki Dzieci i Młodzieży Altum” rzeszowskiego Towarzystwa Altum.

zgłoszeniem własnych programów do bazy EDDRA proszone są o kontakt z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie www.kbpn.gov.pl

Poniżej prezentujemy polskie programy, które otrzymały certyfikaty Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA) i zostały zamieszczone w międzynarodowej bazie programów EDDRA.

1. Program profilaktyki szkolnej pn. „Interwencja profilaktyczna wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne” opracowany przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Program powstał w odpowiedzi na wzrastające rozpowszechnienie problemu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Nauczyciele i wychowawcy coraz częściej zgłaszali potrzebę poszerzenia swoich umiejętności, aby adekwatnie i skutecznie reagować w przypadku ujawnienia w szkole uczniów sięgających po alkohol, papierosy czy narkotyki. Celem głównym programu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez uczniów oraz poprawa ich funkcjonowania w szkole. Grupą docelową programu są uczniowie w wieku 11-18 lat sięgający po substancje psychoaktywne. Program składa się z następujących elementów: nawiązanie współpracy ze szkołami zainteresowanymi wdrożeniem metody szkolnej interwencji; 4-godzinne szkolenie rady pedagogicznej dotyczące problemu używania substancji psychoaktywnych oraz ogólnej idei programu; 12-godzinne szkolenie przygotowujące nauczycieli do prowadzenia rozmów interwencyjnych z uczniami i ich rodzicami oraz do sporządzania kontraktu. Celem szkolnej interwencji profilaktycznej jest pomoc uczniowi, który okazjonalnie sięga po środki psychoaktywne lub sporadycznie łamie inne zasady szkolne. Metoda interwencji obejmuje: diagnozę sytuacji i problemu ucznia, poradę, wsparcie i motywowanie ucznia do zmiany zachowania, współpracę z rodzicami. Celem ewaluacji programu była ocena przydatności metody interwencji szkolnej do rozwiązywania problemu używania przez uczniów substancji psychoaktywnych. W badaniach ewaluacyjnych uczestniczyło 11 szkół. Łącznie we wszystkich szkołach przeprowadzono

34 interwencje. W przypadku 15 interwencji uzyskano trwałą, pozytywną zmianę zachowania ucznia lub brak ponownego łamania szkolnych zasad. Zmiany systemowe w szkołach wprowadziło 6 szkół uczestniczących w badaniu. Metoda interwencji została zastosowana do rozwiązania różnych konfliktowych sytuacji w szkołach, takich jak wagarowanie, udział w bójkach i nie ograniczała się wyłącznie do sytuacji sięgania przez uczniów po substancje psychoaktywne. Wyniki ewaluacji wskazują na przydatność metody szkolnej interwencji profilaktycznej do rozwiązywania różnorodnych trudnych sytuacji występujących w szkole.

2. Pozaszkolny program dla dzieci i młodzieży pn. „Środowiskowa profilaktyka uzależnień” opracowany i prowadzony przez Lubelskie Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym „Kuznia”¹

Projekt realizowany jest w kilku lokalnych środowiskach Lublina i Puław. Podstawowym problemem w tych środowiskach jest zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży tworzących nieformalne grupy prezentujące takie zachowania nieakceptowane społecznie, jak używanie środków psychoaktywnych, agresja, unikanie obowiązków szkolnych, kradzieże, dewastacja mienia, rozboje, wymuszenia w szkole i poza nią. Cel ogólny programu to ograniczenie u dzieci i młodzieży zagrożonych patologiami społecznymi rozwoju niepożądanych postaw i zachowań, ze szczególnym uwzględnieniem używania środków psychoaktywnych, przy jednoczesnym stworzeniu w środowisku lokalnym warunków sprzyjających ich prawidłowemu rozwojowi psychospołecznemu.

Odbiorcami programu są dzieci i młodzież w wieku 10-18 lat ze środowisk zagrożonych patologiami społecznymi z terenu Lublina i Puław. Zakładane efekty programu dotyczą zmian w funkcjonowaniu społecznym dzieci i młodzieży zagrożonych patologiami społecznymi – polegających na ograniczeniu zachowań aspołecznych i kontaktu ze środkami psychoaktywnymi oraz zwiększeniu aktywności środowiska lokalnego na rzecz prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży.

W ramach programu – w oparciu o kluby młodzieżowe – prowadzone były działania psychokorekcyjne, socjoterapeutyczne, edukacyjne, psychoedukacyjne oraz

¹ Aktualnie organizacja działa pod nazwą „Nowa Kuźnia”.

wychowawczo-rozwojowe. Towarzyszyły im działania środowiskowe integrujące przedstawicieli organizacji i instytucji lokalnych wokół zagadnienia przeciwdziałania patologiom społecznym. Celem ewaluacji była ocena skuteczności oddziaływań podejmowanych wobec dzieci i młodzieży oraz przedstawicieli środowiska lokalnego. Po zakończeniu programu 80% dzieci i młodzieży uczestniczących w programie ograniczyło używanie substancji psychoaktywnych, większość poprawiła funkcjonowanie w grupie, umiejętność współpracy, kontrolę emocji. Wszyscy podopieczni wykazali się zrozumieniem własnej sytuacji życiowej, u większości wzrosła samoocena. Podopieczni lepiej radzili sobie z napięciem. W środowisku lokalnym nawiązano i udoskonalono współpracę pomiędzy instytucjami zajmującymi się przeciwdziałaniem patologiom społecznym, zweryfikowano istniejące i wprowadzono nowe programy profilaktyczne do szkół, uruchomiono 6 świetlic socjoterapeutycznych. W środowiskach objętych programem powstały zespoły osób zaangażowanych w przeciwdziałanie patologiom społecznym.

3. Program profilaktyki środowiskowej pn. „Pracownia Profilaktyki Dzieci i Młodzieży Altum” opracowany i prowadzony przez Towarzystwo Altum z Rzeszowa.

Projekt realizowany był w 3 małych lokalnych środowiskach, na terenie województwa podkarpackiego i mazowieckiego. Poważnym problemem społecznym tych środowisk jest rosnące spożycie środków odurzających wśród dzieci i młodzieży. Inne czynniki ryzyka to rosnące bezrobocie, zwłaszcza wśród młodzieży. Tereny te charakteryzuje jedno z wyższych w Polsce bezrobocie utajone oraz wysoki odsetek osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku, zwłaszcza młodych osób wchodzących w wiek produkcyjny. Niskie aspiracje edukacyjne rodzin i ich słaba kondycja ekonomiczna są dodatkowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko marginalizacji społecznej i ekonomicznej skutkującej patologizacją zachowań dzieci i młodzieży wywo-

dzających się z tych środowisk. Cel ogólny programu dotyczy zapobiegania zagrożeniom prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, w szczególności uzależnieniom i różnym formom patologii społecznych. Program kładzie nacisk na promocję zdrowia jako jeden z najważniejszych elementów profilaktyki. Odbiorcy programu to dzieci i młodzież w wieku 10-25 lat z grup podwyższonego ryzyka. Zakładane efekty programu obejmują zmniejszenie popytu na środki odurzające wśród dzieci i młodzieży biorących udział w programie, poprawienie umiejętności

Organizacje zainteresowane zgłoszeniem własnych programów do bazy EDDRA proszone są o kontakt z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie www.kbnp.gov.pl.

radzenia sobie z problemami emocjonalnymi bez sięgania po środki odurzające oraz ukształtowanie postaw prozdrowotnych i prospołecznych u uczestników zajęć. W ramach programu przeprowadzono cykle zajęć edukacyjnych, socjoterapeutycznych i terapeutycznych, poradnictwo i interwencje, zajęcia twórcze, szkolenia młodzieżowych liderów, prowadzących następnie doradztwo rówieśnicze oraz

działania w środowisku lokalnym. We wszystkich aktywnościach zmierzano do modyfikacji zachowań, kształtowania postaw prozdrowotnych, integracji i wspierania środowiska lokalnego w inicjatywach na rzecz profilaktyki uzależnień. Celem ewaluacji była ocena skuteczności oddziaływań programu na młodzież, która eksperymentowała ze środkami uzależniającymi bądź stanowiła grupę ryzyka. Po zakończeniu programu zmniejszyła się liczba dzieci i młodzieży używających środków odurzających oraz częstotliwość sięgania przez nie po papierosy, alkohol i narkotyki. Uczestnicy programu nabyli wiedzę na temat szkodliwości używania środków odurzających oraz mechanizmów i skutków uzależnień. Zwiększyła się liczba osób aktywnie spędzających czas wolny. Badani częściej interesowali się sportem i spotkaniami w gronie rówieśników. Zmniejszyła się również liczba konfliktów – zarówno z rówieśnikami, jak i z rodzicami. Może to świadczyć o nabyciu przez uczestników programu umiejętności nawiązywania kontaktów społecznych oraz o wzroście umiejętności stosowania się do norm społecznych.

Idea wykorzystania technik marketingu komercyjnego dla wsparcia realizacji społecznych programów w dziedzinie promocji i edukacji zdrowotnej po raz pierwszy pojawiła się w naukach społecznych na początku lat siedemdziesiątych. Rozwój metod marketingowych na potrzeby globalizującego się rynku, a także rozwój infrastruktury informacyjnej w krajach rozwiniętych, w sposób naturalny dał impuls działaniom marketingowym w obszarze pożytku publicznego.

WYKORZYSTANIE PODSTAWOWYCH TECHNIK MARKETINGU KOMERCYJNEGO W REKLAMIE SPOŁECZNEJ

Tomasz Zakrzewski
Dział Edukacji Publicznej,
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Kotler i Zaltman (1971) - twórcy idei marketingu społecznego - uznali, że doświadczenia marketingu komercyjnego dostarczają metodologii skutecznej w reklamie społecznej. Marketing społeczny zaadoptował narzędzia i metody sprzedaży towarów komercyjnych do szerzenia idei społecznie pożądanых. Takie elementy planowania działalności sprzedażowej firm jak definiowanie produktu, określanie ceny, logistyka – dystrybucja, promocja, badania rynku są stosowane np. w promowaniu zachowań prozdrowotnych, edukacji publicznej dotyczącej HIV/AIDS, w przeciwdziałaniu narkomanii.

Marketing społeczny oparty na koncepcji marketingu mix

Marketing społeczny jest definiowany jako „wykorzystanie reguł i technik marketingowych w celu wywołania społecznie pożądanых postaw i zachowań” (Maison, Maliszewski 2002). Definicja zwraca uwagę na podobne mechanizmy marketingu komercyjnego i społecznego. W koncepcji tzw. marketingu mix¹ podstawą dobrej kampanii jest zawarcie czterech strategicznych elementów: produktu, ceny, dystrybucji oraz promocji.

¹ Narzędzia marketingu mix zostały uporządkowane przez McCarthy'ego (1960) w cztery grupy. Ta czteroczynnikowa klasyfikacja jest nazywana „4P”: product, price, place, promotion (produkt, cena, dystrybucja, promocja).

Produkt

Produktem w marketingu społecznym jest przedmiot jego działania. Zdefiniowany przedmiot działania - w postaci celów kampanii na poziomie ogólnym i operacyjnym – stanowi połowę sukcesu przy planowaniu działań marketingowych. Pytanie „co chcemy sprzedać?” jest w marketingu społecznym pytaniem kluczowym. Przedmiot działań może mieć charakter materialny (np. zbiórka pieniędzy, przeznaczenie 1% podatku dochodowego na organizację pożytku publicznego) lub „psychologiczny” albo poznawczy, kiedy przedmiotem jest zmiana postaw, zmiana zachowania lub po prostu przekazanie pożądanей informacji.

Cena

Ustalanie ceny produktu jest niezwykle ważne w procesie sprzedaży. Istotą marketingu komercyjnego jest przekonanie klienta o potrzebie nabycia produktu za określoną cenę. Z analogiczną sytuacją mamy do czynienia w odniesieniu do marketingu społecznego. Przy czym cena najczęściej jest definiowana nie w kwotach, a w kosztach niematerialnych, jakie musi ponieść odbiorca przekazu. Koszty związane z zachowaniem (behawioralne) to np. strata czasu wynikająca z podjęcia pożądanей aktywności, rezygnacja z innych działań itp. Często koszty mają charakter psychologiczny – np. poczucie psychicznego dyskomfortu związane ze

zmianą postawy czy zachowania. Im większy jest rozdziew między stanem obecnym a stanem pożądanym, tym większe koszty musi ponieść odbiorca przekazu. Z tego względu w przekazie perswazyjnym powinny znaleźć się informacje wskazujące potencjalne zyski wiążące się z sugerowaną zmianą, dobrane proporcjonalnie do kosztów ponoszonych przez odbiorców przekazu.

Dystrybucja

W marketingu komercyjnym dystrybucję definiuje się jako działania związane z dostarczeniem produktu na lokalne rynki. W marketingu społecznym dystrybucja to odpowiednie zaplecze wzmacniające przekaz kampanii lub realizujące jej bezpośrednie cele. Dobra dystrybucja powinna obniżać koszty odbiorcy, a także wspierać cele operacyjne akcji propagandowej. W pierwszym rozumieniu chodzi o np. ułatwienie darczyńcom przekazywania pieniędzy na cel charytatywny (poprzez SMS lub kliknięcie na adres odpowiedniej strony www), w drugim – o dostarczenie informacji, gdzie można bezpłatnie uzyskać poradę lub zasięgnąć informacji (np. telefon zaufania, adresy sieci placówek świadczących bezpłatną pomoc). W przypadku tych kampanii społecznych, w których koszty odbiorców związane np. z pożądaną zmianą postaw są bardzo duże, część dystrybucyjna działań często opiera się na promocji osobistej². W przypadku kampanii społecznych promocja osobista może polegać np. na zaangażowaniu w oddziaływanie nastawione na zmianę zachowań grup docelowych liderów nieformalnych podejmujących aktywność na zasadzie wolontariatu. Inny przykład to osoby działające jako party- lub streetworkerzy.

Promocja

Ostatnim elementem marketingu mix jest promocja. W odniesieniu do marketingu społecznego promocją nazywamy poinformowanie społeczeństwa - za pomocą różnych środków - o idei danej akcji/kampanii. Promocja wykorzystuje przede wszystkim metody reklamy, public relations, a także metody bezpośredniego dotarcia do odbiorcy. Z tego punktu widzenia promocja jest procesem komunikowania się nadawcy przekazu społecznego (instytucji będącej inicjatorem akcji) z odbiorcą. Tak

² Promocja osobista (zwana także czasami: sprzedażą osobistą) jest elementem składowym promotion mix. Jest to osobiste polecenie produktów czy usług przez sprzedawcę (Lauterborn 1990).

więc marketing o charakterze społecznym wykorzystuje narzędzie i metodologię marketingu komercyjnego. Ze względu na fakt, że zajmuje się bardziej skomplikowanymi zjawiskami społecznymi, analiza towarzysząca projektowaniu działań perswazyjnych, poprzedzająca budowanie efektywnego przekazu reklamowego, winna być wielowymiarowa i opierać się na badaniach empirycznych poruszanego zjawiska, tworzących dodatkową bazę informacyjną oraz pokazujących zależności o charakterze przyczynowo-skutkowym, które powinny być brane pod uwagę przy budowie skutecznej komunikacji.

Przekaz w reklamie społecznej – podstawowe zasady

Reklama społeczna jest definiowana jako „jedna z form promocji pożądaných postaw i zachowań w zintegrowanym procesie marketingowym” (Maison, Maliszewski 2002) i polega na wykorzystaniu metod reklamowych do kształtowania prospołecznych postaw, a w konsekwencji oczekiwanych zachowań. By edukacja publiczna prowadzona na masową skalę była skuteczna, konieczne jest przestrzeganie zasad prawidłowej komunikacji marketingowej. Przekaz reklamowy jest takim komunikatem, który ma za zadanie (w zależności od założeń danej kampanii) wpłynąć na myślenie bądź zachowanie odbiorcy w kierunku pożądanym przez nadawcę.

Komunikat – by spełnić swoją rolę - powinien: • być czytelny dla odbiorcy, • zwracać jego uwagę, • obiecywać odbiorcy specyficzne korzyści.

Czytelność przekazu wiąże się z tak zwanym profilem grupy docelowej działań perswazyjnych i z metodą segmentacji odbiorców. Czytelność jest bezpośrednio związana z językiem używanym przez odbiorcę. Znaczenie języka, pojęć stosowanych w danej grupie docelowej, jak wykazuje Blumer (Griffin 2002), jest „produktem społecznej interakcji”. Dlatego, mimo że mówimy jednym językiem, poszczególne pojęcia nabierają w konkretnych grupach społecznych specyficznych znaczeń i konotacji. Aby przekaz reklamowy nie wydawał się obcy danemu odbiorcy, należy konstruować go w oparciu o wyniki badania danej grupy docelowej. Innym językiem komunikują się ludzie starsi, innym młodzież, innym dzieci. Podobne zjawisko występuje w przypadku węższych grup docelowych (np. związanych z konkretną branżą), używających różnych pojęć do określenia podobnych zjawisk. Użycie odpowiednich pojęć pełni także funkcję podprogowego komunikatu,

że nadawca rozumie „świat” odbiorcy. A adekwatne rozumienie jest wstępem do efektywnej komunikacji. Innym wstępnym warunkiem skutecznej reklamy jest **zwrócenie uwagi** poprzez taką formę komunikatu, która zapewni, że będzie się on wyróżniał wśród informacji docierających do odbiorcy. Przeciętny człowiek jest „zalewany” przekazami reklamowymi, co powoduje habituację na bodźce reklamowe. Efektywny przekaz powinien utrzymać uwagę odbiorcy. Reklama stara się o to poprzez wykorzystywanie takich „chwytów” konstrukcyjnych jak m. in.: estetyka szoku, oryginalność, paradoks, rytm i rym, odwołanie się do pojęć specyficznych dla danej grupy docelowej. Należy pamiętać, że formalne i językowe zabiegi wykorzystywane przy konstrukcji przekazu powinny brać pod uwagę ograniczenia odbiorcy oraz jego „doświadczenia reklamowe” z przeszłości. Ponadto zwrócenie uwagi powinno być jedynie środkiem i nie może przesłaniać celu przekazu – zmiany myślenia i zachowania odbiorcy. Podstawą w działaniach perswazyjnych kampanii medialnych o charakterze społecznym jest **benefit** - korzyść obiecywana w przekazie. Grupa docelowa musi zostać przekonana, że jeśli postąpi zgodnie z sugestią zawartą w reklamie społecznej, odniesie konkretną korzyść. Ta komunikowana w procesie perswazji korzyść powinna spełniać określone warunki. Powinna być ważna dla odbiorcy. Powinna obiecywać spełnienie potrzeb odbiorcy i jego oczekiwań. Korzyść musi być subiektywna, niekoniecznie musi mieć wartość obiektywną. Na przykład dla nastolatka ważne jest nie to, że odrzucając narkotyki uniknie uzależnienia i w konsekwencji uchroni się przed śmiercią, ale że ta postawa wpisuje się w akceptowany wśród rówieśników styl życia i jej przyjęcie zaspokoi silną potrzebę przynależności do grupy. Ważne jest, by ograniczyć przekaz do najistotniejszej korzyści, ponieważ ekspozycja wielu zachęt zniekształca czytelność przekazu. Komunikowana korzyść musi być relatywnie łatwa do zdobycia. Zmiana zachowania patologicznego lub o charakterze nawykowym jest ogromnym kosztem dla odbiorcy. Przy formułowaniu celów kampanii należy mieć to na uwadze i starać się minimalizować koszt osiągnięcia benefitu. To, że komunikat jest nadawany przez media masowe powoduje, że nie jest kwestionowany, a najczęściej biernie i bezrefleksyjnie przyjmowany, co pozwala - przy częstym powtarzaniu danej reklamy społecznej - na zwiększenie skuteczności jej oddziaływania.

Segmentacja odbiorcy

Robert Lauterborn (1990) stwierdził, że od opisu sytuacji dokonanej „oczami firmy” ważniejsze jest w marketingu ujęcie problemu z perspektywy klienta. Zaproponował formułę czterech „C”: *customer value* - wartość dla klienta, *cost* - koszt jaki ponosi klient, *convenience* - wygoda nabycia, *communication* - komunikacja z rynkiem. Dlatego, aby działania prospołeczne były efektywne, najpierw należy „z badać” i opisać odbiorcę reklamy, zanim będzie komponowany *brief*³ dla agencji reklamowej bądź innego wykonawcy kampanii medialnej. Ponieważ odbiorcy nie są identyczni, dokonuje się zróżnicowania populacji docelowej na możliwie homogeniczne podgrupy, wyróżnione ze względu na brane pod uwagę kryteria, ważne z punktu widzenia celów kampanii społecznej. Proces ten nazywamy segmentacją odbiorców. Cechy wyróżnionych segmentów odbiorców warunkują ich podatność na działania perswazyjne. Segmentacja umożliwi także kreację przekazu adresowanego do poszczególnych grup opartą na specyfice języka, charakterystyce i hierarchii potrzeb oraz zachowaniach typowych dla poszczególnych segmentów. Efektywność przekazu reklamowego zależy od trafności doboru kryteriów wykorzystywanych do wyróżnienia segmentów. Główne kryteria brane na ogół przy segmentacji to:

- cechy społeczno-demograficzne – wiek, płeć, zarobki, wykształcenie, miejsce zamieszkania,
- potrzeby – hierarchia potrzeb związanych z produktem – celami kampanii,
- percepcja problemu – kryterium określające aktualną postawę wobec problemu kampanii,
- zachowanie wobec problemu – kryterium różnicujące wagę problemu dla wyróżnionych podgrup,
- styl życia – wyznawane wartości przejawiające się w zachowaniu, sposób spędzania czasu wolnego.

Bibliografia

- Griffin Em, Podstawy komunikacji społecznej, Gdańsk 2002.
 Kotler Ph., Zaltman G., Social marketing. An Approach to Planned Social Change, Journal of Marketing, Nr 35, 1971.
 Lauterborn R., New Marketing Litany: 4 Ps Passe; C words take over, Advertising Age, October 1, 1990.
 Maison D., Maliszewski R., Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej, Warszawa 2002.
 McCarthy, Basic Marketing. A Managerial Approach, R. D. Irwing (ed) Homewood, Illinois 1960.
 Pratkanis A., Aronson E., Wiek propagandy, Warszawa 2003.

³ Brief – dokument zawierający uporządkowany spis celów kampanii i wytycznych, jakie ma spełniać reklama lub dana kampania.



W listopadzie 2006 r. przedstawiciele 35 państw członkowskich zebraли się w Strasburgu w celu przyjęcia nowego programu prac, które będą prowadzone przez Grupę Pompidou¹ w latach 2007-2010. Pod koniec tej konferencji Polska przejęła przewodnictwo nad Grupą Pompidou sprawowane poprzednio przez Holandię.

WYWIAD Z PIOTREM JABŁOŃSKIM

przeprowadzony w związku z objęciem Przez Polskę przewodnictwa w Grupie Pompidou²

Jak widzi pan przyszłość Grupy Pompidou i jakie są według pana najważniejsze działania w najbliższych 4 latach?

Piotr Jabłoński: Uważam, że Holandia poczyniła znaczne postępy, jeśli chodzi o Grupę Pompidou i w oparciu o naprawdę ciężką pracę wykonaną w ostatnim okresie przez mojego poprzednika – Boba Kaisera oraz sekretariat Grupy Pompidou możemy teraz ustalić nową misję Grupy i nowy zakres prac. Grupa Pompidou jest jedyną instytucją w Europie, która koncentruje się bardziej na jakości niż na ilości zadań. Naszą misją jest wspieranie międzynarodowych wysiłków na polu redukcji popytu i podaży narkotyków przy użyciu różnych narzędzi. Zamierzamy połączyć politykę, dobrą praktykę i badania naukowe i oprzeć naszą odpowiedź na sytuację narkotykową na tych trzech filarach. Sądzę również, że pomostowa rola Grupy Pompidou jest bardzo ważna z uwagi na to, że chociaż większość krajów w Europie jest członkami Unii Europejskiej, jest jednak wiele państw

w Europie Wschodniej, takich jak Rosja, Ukraina, Mołdawia, a także innych krajów, jak Norwegia, Szwajcaria i Turcja, które nie należą do Unii.

Innymi słowy mówi pan, że rola pomostowa jest bardzo ważna, zwłaszcza w odniesieniu do krajów, które nie są w UE. Jak pan widzi rolę Grupy Pompidou na tym polu, w porównaniu do innych organizacji międzynarodowych, w szczególności organów Unii Europejskiej i czy widzi pan sposoby poprawy współpracy Grupy Pompidou z nimi?

Chciałbym wrócić do jednego z punktów, o których wspominałem – to znaczy do sprawy jakości. Sądzę, że Grupa Pompidou jest w stanie stworzyć międzynarodową sieć instytucji i ekspertów, która zajmie się kwestią unikania nakładania się, powielania prac i planów pracy różnych instytucji. W oparciu o taki system będziemy także starali się, aby współpraca międzynarodowa była bardziej spójna i wszechstronna.

¹ Grupa Pompidou – to Międzynarodowa Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczenia Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami, powstała w 1971 roku. Od 1980 roku Grupa działa w ramach Rady Europy. Obecnie w jej skład wchodzi 34 państwa europejskie, także niebędące członkami UE.

² wywiad został opublikowany na stronie www.coe.int (Council of Europe, Pompidou Group).

Ma pan odczucie, że współpraca międzynarodowa powinna być bardziej spójna, przejrzysta? Czy jest coś, czego w pana opinii brakuje obecnie?

Dostrzegam, że istnieje wiele instytucji międzynarodowych, które zajmują się problemami narkotyków i często skupiają się na tym samym przedmiocie, co w sposób nieunikniony prowadzi w pewnym stopniu do nakładania się lub powielania pracy. Dlatego też jestem przekonany, że Grupa Pompidou może pomóc zjednoczyć te instytucje, ekspertów i jednocześnie nadać współpracy międzynarodowej bardziej efektywny i przejrzysty kształt.

Czy będzie to jeden z konkretnych, praktycznych rezultatów, które zamierza pan osiągnąć w ramach nowego programu pracy?

Jeśli uda nam się połączyć te trzy dziedziny – politykę, dobrą praktykę i badania naukowe – będziemy mogli dostarczyć informacji o nowych trendach, nowych potrzebach i oczekiwaniach dotyczących polityki wobec narkotyków. Dla przykładu – w ramach Grupy Pompidou rozpoczęliśmy już dyskusję na temat uzależnienia mieszanego – politoksykomanii.

Co to takiego?

Zwykle uważamy narkotyki za substancje nielegalne, jednak, co jest obecnie powszechne w Europie, ludzie przyjmują różne substancje psychoaktywne – legalne, takie jak alkohol i leki w połączeniu z substancjami nielegalnymi.

Takimi jak pigułki gwałtu?

Właśnie tak. Musimy więc rozszerzyć zakres dyskusji. Nie możemy koncentrować się jedynie na tym, jak radzić sobie z substancjami nielegalnymi, lecz musimy również obserwować rozwój sytuacji w odniesieniu do kwestii redukcji popytu. Z powodów politycznych czy prywatnych zwykle znacznie większą uwagę zwraca się raczej na redukcję podaży niż popytu.

A pan próbuje skoncentrować się bardziej na zagadnieniu popytu?

Nie. Ja myślę, że należy zachować zrównoważone podejście.

Zastanawiam się, co Grupa Pompidou mogłaby zaoferować krajom, zwłaszcza w Europie Wschodniej, pozostającym poza Unią Europejską? Czy rozszerzenie członkostwa w Grupie Pompidou jest priorytetem?

Oczywiście chętnie widziałbym to rozszerzenie. Byłbym szczęśliwy, gdybyśmy mieli w Grupie Pompidou na przykład Ukrainę. Byłaby to dla Ukrainy dobra szansa wzmocnienia przynależności do rodziny narodów, jednak nie jest to główne zadanie Grupy Pompidou. Państwa ze wschodniej części Europy mają jeszcze dużo do zrobienia nie tylko w dziedzinie narkotyków, ale także w kwestiach bezpośrednio powiązanych z narkotykami, takich jak epidemia zapalenia wątroby typu C czy problem HIV i AIDS. Są to problemy niezwyklej wagi w szczególności dla Ukrainy, Rosji i Mołdawii. Grupa Pompidou może zaproponować dostęp do programów międzynarodowych, do współpracy międzynarodowej, międzynarodowych narzędzi dotyczących sposobów postępowania i stawienia czoła tym problemom. Możemy zaproponować programy szkoleniowe czy wizyty studyjne dla obywateli tych krajów, oferując im dostęp do wiedzy oraz wymianę doświadczeń w tych dziedzinach, które ich interesują.

Czy są plany konkretnych propozycji takiego szkolenia?

Tak. W Grupie Pompidou mamy sześć platform eksperckich i jedną z nich jest platforma terapeutyczna. Jeśli dany kraj chce rozpocząć współpracę, może skorzystać z doświadczenia ekspertów z innych krajów. Mając swobodny i bezpośredni dostęp do wiedzy, można nie tylko rozwiązywać aktualne problemy, ale również obserwować trendy międzynarodowe i przewidywać, co się wydarzy w przyszłości, w celu opracowywania nowej strategii.

Rozumiem więc, że jest to, być może, z pana strony wezwanie: proszę, przyłączcie się do nas!

Tak, właśnie! Bo mamy dużo do zaoferowania.

W 2007 roku 4-letnie przewodnictwo w Grupie Pompidou objęła Polska. Piotr Jabłoński – dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – został przewodniczącym Stałych Korespondentów¹.

PRIORYTETY POLSKIEJ PREZYDENTURY W GRUPIE POMPIDOU

*Piotr Jabłoński
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

W okresie ostatnich 3 lat Grupa Pompidou w sposób zdecydowany i konsekwentny dokonała przekształceń i modyfikacji swojej misji i struktury organizacyjnej. Polskie przewodnictwo w Grupie wydaje się dużo łatwiejsze, gdyż bazuje na tych zmianach, dokonanych w czasie Prezydencji Holenderskiej pod kierunkiem Przewodniczącego Stałych Korespondentów – Boba Keizera. Dużym osiągnięciem było m.in. zorganizowanie 6 grup roboczych pracujących w tzw. Platformach tematycznych poświęconych: profilaktyce, lecznictwu, wymiarowi sprawiedliwości, urzędowi lotniczemu, etyce i badaniom naukowym. Grupa Pompidou zaczęła także zdecydowanie efektywniej pełnić rolę pomostu pomiędzy ludzkimi poglądami, organizacjami i państwami, dając krajom członkowskim unikalną możliwość prowadzenia na różnych poziomach dialogu i polityki opartej na wiedzy i praktyce.

Kluczowym mechanizmem umożliwiającym Grupie Pompidou osiągnięcie celów jest zaangażowanie Państw Członkowskich. Realizacja Deklaracji Politycznej i misji Grupy jest możliwa dzięki wspólnemu w ramach Grupy rozpoznawaniu potrzeb, budowaniu narzędzi niezbędnych do rozwiązywania problemów i wdrażaniu rozwiązań. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że główną rolę w aktywnym dialogu i uczestnictwie w planowaniu i ocenie podejmowanych działań pełnić powinni Stali Korespondenci.

Ze strony polskiej za priorytety naszego Przewodnictwa uznajemy:

1. aktywne wspieranie działań Platform tematycznych jako głównych „realizatorów” i kreatorów działań, od których przede wszystkim zależy wdrażanie zadań Grupy,

2. kształtowanie wizerunku i widoczności działań Grupy na polu współpracy międzynarodowej,
3. ustawiczne podkreślanie i pielęgnowanie funkcji pomostowej Grupy pomiędzy krajami i regionami. Szczególnie chcielibyśmy wspierać wstąpienie do Grupy nowych krajów, takich jak np. Ukraina czy Gruzja.

Dodatkowo proponujemy poddać pod rozwałę Stałych Korespondentów ideę zorganizowania jesienią 2008 roku w Warszawie rozszerzonego spotkania, które poświęcone byłoby ocenie realizacji działań Grupy w połowie mandatu Prezydencji Polski. Uznaliśmy taką propozycję za wartościową, wychodząc z założenia, że wydłużony z 3 do 4 lat mandat Prezydencji wymaga średniookresowej oceny i ewaluacji. Do spotkania tego proponujemy zaprosić przedstawicieli Platform, aby stworzyć im szansę wymiany doświadczeń ze Stałymi Korespondentami oraz umożliwić udział w spotkaniu zainteresowanym politykom reprezentującym kraje członkowskie Grupy. Szeroka wymiana doświadczeń i dyskusja w tak rozszerzonym gronie pozwoliłaby na ocenę zrealizowanych zamierzeń, doskonalenie działań w drugiej części Prezydencji, a jednocześnie ułatwiłaby stworzenie bazy do opracowania planu pracy na kolejne lata.

Przewodniczący Grupie Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa uznał taką propozycję za szczególnie interesującą, gdyż rozszerza ona możliwości prowadzenia pogłębionego dialogu. Jednocześnie jest to deklaracja równoznaczna z organizacją przyszłej Konferencji Ministerialnej, która wzmocni widoczność i pozycję Grupy Pompidou w strukturach samej Rady Europy.

¹ Stali Korespondenci – przedstawiciele poszczególnych krajów uczestniczących w pracach Grupy Pompidou.

Ważnym elementem budowania pozycji organizacji jest jej obecność w środkach masowego przekazu. Zaproponujemy rozważenie wyprodukowania przez Grupę spotu telewizyjnego, który byłby odpowiedzią na jeden ze wspólnych dla państw członkowskich problemów. Dla przykładu mógłby to być spot profilaktyczny podejmujący temat używania narkotyków i prowadzenia samochodu. Spot taki, poprzedzony dyskusją tematyczną w Grupie, mógłby być nadawany w telewizjach krajów członkowskich 26 czerwca – w Międzynarodowym Dniu Zapobiegania Narkomanii.

W trakcie polskiej Prezydencji chcielibyśmy również znaleźć miejsce na dyskusję nad potencjalnymi zadaniami szkoleniowymi Grupy. Zagadnienie to bywa podnoszone jako ważny temat, choć słabo rozpoznany i realizowany przez inne organizacje europejskie.

Inwestowanie w jakość, która należy do priorytetów Grupy, mogłoby znaleźć również oddźwięk w realizacji zadań związanych ze szkoleniem kadr zajmujących się

terapią, standardami leczenia czy standardami akredytacji placówek leczniczych.

W trakcie spotkań różnych forów Grupy: Stałych Korespondentów, Platform, Biura, spotkań z Sekretariatem, będziemy dążyć do prowadzenia szerokiego, pogłębionego i partnerskiego dialogu.

W naszym rozumieniu państwa członkowskie powinny w zamian za włożony w funkcjonowanie Grupy wysiłek otrzymywać ważne dla nich „produkty”. Wstępnym i niezbędnym warunkiem tego procesu jest wspólna identyfikacja istotnych obszarów tematycznych oraz dyskusja nad możliwymi drogami osiągnięcia wpływu na poprawę istniejącej sytuacji narkotykowej w krajach członkowskich Grupy Pompidou oraz w Europie jako całości.

Tekst jest opracowaniem wystąpienia Piotra Jabłońskiego z okazji objęcia przez Polskę przewodnictwa w Grupie Pompidou.

Zagadnienie narkotyków i narkomanii stanowi coraz poważniejszy problem a zarazem wyzwanie dla społeczności międzynarodowej. Polska - jako średniej wielkości kraj europejski - dotknięty problemem narkotyków podobnie jak inne państwa regionu, aktywnie uczestniczy w pracach instytucji unijnych zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. Problem wykracza poza ramy europejskie i skuteczne przeciwdziałanie nie jest możliwe bez rozwijania współpracy w wymiarze globalnym. Forum takiej współpracy stanowi Organizacja Narodów Zjednoczonych i działająca w jej ramach Komisja Środków Odurzających - Commission on Narcotic Drugs (CND).

50 SESJA KOMISJI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH W WIEDNIU

Łukasz Jędruszak

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Komisja Środków Odurzających została utworzona w 1946 roku przez Radę Gospodarczą i Społeczną Narodów Zjednoczonych (ECOSOC), w celu opracowania międzynarodowych regulacji dotyczących kontroli nad środkami odurzającymi. Jest jedną z 9 komisji funkcjonalnych w ramach struktury Rady Gospodarczej i Społecznej. Jest centralnym organem odpowiedzialnym za kreowanie polityk w zakresie wszelkich kwestii dotyczących

narkotyków (zarówno ograniczania podaży jak i popytu). Komisja odpowiada za sporządzanie szczegółowych światowych analiz i przedstawia propozycje mające na celu wzmocnienie międzynarodowej kontroli narkotyków. Obecnie w skład Komisji wchodzi 53 państwa (w tym 9 państw Unii Europejskiej). Komisja spotyka się raz do roku (zgodnie z rezolucją Rady Gospodarczej i Społecznej nr 1991/39 z 21 czerwca 1991 r.).

Tegoroczne - 50 spotkanie Komisji - odbyło się w dniach 12-16 marca. W sesji udział brały - oprócz państw członkowskich - kraje występujące w roli obserwatora oraz m.in. EMCDDA, EUROPOL, Rada Europy, Światowa Organizacja Zdrowia, Organizacja Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Komisja Europejska oraz liczne organizacje pozarządowe. W sesji uczestniczyły wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej prezentujące jednolite stanowisko (wypracowane podczas posiedzeń Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Rady Unii Europejskiej – HDG). W skład polskiej delegacji weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Komendy Głównej Policji, Prokuratury Krajowej, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego i Sanitarnego oraz Stałego Przedstawicielstwa RP przy Biurze NZ i Organizacjach Międzynarodowych w Wiedniu. Unia Europejska, tak jak ma to miejsce każdego roku, także i tym razem przygotowała projekty rezolucji na sesję Komisji Środków Odurzających. Pierwszy z nich dotyczył funkcjonowania laboratoriów zajmujących się badaniem narkotyków, drugi poświęcony był zapobieganiu dywersyfikacji prekursorów narkotykowych. Zarówno treść tych projektów jak i propozycje wystąpień UE zostały opracowane w trakcie posiedzeń Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (HDG) Rady Unii Europejskiej. W trakcie tegorocznej sesji wszystkie z 18 wcześniej przedłożonych projektów rezolucji (w tym rezolucje zgłoszone przez UE) zostały przyjęte przez tzw. *Committee of the Whole*¹.

Rezolucje dotyczyły:

1. *Drugiej Konferencji Ministerialnej poświęconej szlakom przemytu narkotyków z Afganistanu* (projekt rezolucji zaproponowany przez Federację Rosyjską, UE będzie współfinansować działania wynikające z tej rezolucji),
2. *Postanowień dotyczących przewożenia, w trakcie podróży międzynarodowych, substancji kontrolowanych innych niż wyszczególnione w Wykazie nr 1 przez osoby pozostające pod kontrolą lekarską* (projekt wniesiony przez Szwajcarię, UE będzie współfinansować działania wynikające z tej rezolucji),
3. *Odpowiedzi na zagrożenie wynikające z nadużywania i nieprawidłowego wykorzystania ketaminy* (projekt

zaproponowany przez Argentynę, UE będzie współfinansować działania wynikające z tej rezolucji),

4. *Wzmocnienia systemu informacji dotyczącego przemytu nielegalnych środków odurzających i dywersyfikacji prekursorów chemicznych* (projekt Argentyny),
5. *Konieczności utrzymania równowagi pomiędzy popytem i popytem opiatów używanych w celach medycznych i naukowych* (propozycja Indii i Turcji),
6. *Zapobiegania dywersyfikacji prekursorów narkotykowych i innych substancji wykorzystywanych do nielegalnego wyrobu substancji psychotropowych i środków odurzających* (projekt wniesiony przez Niemcy w imieniu Unii Europejskiej),
7. *Poprawy jakości funkcjonowania laboratoriów kryminalistycznych* (projekt wniesiony przez Niemcy w imieniu Unii Europejskiej). Polska aktywnie uczestniczyła w wypracowywaniu ostatecznego kształtu projektu rezolucji podczas posiedzeń HDG, wnosząc do jego tekstu liczne poprawki,
8. *Identyfikacji źródeł prekursorów narkotykowych wykorzystywanych w nielegalnej produkcji narkotyków* (projekt Indii, współfinansowany przez UE),
9. *Wzmacniania współpracy w celu przeciwdziałania dywersyfikacji prekursorów narkotykowych* (projekt Australii i Japonii),
10. *Wykorzystania analizy podpisu do wspierania działań wywiadowczych i operacyjnych* (projekt zaproponowany przez Japonię),
11. *Wspierania działań antynarkotykowych i programów podejmowanych przez Afganistan* (projekt przedłożony przez Afganistan i Zjednoczone Królestwo, współfinansowany przez UE),
12. *Współpracy międzynarodowej na rzecz przeciwdziałania nielegalnemu obrotowi, poprzez Internet, środkami podlegającymi międzynarodowej kontroli* (propozycja Argentyny, Brazylii, Dominikany, Ekwadoru, Meksyku, Panamy, Paragwaju, Peru i USA),
13. *Środków oceny realizacji do 2009 r. celów ustanowionych Deklaracją Polityczną przyjętą podczas XX Sesji Szczególnej Zgromadzenia Ogólnego NZ w 1998 r. - tzw. UNGASS Declaration* (projekt wniesiony przez Kanadę, Ekwador, Panamę oraz Peru, współfinansowany przez UE),
14. *Strategii dla UNODC na lata 2008-2011* (projekt rezolucji wniesiony przez przewodniczącego CND, UE zdecydowała, iż wesprze projekt finansowo),

¹ *Committee of the Whole* to forum złożone z przedstawicieli państw biorących udział w sesji CND, negocjujące treść proponowanych decyzji i rezolucji w celu uzyskania wspólnego konsensusu.

15. *Poprawy zbierania danych dotyczących nadużywania środków odurzających przez państwa członkowskie w celu poprawy jakości danych i porównywalności dostarczonych informacji* (projekt Brazylii, współfinansowany przez UE),
16. *Zwiększania bezpieczeństwa dokumentów eksportowo importowych dotyczących substancji kontrolowanych* (projekt Argentyny),
17. *Wzmacniania międzynarodowego poparcia dla Haiti w walce z problemem narkotyków* (propozycja Peru, wniesiona w imieniu Grupy Państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów – GRULAC, projekt współfinansowany przez UE),
18. *Stosowania charakterystyki narkotyków i chemicznego profilowania w celu poprawy egzekwowania prawa w działaniach wywiadowczych i pracy operacyjnej, przy świadczeniu pomocy technicznej oraz przy dokonywaniu analizy trendów nielegalnej produkcji środków odurzających* (projekt Argentyny i Japonii).

W trakcie tegorocznej sesji odbyła się debata tematyczna poświęcona nowym wyzwaniom w zakresie kontroli prekursorów narkotykowych. Szczególny nacisk położono na aktualną sytuację na rynku narkotyków syntetycznych w Federacji Rosyjskiej, gdzie rocznie produkuje się około 11 milionów ton prekursorów. Przedstawiciel Rosji zapowiedział, że planuje się wprowadzenie znakowania prekursorów najczęściej wykorzystywanych do nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych. Dzięki temu możliwe będzie ustalenie źródeł ich pochodzenia. Podkreślono potrzebę implementacji przepisów prawnych w zakresie kontroli obrotu prekursorami (wprowadzenie certyfikatów eksportowych, importowych, tranzytowych) oraz konieczność poprawy mechanizmów wymiany informacji dotyczących metod i szlaków przemytu prekursorów. Podczas obrad plenarnych poświęconych działaniom antypopytowym zaprezentowano dwa raporty UNODC²: *World situation with regard to drug abuse* oraz *World Drug Problem – Fourth Biennial Report on Drug Demand Reduction*. Raporty te ukazywały:

- obecne tendencje w spożyciu narkotyków w wymiarze globalnym: wzrost spożycia konopi indyjskich, spadek spożycia opiatów i kokainy, utrzymywanie się spożycia stymulantów z grupy amfetaminy (ATS) na dotychczasowym poziomie,

- tendencje dotyczące spożycia narkotyków w poszczególnych regionach: spadek spożycia konopi indyjskich w Ameryce Północnej i Australii, spadek spożycia heroiny i opiatów w Europie, Australii i Azji Południowo-Wschodniej, spadek spożycia kokainy w Ameryce Północnej, trend stabilizacyjny - jeśli chodzi o ATS - w Europie, Ameryce Północnej i Afryce Północnej, Azji Południowo-Wschodniej, Australii i Oceanii.

Istotnym problemem omawianym podczas dyskusji okazała się kwestia finansowania działalności Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC). Jedynie 12% zasobów Biura pochodzi z regularnego budżetu NZ, pozostałe 88% - z wpłat dobrowolnych. W związku z tym dyrektor finansowy UNODC zaapelował o przekazywanie dobrowolnych wpłat do budżetu ogólnego bez określania konkretnego projektu, na który dana suma zostanie przeznaczona. Mimo problemów, o których wspomniano powyżej, przedstawiciele delegacji uczestniczących w sesji wyrazili uznanie dla działalności UNODC, chwając jego aktywność w obszarze działań prowadzonych na rzecz ograniczania popytu. Za konieczne uznano rozwijanie współpracy UNODC ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i z UNAIDS. Oprócz oficjalnych spotkań i dyskusji miały miejsce, jak co roku, liczne spotkania o charakterze nieformalnym. Przewodniczący delegacji polskiej uczestniczył w spotkaniach m.in. z przedstawicielami INCB³ i Paktu Paryskiego. Więcej uwagi warto poświęcić spotkaniu z przewodniczącym delegacji rosyjskiej, podczas którego omawiano możliwości dalszej współpracy między UE a Rosją, będącej kontynuacją postanowień konferencji poświęconej narkotynom i narkomanii, która odbyła się w Warszawie w listopadzie 2006 r. Strona rosyjska planuje zorganizowanie jesienią b.r. w Moskwie lub Petersburgu spotkania podsumowującego warszawską konferencję, podczas którego odbędzie się także dyskusja poświęcona implementacji jej postanowień. Polska została poproszona o udzielenie wsparcia w opracowywaniu programu merytorycznego tego spotkania.

Pięćdziesiąta sesja CND poświęcona była głównie zagadnieniom związanym z ograniczaniem podaży narkotyków. Świadczy o tym zarówno charakter zgłaszanych rezolucji jak i zagadnienia poruszane w trakcie debaty plenarnej. Pomimo tego, iż większość rezolucji przyjęto bez poważnych zastrzeżeń, dwie z nich wzbu-

² UNODC – Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości.

³ INCB – Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających.

dziły ożywioną dyskusję. Pierwsza - dotycząca działań antynarkotykowych Afganistanu - ukazała bardzo widoczne różnice stanowisk USA i Wielkiej Brytanii z jednej strony a Iranu z drugiej. Kolejna rezolucja - poświęcona ocenie implementacji postanowień deklaracji UNGASS⁴ z 1998 r. – ukazała różnice w podejściu do kwestii finansowania spotkania ewaluacyjnego. Należy zwrócić uwagę, iż poważny problem stanowi kwestia finansowania UNODC. Zdaniem uczestników spotkania

konieczne jest zwiększenie wpływów z „regularnego” budżetu ONZ. Jeśli budżet ten się nie zwiększy, nie będzie możliwe realizowanie takiej ilości projektów, jak ma to miejsce obecnie.

Podczas przygotowywania niniejszego tekstu korzystało m. in. ze sprawozdania z przebiegu 50 sesji CND opracowanego przez Dominikę Krois (na podstawie materiałów do sprawozdania z 50 Sesji, otrzymanych od członków delegacji polskiej uczestniczących w tegorocznej sesji CND).

⁴ UNGASS - specjalna sesja Narodów Zjednoczonych poświęcona narkotynom.

KALENDARIUM

Wydarzenie	Data	Miejsce
Współpraca międzynarodowa		
Akademia REITOX EMCDDA dotycząca analizy publicznych wydatków na problem narkotyków i narkomanii	11 maja	Luxemburg
Spotkanie dotyczące programu badawczego E-POD	21 – 22 maja	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA, Wstępny trening w obsłudze programu FONTE	22 maja	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA, Spotkanie Head of National Focal Point	23 – 25 maja	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	31 maja	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Trójki i zainteresowanych państw członkowskich z delegacją Ukrainy	1 czerwca	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Komitetu Technicznego EU-LAC	1 czerwca	Bruksela, Belgia
Spotkanie dotyczące systemu wczesnego ostrzegania (EWS), EMCDDA	15 – 16 czerwca	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	20 czerwca	Bruksela, Belgia
Spotkanie ekspertów dotyczące wskaźnika rozpowszechnienia używania środków psychoaktywnych w populacji generalnej, EMCDDA	28 – 29 czerwca	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA, Specjalny trening w obsłudze programu FONTE	5 – 6 lipca	Ankara, Turcja
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	11 lipca	Bruksela, Belgia
Wizyta Studyjna Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (NFP) w ramach programu Twinning Light	16 – 19 lipca	Hamburg, Niemcy
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków (Prezydencja Portugalska)	24 października	Lizbona, Portugalia
Grupa Pompidou, spotkanie „Interagency Cooperation”, w którym udział wezmą przedstawiciele Komisji Europejskiej, państw członkowskich EMCDDA, UNDCP	14-15 listopada	Warszawa
Wydarzenia krajowe		
Szkolenie „Zarządzenie jakością w zakładach opieki zdrowotnej”, KBPN	6 – 8 maja	Paprotnia pod Sochaczewem
Szkolenia realizatorów badania „Monitorowanie zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków”, KBPN:	8 – 10 maja	Toruń
	15-17 maja	Falenty
	22 – 24 maja	Kraków
Konferencja podsumowująca program Twinning Light, KBPN	20 – 21 czerwca	Kraków
Konferencja dla pełnomocników ds. przeciwdziałania narkomanii, KBPN	21 – 22 czerwca	Warszawa
XII spotkanie Ekspertów Wojewódzkich, KBPN	11 - 13 lipca	Kraków

Jednym z głównych celów działalności Rady Unii Europejskiej jest reprezentowanie interesów państw członkowskich na forum Wspólnoty i wpływanie na kształt polityk we wszystkich jej obszarach. Rada, pełniąc rolę organu decyzyjnego i prawodawczego, jest głównym organem legislacyjno-decyzyjnym w Unii, dzięki czemu ma realny wpływ na kreowanie polityk w obszarze narkotyków i narkomanii.

RADA UNII EUROPEJSKIEJ I JEJ GRUPY ROBOCZE – HORYZONTALNA GRUPA ROBOCZA DS. NARKOTYKÓW

Łukasz Jędruszek

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W ramach Rady Unii Europejskiej funkcjonuje około 250 komitetów i grup roboczych, w skład których wchodzi delegaci państw członkowskich. Jeśli chodzi o tematykę narkotykową, to kluczową rolę pełni tzw. Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków tzw. *Horizontal Working Party on Drugs* (HDG).

Horyzontalna Grupa Robocza zajmuje się koordynacją polityk antynarkotykowych na poziomie UE. Jej horyzontalny charakter przejawia się tym, iż spaja ona i koordynuje kwestie związane z narkotykami na poziomie innych grup roboczych Rady Unii, zarówno w obszarze redukcji podaży, jak i popytu (inne grupy poruszające kwestie związane z narkotykami to: Grupa ds. Współpracy Policyjnej, Multidyscyplinarna Grupa Robocza ds. Przestępczości Zorganizowanej, Grupa Robocza ds. Współpracy Celnej, Grupa Robocza ds. Unii Celnej i Grupa Robocza ds. Zdrowia Publicznego).

W skład HDG wchodzi przedstawiciele krajowych ministerstw i instytucji odpowiedzialnych za krajowe polityki narkotykowe. Do najważniejszych zadań stawianych Horyzontalnej Grupie należą:

- wymiana informacji oraz ocena polityk narkotykowych i problemów na poziomie UE,
- identyfikacja kluczowych zagadnień obejmujących więcej niż jedno państwo członkowskie,
- poprawa koordynacji działań podejmowanych przez państwa członkowskie w ramach Unii, a także poza nią,
- opracowywanie projektów Strategii Antynarkotykowych i także Planów Działania.

W pracach Grupy, oprócz przedstawicieli państw członkowskich, biorą udział reprezentanci Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europejskiego Urzędu Policji (EUROPOL) oraz właściwych komórek Komisji Europejskiej. Posiedzenia Horyzontalnej Grupy odbywają się raz w miesiącu, a obradom przewodniczy państwo, które w danym półroczu sprawuje Prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Natomiast co pół roku, w trakcie trwania Prezydencji, odbywają się Spotkania Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków. Z ramienia Polski Krajowym Koordynatorem ds. Narkotyków jest dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Należy wspomnieć, iż Grupa stara się wywierać wpływ na kreowanie polityk antynarkotykowych w innych regionach, także odległych od Europy. Przykładem tego są spotkania Trójki (byłe, obecne i przyszłe państwo sprawujące Prezydencję w Radzie UE) i zainteresowanych państw członkowskich z delegacjami Federacji Rosyjskiej, Iranu, Afganistanu, Turcji, USA, Ukrainy oraz Bałkanów Zachodnich. Regularnie odbywają się spotkania Komitetu Technicznego z państwami Ameryki Łacińskiej i Karaibów (tzw. *EU-LAC*). Ponadto Grupa współpracuje ze Wspólnotą Andyjską, Paktem Paryskim, Grupą Pompidou Rady Europy i z UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*). Horyzontalna Grupa uczestniczy też w corocznych sesjach Komisji Środków Odurzających (*Commission on Narcotic Drugs*) w Wiedniu.

Od momentu podpisania traktatu akcesyjnego w kwietniu 2003 r. przedstawiciele Polski uczestniczyli w posiedzeniach HDG w roli obserwatorów, natomiast z chwilą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej – w maju 2004 r. – reprezentanci Polski mają prawo głosu, dzięki czemu wywierają realny wpływ na kształt decyzji i dokumentów wypracowywanych na forum tej grupy roboczej.

Do marca 2007 r. koordynację na poziomie ministerialnym sprawowało Ministerstwo Zdrowia, obecnie zadanie to realizuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. W pracach Grupy biorą udział przedstawiciele Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (reprezentujący Ministerstwo Zdrowia) oraz reprezentanci Komendy Głównej Policji. Przedstawiciele Krajowego Biura odpowiedzialni są w pracach Grupy za kwestie dotyczące szeroko rozumianego ograniczania popytu, z kolei eksperci policyjni zajmują się sprawami dotyczącymi ograniczania podaży.

Dzięki staraniom reprezentantów Polski w Europejskim Planie Działania na lata 2005-2008 (*EU Action Plan 2005-2008*) znalazł się zapis, zgodnie z którym do regionów priorytetowych UE zaliczono państwa trzecie leżące na wschodniej granicy Wspólnoty. Do sukcesów Polski w kreowaniu unijnej polityki wschodniej zaliczyć trzeba zorganizowanie – we współpracy z Prezydencją fińską, Komisją Europejską, EMCDDA

i Europolem – konferencji Unia Europejska – Rosja w zakresie przeciwdziałania narkotykom i narkomanii. Jeszcze w 2005 r. na forum HDG przedstawiciele Polski zaproponowali zorganizowanie w Polsce konferencji poświęconej współpracy z Federacją Rosyjską w obszarze narkotyków i narkomanii. Propozycja spotkała się z zainteresowaniem państw członkowskich, Prezydencji i Komisji Europejskiej. Przez cały rok 2006 miały miejsce przygotowania, a konferencja odbyła się w dniach 12-14 listopada 2006 r. w Warszawie¹.

Uczestnictwo w pracach Horyzontalnej Grupy daje Polsce realną możliwość wpływania na kształt unijnej polityki antynarkotykowej. Tylko od zaangażowania naszych przedstawicieli zależy, jak ta szansa zostanie wykorzystana. Jednym z obszarów priorytetowych w polskiej polityce zagranicznej są państwa leżące za naszą wschodnią granicą, czyli Ukraina i Rosja. Dzięki możliwościom, jakie daje uczestnictwo w pracach HDG i zaangażowaniu przedstawicieli Polski, także UE traktuje ten obszar jako jeden ze swych regionów priorytetowych w kontekście przeciwdziałania narkotykom i narkomanii. Biorąc pod uwagę dotychczasową aktywność Polski na forum HDG wydaje się, że szansa ta jest należycie wykorzystywana.

¹ Więcej informacji na temat konferencji dostępnych jest w artykule „Eksperci na szczycie”, który ukazał się w numerze 4 (35) 2006 Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA.

Czy interwencje i programy lecznicze prowadzone dla osób uzależnionych od narkotyków w Europie uwzględniają specyficzne potrzeby kobiet zgłaszających się po pomoc?

UŻYWANIE NARKOTYKÓW A PŁEĆ

*Agnieszka Kolbowska
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Artykuł wykorzystuje opracowanie Agencji UE ds. Narkotyków (EMCDDA) pt. „Różnice między płciami w używaniu narkotyków i związane z tym problemy” (EMCDDA 2006) opublikowane równolegle ze „Sprawozdaniem Rocznym 2006 na temat Stanu Problemu Narkotykowego w Europie”. Zaprezentowane zostaną także

wyniki badań zrealizowanych na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Pierwszym z nich jest pilotażowe badanie pn. „Macierzyństwo przez pryzmat uzależnienia” zrealizowane w Krakowie w 2006 roku, drugim – projekt pn. „Opieka perinatalna nad ciężarną uzależnioną

od środków psychoaktywnych” przeprowadzony w 2005 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

W Europie dostępność do leczenia jest nadal ograniczona dla kobiet.

Jak donosi EMCDDA, służba zdrowia w całej Europie zaczyna zdawać sobie sprawę z faktu, że kobiety z problemem narkotykowym wymagają – ze względu na swoje szczególne potrzeby – specjalistycznej pomocy. Jednak dostęp do specjalistycznego, skierowanego do kobiet leczenia pozostaje bardzo ograniczony.

Według opracowania pt. „Różnice między płciami w używaniu narkotyków i związane z tym problemy” większość programów leczniczych dostosowanych jest do potrzeb osób uzależnionych od opiatów, czyli głównie mężczyzn. Pomimo tego, że prawie wszystkie państwa członkowskie UE i Norwegia dysponują obecnie ośrodkami terapii przeznaczonymi wyłącznie dla kobiet lub kobiet z dziećmi, to programy kierowane do tej grupy docelowej wciąż stanowią wyjątek i często dostępne są wyłącznie w dużych ośrodkach miejskich. W konsekwencji, jeśli miejscowe placówki leczenia uzależnień nie świadczą tego typu usług, większość kobiet nie otrzymuje specjalistycznej pomocy.

Odnosząc się do omawianej kwestii Wolfgang Götz – dyrektor EMCDDA – powiedział: „Nasze sprawozdanie wyraźnie wskazuje, że w Europie istnieją przykłady odpowiedniego leczenia, które mogą służyć za przykład. Świadczone usługi okazują się skuteczne dla kobiet w ciąży, kobiet z dziećmi, pomagają rozwiązywać nawet tak złożone kwestie jak problemy narkotykowe współwystępujące z przemocą fizyczną lub seksualną. Obszar, którym trzeba się zająć, nie dotyczy samego modelu usług zgodnego z potrzebami kobiet, a raczej odnosi się do zapewnienia szerokiego dostępu do specjalistycznej opieki dla kobiet”.

Radzenie sobie z problemami narkotykowymi, w tym unikanie trudnych do zniesienia objawów odstawienia narkotyku, stanowi ważny aspekt ochrony zdrowia zarówno matki jak i dziecka. Obecnie kobietom w ciąży oferowany jest uprzywilejowany dostęp do specjalistycznego leczenia, mimo że po urodzeniu dziecka pomoc nie zawsze jest kontynuowana.

Kobiety stanowią w Europie ok. 20% osób, które otrzymują leczenie z powodu narkotyków. Mniej więcej jedna na cztery kobiety zgłaszające się do leczenia z powodu narkotyków wychowuje dzieci (23%). Badania wskazują, że istotnym czynnikiem, który zniechęca kobiety do

podejmowania leczenia, jest troska o opiekę nad dziećmi w trakcie trwania terapii. Rozwiązanie problemu opieki nad dziećmi stanowi obecnie główny element rozwoju „programów przyjaznych kobietom”, który może sprawić, że kobiety zażywające narkotyki podejmą leczenie i będą je kontynuować. Obecnie programy łączące leczenie uzależnienia z opieką nad dziećmi oferują: Belgia, Czechy, Niemcy, Grecja, Francja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Holandia, Austria, Portugalia, Wielka Brytania i Norwegia. Programy uwzględniające płęć ukierunkowane są zwykle na macierzyństwo, jednak pewien szwedzki program podkreśla istotę ojcostwa u uzależnionych mężczyzn.

Podejmowane działania bywają nieskuteczne w odniesieniu do kobiet.

We wszystkich państwach UE wskaźnik śmiertelności w związku z narkotykami wśród mężczyzn jest wyższy niż u kobiet, wśród których wynosi – w zależności od kraju – od 7% do 35% zgonów. Opracowanie EMCDDA podkreśla istotne różnice pomiędzy płciami, jeśli chodzi o zgony związane z narkotykami. Podczas, gdy śmiertelność wskutek przedawkowań w „starych” krajach UE pomiędzy rokiem 2000 a 2003 spadła wśród mężczyzn o ok. 30%, to wśród kobiet spadła jedynie o 15%. Prowadzi to do sformułowania hipotezy, że działania z obszaru ograniczania szkód kierowane do osób używających narkotyków mają mniejszy wpływ na kobiety niż na mężczyzn.

Obawy dotyczą również stosunkowo wysokich wskaźników zakażeń HIV wśród kobiet wstrzykujących narkotyki. Kobiety używające narkotyków o wiele częściej trudnią się usługami seksualnymi, są także fizjologicznie bardziej podatne na zakażenie HIV. Ostatnie wyniki badań wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki, prowadzone w dziewięciu państwach UE, wykazały że wskaźnik rozpowszechnienia HIV u mężczyzn wstrzykujących narkotyki wynosi 13, 6% w porównaniu z 23, 3% u kobiet. Sytuację potwierdzają dane z Polski (Rosińska 2006). Badanie występowania zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach przeprowadzono w 2005 r. w trzech regionach kraju – województwie lubelskim, województwie warmińsko-mazurskim oraz we Wrocławiu. Do projektu włączono 353 osoby, w tym 105 kobiet (29,7%). Testy przeprowadzone metodą immunoenzymatyczną¹ wykryły zakażenie HIV u 25 kobiet

¹ badanie na obecność przeciwciał anti-HIV, którymi są białka wyprodukowane przez układ odpornościowy po wtargnięciu wirusa HIV do organizmu.

(23,8%), prawie połowa z nich nie miała jeszcze ukończonych 25 lat.

EMCDDA ostrzega, że – pomimo iż ogólnie więcej mężczyzn wstrzykuje narkotyki i umiera w wyniku ich używania – to nie możemy ignorować faktu, że kobiety przyjmujące narkotyki w iniekcjach są bardziej narażone na szkody z tym związane, a także trudniej jest dotrzeć do kobiet potrzebujących pomocy.

Jak kobiety i mężczyźni przyjmują narkotyki?

Według opracowania Agencji UE ds. Narkotyków istnieją wyraźne różnice między płciami w niemal wszystkich aspektach zjawiska narkomanii. We wszystkich krajach Europy wśród osób zażywających narkotyki mężczyźni nadal przewyższają liczebnie kobiety, szczególnie w przypadku używania częstego, intensywnego i problemowego.

Analiza danych przeprowadzona przez EMCDDA na dorosłej populacji Europejczyków (15-64 lata) nie dostarczyła mocnych dowodów na to, że różnica między poziomem zażywania narkotyków przez mężczyzn i kobiety ulega zmniejszeniu. Jednak dane dotyczące zażywania narkotyków przez uczniów (15-16 lat)² ujawniają niepokojące tendencje. W niektórych państwach członkowskich dziewczęta wydają się doganiać swoich rówieśników, jeśli chodzi o używanie narkotyków i alkoholu co najmniej raz w życiu. Pojawia się zatem pytanie, jak taka tendencja wpłynie na przyszły kształt zjawiska narkomanii?

W Czechach, Danii, Estonii, Irlandii, Łotwie, **Polsce**, Słowacji i Norwegii ostatnie badania ankietowe wskazują zmniejszenie różnicy między płciami, jeśli chodzi o uczniów, którzy zażywali konopie indyjskie przynajmniej raz w życiu.

W kolejnych państwach – Irlandii, Finlandii i Norwegii – mniej więcej równa liczba dziewcząt i chłopców przyznała się do co najmniej jednokrotnego zażycia konopi. Także w przypadku używania kiedykolwiek w życiu ekstazy wskaźniki w podziale na płeć były w przybliżeniu jednakowe w Czechach, Niemczech, Hiszpanii, Estonii, Węgrzech, Irlandii, Łotwie, Słowacji, Finlandii i Wielkiej Brytanii.

W całej Europie (z wyjątkiem Irlandii, Wielkiej Brytanii i Norwegii) do udziału w ciągu ostatniego miesiąca w imprezach, podczas których uczestnik wypił pięć lub więcej porcji alkoholu, przyznaje się więcej chłopców. Z kolei w przypadku przyjmowania przynajmniej raz w życiu środków uspokajających bez przepisu lekarza wskaźnik jest wyższy wśród dziewcząt. Generalnie wskaźniki przyjmowania przez dziewczęta leków bez recepty kiedykolwiek w życiu są wysokie. Ponad połowa sprawozdających się państw przedstawiła wskaźniki rozpowszechnienia przekraczające 5%, osiągające 18% na Litwie i 22% w **Polsce**.

Wyniki badań prowadzonych w naszym kraju w 2005 r. na reprezentatywnych próbach 15/16-letnich i 17/18-letnich uczniów zdają się wskazywać, w kwestii sięgania po substancje psychoaktywne, postępującą emancypację dziewcząt (Sierosławski 2006).

Wskaźniki picia alkoholu przynajmniej raz w życiu są bardzo podobne dla chłopców i dziewcząt, mimo że picie alkoholu w naszej tradycyjnej kulturze to raczej domena mężczyzn. Wśród dorosłych mieszkańców Polski spotykamy wielokrotnie więcej niepijących kobiet, niż mężczyzn abstynentów. Wśród nastolatków proporcje te się wyrównują. Bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców jest sięganie po leki uspokajające i nasenne. Także próby łączenia alkoholu z tabletkami częściej spotyka się wśród dziewcząt. Wśród 17/18-letnich uczniów proporcje dziewcząt i chłopców często używających amfetaminy oraz odsetki często sięgających po ekstazy są bardzo zbliżone.

Macierzyństwo z perspektywy uzależnienia

W 2006 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dofinansowało pilotażowe badanie prowadzone przez Krakowskie Towarzystwo Przeciwdziałania Uzależnieniom. Jak już wspomniano kobiety uzależnione od narkotyków są specyficzną grupą odbiorców działań kierowanych do osób uzależnionych. Ponadto brakuje konkretnej strategii pomocy dla kobiet przyjmujących narkotyki. Celem projektu „Macierzyństwo z perspektywy uzależnienia” (Krajewska 2006) było rozpoznanie sytuacji życiowej 68 kobiet przebywających w Krakowie, które zostały matkami biorąc nałogowo środki psychoaktywne, a także identyfikacja

² badanie ESPAD. Opracowanie jest dostępne na stronie <http://www.espad.org/index.html>.

zagrożeń dla zdrowia i rozwoju ich dzieci. Głównym kryterium doboru ankietowanych było macierzyństwo i używanie narkotyków w czasie ciąży. W związku z tym w grupie badanych znalazły się zarówno kobiety czynnie używające narkotyków, jak również neofitki³ programów terapii długoterminowej. Kolejne 12 kobiet korzystało – w czasie, kiedy prowadzono badanie – z programu substytucji metadonowej. Taki dobór próby był celowy i miał zobrazować całość środowiska kobiet uzależnionych. U większości badanych kobiet zdiagnozowano uzależnienie mieszane (34 kobiety), pozostałe były uzależnione od opiatów.

W trakcie badania ustalono, że 20 kobiet wychowywało samotnie dziecko, 22 kobiety żyły w związkach nieformalnych, zaledwie 4 były mężatkami. W większości przypadków partnerami ankietowanych kobiet byli mężczyźni uzależnieni (34 kobiety wskazały, że są w związku z narkomanem).

Kolejne pytania dotyczyły zagadnień związanych z planowaniem ciąży. 32 respondentki stwierdziły, że przed zajściem w ciążę nie stosowały żadnych metod antykoncepcji. Uzasadnieniem takiego stanu rzeczy był m.in. brak środków finansowych na zakup środków antykoncepcyjnych oraz wiara w to, że „w czasie brania narkotyków nie można zajść w ciążę”. Bardzo często powodem nie stosowania antykoncepcji była niechęć partnera do korzystania z jakichkolwiek metod. Stąd też w przypadku 43 kobiet ich ciąża nie była planowana.

Jednym z bardzo istotnych pytań była subiektywna ocena własnej wiedzy kobiet uzależnionych dotyczącej wpływu narkotyków na dziecko w wieku prenatalnym. Połowa ankietowanych zadeklarowała, że miała świadomość wpływu narkotyków na ciążę. Tym bardziej niepokojący jest fakt, że aż 47 z 68 przebadanych kobiet – wiedząc, że są w ciąży – nadal przyjmowało narkotyki. Zaledwie 8 respondentek zmniejszyło dawki przyjmowanych narkotyków w czasie ciąży. Kolejne 8 kobiet zaczęło przyjmować narkotyki w sposób bezpieczniejszy, tzn. nie mieszając różnych substancji lub rezygnując ze wstrzykiwania ich. Dodatkowym problemem było przyjmowanie przez ciężarne kobiety innych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol i leki. Takie połączenie stosowały 32 respondentki. Zaledwie 5 z nich nie paliło papierosów w czasie ciąży. Badane

wspominały również o innych zdarzeniach niebezpiecznych dla dziecka w wieku prenatalnym. 19 kobiet przyznało, że w czasie ciąży były ofiarami przemocy fizycznej. W większości przypadków sprawcami nadużyć byli partnerzy życiowi respondentek. W świetle wcześniejszych wypowiedzi cieszy fakt, że 47 z 68 dzieci (70%) urodziło się z wysoką punktacją – 9 lub 10 punktów w skali Apgar⁴, jednak 32 z nich z „ze-społem abstynencji narkotykowej”.

W czasie ciąży 30 badanych kobiet korzystało z różnego rodzaju programów pomocowych – Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Domu Samotnej Matki, Centrum Praw Kobiet, w 8 przypadkach kobietom odmówiono pomocy. W ankiecie poproszono także respondentki o podanie najpotrzebniejszych ich zdaniem form pomocy dla kobiet uzależnionych. Najczęściej powtarzające się odpowiedzi dotyczyły pieniędzy oraz mieszkania.

Z badań wynika, że po urodzeniu dziecka prawa rodzicielskie utraciło 6 kobiet. Na pytanie, kto nauczył respondentkę opieki nad noworodkiem, kobiety odpowiadały najczęściej, że matka lub położna, znacznie rzadziej opieki uczyły koleżanki. 10 spośród ankietowanych nie miało żadnej pomocy i same nauczyły się opiekować dzieckiem. Równocześnie 14 kobiet nie chciało po porodzie widzieć i przytulać dziecka. Na pytanie, czy badana chciała podać noworodkowi jakiś środek uspokajający, gdy dziecko nie chciało spać lub płakało, 6 kobiet odpowiedziało twierdząco, do używania przemocy w takich sytuacjach przyznało się 12 respondentek. Na pytanie, czy dziecko stanowiło motywację do podjęcia leczenia, 22 kobiety odpowiedziały twierdząco. Respondentki utrzymywały jednak, że najczęściej ta motywacja pojawiła się dopiero kilka lat po urodzeniu dziecka. Ponadto w trakcie badania okazało się, że respondentki nigdy wcześniej nie rozmawiały o tym ważnym i często źle wspomnianym okresie, jakim była ciąża. Wiele kobiet dopiero w trakcie wywiadu uświadomiło sobie niebezpieczeństwo związane z używaniem narkotyków w czasie ciąży, jak również siłę własnej choroby.

³ neofita – osoba, która niedawno ukończyła program leczenia uzależnienia od narkotyków i obecnie utrzymuje abstynencję.

⁴ Skala Apgar – skala używana w medycynie w celu określenia stanu noworodka w 1, 3, 5 i 10 minucie życia. Wprowadziła ją w 1953 Virginia Apgar, zaś akronim powstał 10 lat później. Dziecko może dostać minimalnie 0, a maksymalnie 10 punktów w skali Apgar.

Opieka w Polsce nad kobietami w ciąży uzależnionymi od narkotyków

Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadziła w 2005 r. projekt badawczy „Opieka perinatalna nad ciężarną uzależnioną od środków psychoaktywnych” (Niemiec, Kowalska 2005).

Projekt miał na celu ocenę ryzyka wystąpienia powikłań ciąży i porodu u kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych, analizę psychologiczną i socjologiczną postaw uzależnionych kobiet spodziewających się dziecka oraz ocenę przydatności i możliwości realizacji modelu opieki medycznej zaproponowanego przez Klinikę Położnictwa i Ginekologii.

Przyjęto, że do badania zostaną włączone kobiety uzależnione od substancji psychoaktywnych z potwierdzoną ciążą powyżej 6 tygodnia. Kobiety objęto szeroką opieką. Interdyscyplinarny zespół tworzyli: ginekolog – położnik, specjalista chorób zakaźnych i chorób wątroby, psychiatra, specjalista terapii uzależnień, psycholog kliniczny, pracownik socjalny oraz dyplomowana położna. Respondentki poddano także badaniom laboratoryjnym (m.in. kontrolowano funkcję wątroby) oraz poproszono o wypełnienie ankiety.

W badaniu udział wzięło 13 pacjentek w ciążach pojedynczych, w wieku od 22 do 35 lat (średnia wieku wynosiła 26 lat). 7 kobiet (54%) było zakażonych HIV w wyniku dożylnego zażywania narkotyków, 10 kobiet (77%) zakażonych HCV również drogą dożylną, a u 2 kobiet parametry laboratoryjne wskazywały upośledzenie funkcji wątroby. Wszystkie pacjentki zakażone HIV były jednocześnie zakażone HCV. W badanej grupie dominowało uzależnienie od opiatów. Substytucyjne leczenie metadonem otrzymywało 6 kobiet (46%), kolejne 6 kobiet uzależnienie od substancji psychoaktywnych miało w wywiadzie, w ciąży utrzymując abstynencję. 3 pacjentki (23%) przyjmowały w czasie ciąży heroinę. W gronie badanych 3 kobiety (23%) twierdziły, że zaplanowały ciążę, a moment stwierdzenia ciąży był dla nich bardzo radosny. Pozostałe respondentki informację o ciąży także przyjęły z zadowoleniem, jednak pomimo

tego towarzyszyło im uczucie strachu, przerażenia i obawy przed zbliżającymi się zmianami w życiu. Kobiety uzależnione i żyjące z HIV akcentowały swoje obawy o zdrowie przyszłego dziecka, o możliwość zakażenia go nieuleczalną chorobą. Jednocześnie niepokoiły się, jak ciąża wpłynie na ich stan zdrowia. Nie czuły się przygotowane ani fizycznie, ani psychicznie do macierzyństwa.

W okresie ciąży każda z pacjentek miała jednego partnera seksualnego, w ciągu życia liczba partnerów wahała się między 3 a 10. W badanej grupie 9 kobiet (69%) urodziło po raz pierwszy, 4 już rodziły wcześniej, w tym 2 drogą cesarskiego cięcia. 3 respondentki (23%) miały w wywiadzie poronienia. 11 pacjentek objętych badaniem urodziło dziecko między 37 a 40 tygodniem ciąży. Pozostałe 2 zdecydowały się na poród w innym miejscu niż Klinika Położnictwa i Ginekologii.

4 porody (36%) odbyły się siłami natury. W 3 przypadkach (27%), u pacjentek z HIV, wykonano planowe cięcie cesarskie, w ramach profilaktyki odmatczynej transmisji zakażenia. U kolejnych 4 kobiet (36%) wykonano cesarskie cięcie w trybie nagłym, w tym u 2 kobiet z powodu objawów zagrożenia płodu. Wszystkie matki zakażone HIV otrzymywały w czasie

porodu profilaktyczne leczenie antyretrowirusowe, a kobiety leczone w ciąży metadonem, otrzymywały go w trakcie porodu.

Dane na temat okresu okołoporodowego i noworodkowego zebrano od 11 kobiet. U 9 kobiet (82%) okres połogowy przebiegał bez powikłań położniczych, a u 2 kobiet wystąpiły stany zapalne. Nie karmiły piersią wszystkie matki zakażone HIV i większość zakażonych HCV (zdecydowała się na nie tylko jedna pacjentka z HCV). Przyjmowanie metadonu nie było przeciwwskazaniem do karmienia piersią. Bez dziecka wypisały się ze szpitala 3 pacjentki, w tym 2 pozostawiając dzieci do adopcji. 3 kobiety opuściły klinikę z dziećmi na własną prośbę, przerywając w 2 przypadkach leczenie zespołu odstawiennego u noworodka (jedna z nich w okresie połogowym powróciła do przyjmowania narkotyków). Włączone do badania matki urodziły 8 chłopców i 3 dziewczynki. Noworodki ważyły w granicach 1900 – 3890 g, średnio osiągając ponad 3 kg. 10 dzieci (91%)

(...) ciąża okazywała się motywacją i bodźcem do walki z nałogiem i powrotu do ról społecznych.

Ciąża podnosiła także poczucie wartości uzależnionych kobiet.

urodziło się w stanie dobrym, 1 dziecko w pierwszej minucie ocenione było na 5 punktów w skali Apgar, z szybką poprawą w 5 minucie życia. Objawy noworodkowego syndromu abstynencyjnego (*NAS – neonatal abstinence syndrome*) o różnym nasileniu, wymagające leczenia fenobarbitalem, prezentowało 4 z pięciorga dzieci urodzonych przez matki przyjmujące w ciąży metadon lub heroinę (80%). U jednego dziecka stwierdzono, już prenatalnie, wadę serca pod postacią ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej – jego matka zażywała w ciąży narkotyki drogą dożylną i pod opiekę medyczną zgłosiła się pod koniec ciąży, odbywając jedynie dwie wizyty lekarskie. Jedno dziecko miało niską masę urodzeniową (tzn. poniżej 2500 g). Jego zakażona HIV i HCV matka była w stadium objawowego AIDS, z porażeniem połowicznym lewostronnym, oślepieniem umysłowym i epilepsją z powodu toksoplazmozy ośrodkowego układu nerwowego. Uzależnienie od narkotyków miała w wywiadzie, jednak w ciąży utrzymywała abstynencję.

Ponieważ przeciwciała HIV i HCV wykryć można po 6 miesiącach od urodzenia i nie zakończono jeszcze diagnostyki u dzieci, do czasu sporządzenia raportu nie uzyskano ostatecznych danych na temat transmisji zakażenia od matki do dziecka.

Analizując wyniki badania prowadzonego w grupie uzależnionych objętych opieką Poradni IMiDz, odnotowano stosunkowo niski procent powikłań położniczych w przebiegu ciąży i okresu okołoporodowego, który tłumaczyć można m.in. ścisłym nadzorem medycznym nad pacjentkami, szybką identyfikacją zagrożeń i zapobieganiem rozwojowi patologii. Fakt, że odnotowano tylko pojedyncze przypadki infekcji chorobami przenoszonymi drogą płciową, zapewne związany jest z trybem życia pacjentek (stały partner seksualny). Pomimo licznej grupy ciężarnych z HIV, nie odnotowano przypadków raka szyjki macicy oraz stanów przednowotworowych wymagających interwencji chirurgicznej. Ponadto stwierdzono, że ryzyko rozwoju patologii ciąży zmniejsza się dzięki leczeniu substytucyjnemu.

W czasie trwania projektu w życiu przeważającej większości pacjentek Poradni IMiDz zaszły zmiany na lepsze. Jeśli tylko sytuacja ekonomiczno-społeczna była sprzyjająca, ciąża okazywała się motywacją i bodźcem do walki z nałogiem i powrotu do ról społecznych. Ciąża podnosiła także poczucie wartości

uzależnionych kobiet. Utrzymanie abstynencji lub przyjmowanie jedynie leczenia substytucyjnego udało się w ciąży 10 z 13 pacjentek (77%). Większość młodych kobiet zgłaszała chęć własnego rozwoju, powrotu do szkoły i zdobywania wykształcenia. Dodatkowe obowiązki i większa odpowiedzialność związana z macierzyństwem dopingowały je do podnoszenia swoich kwalifikacji, aby w przyszłości zdobyć dobrą pracę.

Kobiety i narkotyki – co dalej?

Wolfgang Götz, dyrektor EMCDDA, tak podsumowuje zagadnienie leczenia z uwzględnieniem płci: *„Minęło ponad 20 lat od momentu, gdy rządy krajów europejskich po raz pierwszy uznały za ważną kwestię różnic płci w obszarze leczenia uzależnienia od narkotyków. Ranga problemu powinna znaleźć odbicie w codziennej praktyce. Przekaz jest jednoznaczny – istnieje potrzeba, aby prowadzone działania stanowiły adekwatną reakcję na potwierdzoną naukowo tezę, że płeć użytkowników narkotyków wpływa zarówno na rodzaj problemów pojawiających się w związku z substancjami psychoaktywnymi, motywację do leczenia, a także efekty podejmowanych działań i świadczonych usług”*.

Bibliografia

- (1) badania ESPAD, opracowanie dostępne na <http://www.espad.org/index.html>
- (2) EMCDDA (2006) „Różnice między płciami w używaniu narkotyków i związane z tym problemy” (ang. „Gender differences in drug consumption and drug-related problems”), opracowanie dostępne na <http://issues06.emcdda.europa.eu>
- (3) Krajewska M. (2006) Macierzyństwo przez pryzmat uzależnienia – badanie pilotażowe, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym, raport z badania dostępny w siedzibie KBPN.
- (4) Niemiec K., Kowalska A. (2005) Opieka perinatalna nad ciężarną uzależnioną od środków psychoaktywnych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Instytut Matki i Dziecka, raport z badania dostępny w siedzibie KBPN.
- (5) Rosińska M. (2006) Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowy Zakład Higieny, raport z badania dostępny w siedzibie KBPN.
- (6) Sierosławski J. (2006) Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii, raport z badania dostępny na <http://www.kbpn.gov.pl>

Czy gminy w działaniach nastawionych na radzenie sobie z narkomanią opierają się na spisanych programach? Czy – jeśli takie programy istnieją – spełniają one kryteria programów zorientowanych na cel? Czy programy funkcjonujące w gminach miejskich, wiejsko-miejskich i wiejskich są konstruowane i zarządzane w podobny sposób?

Z odpowiedzi na te pytania wynikają rekomendacje dotyczące projektowanych szkoleń dla przedstawicieli gmin i innych reprezentantów społeczności lokalnych.

GMINNE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W ostatnich latach w Polsce, podobnie jak w innych krajach, wiele nadziei w budowaniu strategii profilaktycznej wiąże się ze społecznościami lokalnymi. Wyrazem tego jest ustawowe zobowiązanie do tworzenia Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Ustawa z 29 lipca 2005 r. – delegując na poziom lokalny część zadań z zakresu zapobiegania narkomanii – nałożyła na władze gminne obowiązek opracowywania takich programów. Intencją ustawodawcy było, jak można przypuszczać, aby działania podejmowane na poziomie lokalnym miały celowy charakter, a ich efekty były weryfikowalne. Opracowanie takich programów wymaga znacznego poziomu kompetencji zarówno w zakresie planowania zorientowanego na cel jak i w przedmiocie problemu narkotyków oraz sposobów przeciwdziałania im. Ponadto warunkiem koniecznym przygotowania wartościowego programu jest identyfikacja z zadaniem, to jest przekonanie o potrzebie organizowania aktywności w tym zakresie na poziomie lokalnym.

Próba wyjścia naprzeciw tym wyzwaniom jest Projekt „*Wsparcie województw i społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii na poziomie lokalnym*” realizowany od 2006 roku w ramach Programu Środków Przejściowych (Transition Facility). Podstawowym komponentem tego projektu jest ogólnopolska kampania szkoleniowo-promocyjna, nakierowana na:

- zmobilizowanie społeczności lokalnych do wzięcia odpowiedzialności za zapobieganie problemowi narkotyków,
- zbudowanie szerokiej koalicji, złożonej ze wszystkich głównych partnerów społecznych, do udziału w działaniach skupionych na zapobieganiu problemowi narkotyków,
- zwiększenie potencjału instytucji lokalnych oraz społeczeństwa obywatelskiego w zapobieganiu narkomanii na poziomie społeczności lokalnej, a w szczególności wsparcie tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.

Rozpoczęcie kampanii poprzedziło badanie zrealizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w lecie 2006 r. na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Badanie to zostało podjęte także w ramach Programu Środków Przejściowych. Zbierano dane przydatne w przygotowaniu ogólnopolskiej kampanii szkoleniowej adresowanej do osób odpowiedzialnych za opracowanie Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Celem badania było dostarczenie obrazu postaw wobec problemu narkomanii i gotowości wzięcia odpowiedzialności za zapobieganie narkomanii na poziomie lokalnym, a także dokonanie diagnozy stanu zaawansowania prac nad gminnymi programami. Badanie pomyślane zostało także jako pierwszy pomiar przed realizacją kampanii i będzie powtórzone po jej zakończeniu, a porównanie wyników powinno pozwolić na ocenę efektów kampanii.

Metoda badania

Badanie zostało wykonane metodą wywiadów kwestionariuszowych prowadzonych przez ankierów. Objęło ono 700 losowo wybranych gmin, w tym 65 miast na prawach powiatu, 120 gmin miejskich, 270 gmin wiejskich oraz 225 gmin wiejsko-miejskich. W każdej gminie został przeprowadzony wywiad kwestionariuszowy z przedstawicielem administracji gminy odpowiedzialnym za przeciwdziałanie narkomanii. Jeśli w administracji gminnej nie było nikogo, kto na stałe zajmowałby się tą problematyką, respondenta wyznaczał przedstawiciel zarządu gminy odpowiedzialny za sprawy społeczne. Jeśli kwestie przeciwdziałania narkomanii zostały delegowane do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (OPS), wywiad przeprowadzany był z przedstawicielem tej instytucji. W niektórych urzędach powołano specjalnych pełnomocników lub koordynatorów do spraw narkomanii, w innych tą problematyką zajmuje się osoba odpowiedzialna za program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w jeszcze innych kwestie związane z narkomanią przydzielono komuś zajmującemu się zdrowiem lub polityką społeczną. Do zadań ankiera należało zidentyfikowanie właściwego respondenta w wylosowanym urzędzie gminy, przeprowadzenie z nim wywiadu oraz uzyskanie kopii Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, jeśli taki program w gminie powstał.

Badanie miało charakter anonimowy w tym sensie, że jego wyniki są publikowane jedynie w postaci zbiorczych zestawień statystycznych. Jeśli publikowane są dane jednostkowe, to tylko w sposób uniemożliwiający identyfikację gminy. Wszystkie dane jednostkowe chronione są tajemnicą badawczą. Realizacja wywiadów przebiegała zatem w warunkach zapewniających respondentom swobodę wypowiedzi, zagwarantowano im także anonimowość.

Ponadto badanie obejmowało: realizację 18 pogłębionych wywiadów w 6 gminach, które mają uchwalone gminne programy oraz poddanie analizie treści 120 gminnych programów zebranych w trakcie badania. Metodologia projektu została zatem wzbogacona o podejście jakościowe. W trakcie realizacji badania okazało się, iż wbrew wcześniejszym przewidywaniom znaczna część gmin ma już opracowane gminne programy przeciwdziałania narkomanii. Analiza ich zawartości pozwoliła na

identyfikację i kategoryzację najczęściej występujących luk i błędów.

Wyniki

W tym artykule zaprezentowane zostaną jedynie wyniki odnoszące się bezpośrednio do kwestii gminnych programów. Skoncentrujemy się na zarysowaniu stanu zaawansowania gmin w formułowaniu programów.

Zasięg gminnych programów

Sprawdzeniu stopnia akceptacji idei opracowywania gminnych programów przeciwdziałania narkomanii służyło pytanie o to, czy takie programy są w ogóle potrzebne. Pytanie to pojawiło się w badaniu ankietowym. Rozkład odpowiedzi zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Potrzeba opracowania gminnego programu (odsetki respondentów)

	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć
gminy wiejskie	32,5	50,0	11,3	2,5	3,8
gminy wiejsko-miejskie	48,1	40,3	6,9	0,5	4,2
gminy miejskie	66,9	25,5	4,8	2,1	0,7
Ogółem	48,6	39,2	7,7	1,5	3,1

Zdecydowana większość respondentów (87,8%) wyraziła przekonanie o potrzebie formułowania programów, w tym 48,6% w sposób zdecydowany.

Przeciwników idei opracowywania programów spotykamy najczęściej w gminach wiejskich, najrzadziej w gminach miejskich. Jednak nawet w gminach wiejskich odsetek przeciwników nie jest duży – 13,8%, w tym tylko 2,5% przeciwników zdecydowanych.

Na podstawie danych uzyskanych w trakcie badania ankietowego szacować można, że około trzech czwartych gmin (74,4%) opracowało już gminne programy przeciwdziałania narkomanii (tabela 2).

Tabela 2. Gminy, które opracowały programy przeciwdziałania narkomanii (odsetki gmin)

gminy wiejskie	71,0
gminy wiejsko-miejskie	72,6
gminy miejskie	81,1
Ogółem	74,4

Odsetek ten był podobny w gminach wiejskich, i wiejsko-miejskich oraz wyraźnie wyższy w gminach miejskich (81,1%).

Niewiele ponad połowę (56,4%) stanowią osobne programy, w nieco mniejszej części programy wspólne z programami profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (tabela 3). Osobne programy pojawiają się najczęściej w gminach miejskich (62,5%), a najrzadziej w gminach wiejskich (51,5%).

Tabela 3. Gminy, które opracowały osobny program przeciwdziałania narkomanii (odsetki gmin)

gminy wiejskie	51,6
gminy wiejsko-miejskie	55,6
gminy miejskie	62,5
Ogółem	56,4

W zdecydowanej większości programy przeciwdziałania narkomanii zostały uchwalone przez radę gminy pod koniec 2005 r., część jednak została przyjęta dopiero w pierwszym lub nawet drugim kwartale 2006 r., a niektóre dotychczas mają status projektów.

Spośród 120 losowo wybranych programów 67 z nich (56%) stanowiły samodzielne programy przeciwdziałania narkomanii, 50 (42%) – programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i 3 (3%) programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zawierające aktywności w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Ta ostatnia kategoria programów tym odróżnia się od poprzedniej, że narkomania nie występuje ani w tytule, ani na poziomie

celów. W programach zawarte są jedynie zadania lub aktywności skierowane na kwestię narkotyków. Zwykle są one przedmiotem uzupełnienia sformułowań odno-

szących się do profilaktyki alkoholowej. Na przykład mówi się o „działaniach edukacyjnych skierowanych na uświadamianie szkodliwości picia alkoholu i używania narkotyków”.

Ramy czasowe programów w zdecydowanej większości ograniczają się do jednego roku. 109 programów (91%) to programy na 2006 r. Pozostałe mają zróżnicowaną perspektywę czasową. Najwięcej, 6 programów, obejmuje lata 2006-2008. Najdłuższy program zaplanowano na 5 lat (lata 2006-2010). Wszystkie programy, poza jednym, rozpoczynają się w 2006 r. Ten jeden zaś jest obecnie w końcowej fazie realizacji – zaprojektowano go bowiem na lata 2001-2006.

Ocena jakości programów

Analiza 120 programów wykazała, że w zdecydowanej większości nie spełniają one kryterium programów zorientowanych na cel. W jednej trzeciej programów cele w ogóle nie zostały sformułowane. Zapisy sprowadzają się do inwentarza zadań lub planowanych działań. Wśród 79 programów, które mają określone cele, tylko w 28 przy-

padkach (23% spośród wszystkich programów i 35% spośród programów z określonymi celami) cele te sformułowane zostały poprawnie. Najczęstszy błąd polegał na formułowaniu celów w terminach zadań lub działań. Na przykład jako cel podawano „wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywania problemów nadużywania narkotyków” lub „wprowadzenie szerokiej oferty bezpłatnych zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży (sportowo-rekreacyjnych, kulturalno-rozrywkowych, artystycznych)”. Innym przykładem może być „prowadzenie działalności informacyjnej, edukacyjnej i wychowawczej, w szczególności dla dzieci i młodzieży, rozwój edukacji publicznej i szkolenie przedstawicieli różnych zawodów,

zwłaszcza pedagogów i nauczycieli, w przeciwdziałaniu narkomanii, a w szczególności w zakresie umiejętności wczesnego rozpoznawania sygnałów wskazujących na

Celem badania, którego wybrane wyniki przedstawia artykuł, było zebranie danych przydatnych do przygotowania ogólnopolskiej kampanii szkoleniowej, adresowanej do osób odpowiedzialnych za opracowanie Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Badanie ujawnia obraz postaw wobec problemu narkomanii i gotowość wzięcia odpowiedzialności za zapobieganie narkomanii na poziomie lokalnym, a także umożliwia dokonanie diagnozy stanu zaawansowania prac nad gminnymi programami.

prawdopodobieństwo zażywania narkotyków i postępowania z osobami uzależnionymi”. Warto zauważyć, że ten przykład celu, poza ujęciem w terminach zadań, odznacza się także próbą zawarcia w celu programu wszystkich planowanych działań. W sumie spośród 79 programów zawierających cele aż 79% charakteryzowało się błędem polegającym na pomieszaniu celów i zadań. W efekcie z programów takich dowiadujemy się, zwykle w kategoriach ogólnych, co ma być robione, nie wiadomo natomiast po co.

W przypadku 28 programów (23% spośród wszystkich i 34% spośród programów z celami) cele zostały opisane w postaci celu głównego i celów operacyjnych. Cel główny, czy inaczej strategiczny, formułowany był zwykle w terminach bardzo ogólnych, np. „*ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów*”. Cele operacyjne w większości przypadków w niewielkim stopniu wiązały się z celem ogólnym i często stanowiły w istocie zapis zadań lub aktywności.

We wspólnych programach obejmujących kwestię alkoholu i narkotyków pojawiały się często następujące cele strategiczne:

- zapobieganie powstawaniu nowych problemów związanych z alkoholem i narkotykami,
- zmniejszenie rozmiarów problemów, które aktualnie występują,
- zwiększenie zasobów niezbędnych do radzenia sobie z już istniejącymi problemami.

Jeśli program ma być w społeczności lokalnej najlepszą możliwą odpowiedzią na problem narkotyków i narkomanii, wykorzystującą optymalnie siły i środki, jakie społeczność może zmobilizować, to jego projektowanie poprzedzić musi dokładna diagnoza. Jej przedmiotem winno być zdobycie możliwie pełnego rozeznania co do kształtu i rozmiarów zjawiska w skali lokalnej. Ponadto wiedzieć trzeba, jakimi zasobami się dysponuje i jakie jeszcze można uruchomić. Warto też podsumować doświadczenia zdobyte w dotychczasowych działaniach skierowanych na przeciwdziałanie narkomanii. Ostatnia kwestia, co do której potrzebna jest jakaś orientacji, to kontekst kulturowy, społeczny, ekonomiczny, w jakim rozwija się zjawisko i w jakim projektować będziemy działania zapobiegawcze.

Jak wykazały badania ankietowe gminne programy przeciwdziałania narkomanii w zdecydowanej większości nie opierały się na diagnozie lokalnej sytuacji.

Przeprowadzenie diagnozy potwierdziło tylko 46,1% gmin (tabela 4).

Tabela 4. Diagnoza jako podstawa budowy programu oraz sposób jej przeprowadzenia (odsetki gmin)

	nie było diagnozy	diagnoza przygotowana przez zespół opracowujący program	diagnoza przygotowana przez zewnętrznych ekspertów	trudno powiedzieć
gminy wiejskie	65,8	28,3	2,5	3,3
gminy wiejsko-miejskie	56,5	28,0	11,8	3,7
gminy miejskie	38,3	32,5	26,7	2,5
Ogółem	53,9	29,4	13,5	3,2

Diagnoza jako podstawa budowy programu pojawiała się zdecydowanie częściej w gminach miejskich niż wiejsko-miejskich i wiejskich. W gminach miejskich diagnozę przeprowadzono w 61,7%, zaś w gminach wiejskich w 34,2%. Gminy wiejsko-miejskie (44,6%) ulokowały się pod tym względem pomiędzy miejskimi i wiejskimi.

W ponad jednej czwartej gmin miejskich diagnozę zlecono zewnętrznym ekspertom (26,7%), podczas gdy rozwiązanie to znalazło zastosowanie tylko w 2,5% gmin wiejskich.

Analiza 120 gminnych programów pokazała, że tylko w 42 programach (35%) można znaleźć ślady bardziej czy mniej udanej próby diagnozy lokalnej. Jednak nawet jeśli taka diagnoza przytaczana jest w programie, to informacje w niej zawarte w zasadzie nie są wykorzystywane w budowaniu programu. Tylko w przypadku 8 programów (7%) znajdujemy bezpośrednie odwołania do diagnozy lub przynajmniej możemy doszukać się jakiegoś związku między informacjami o sytuacji lokalnej, a celami i zadaniami programu.

W 12 programach zamiast (lub obok) diagnozy lokalnej przytaczano dane epidemiologiczne z poziomu województwa lub dane ogólnopolskie. W większości przypadków dane te nie były aktualne lub przytaczano je w błędny sposób. Na przykład w 3 programach znajdujemy informację, że z ogólnopolskich szkolnych badań ankietowych ESPAD realizowanych w 1995, 1999 i 2003 r. wynika, że w Polsce obniża się wiek

inicjacji używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Tymczasem w żadnym z raportów z tych badań zamieszczonych na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz szeroko publikowanych w czasopiśmie specjalistycznych nie ma ani słowa o wieku inicjacji.

W niemal wszystkich analizowanych programach (95%) zawarto zadania do wykonania. W zdecydowanej większości (79%) można je ocenić jako sformułowane w miarę poprawnie. Niektóre zadania mogą jednak budzić wątpliwości, np. „sfinansowanie obozu dla młodzieży” lub „dofinansowanie korzystania uczniów z basenu”.

Tylko w 9 programach (8%) zawarto wskaźniki realizacji zadań. Nigdzie nie znaleźliśmy natomiast wskaźników osiągnięcia celów.

Pewna część programów, które nie miały sformułowanych celów, opisana była zadaniami zawartymi w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Te ustawowe zadania dla gmin stanowiły oś programu obudowaną planowanymi aktywnościami.

Tryb pracy nad programem

Jak wynika z analizy rezultatów badania ankietowego w większości gmin nad przygotowaniem programu pracował zespół. Ta forma przygotowania programu pojawia się w 59,6% gmin. Spotykamy ją najczęściej w gminach wiejsko-miejskich (62,7%), rzadziej w gminach wiejskich (59,7%), a najrzadziej w gminach miejskich (55,5%). Trzeba dodać, że różnice nie są tu szczególnie duże. Zespoły pracujące nad przygotowaniem programu miały zwykle charakter interdyscyplinarny. W ich skład wchodziły przedstawiciele lokalnych instytucji i organizacji z bardzo różnych sektorów – edukacji, służby zdrowia, instytucji strzegących porządku publicznego, pomocy społecznej, kultury, sektora pozarządowego, kościoła.

Zespoły pracujące nad przygotowaniem programu miały zwykle charakter interdyscyplinarny. W ich skład wchodziły przedstawiciele lokalnych instytucji i organizacji z bardzo różnych sektorów – edukacji, służby zdrowia, instytucji strzegących porządku publicznego, pomocy społecznej, kultury, sektora pozarządowego, kościoła. Zespoły pracujące nad przygotowaniem programu miały zwykle charakter interdyscyplinarny. W ich skład wchodziły przedstawiciele lokalnych instytucji i organizacji z bardzo różnych sektorów – edukacji, służby zdrowia, instytucji strzegących porządku publicznego, pomocy społecznej, kultury, sektora pozarządowego, kościoła.

W gronach opracowujących gminne programy najczęściej spotykamy pracowników urzędów gminy (90,9%) oraz pracowników gminnych ośrodków pomocy społecznej (82,6%). W skład zespołów często wchodzi także policjant (77,2%). Kolejną grupą zawodową reprezentowaną w ponad połowie zespołów gminnych są nauczyciele (67,5%). Stosunkowo rzadko do prac nad gminnymi programami zapraszani są przedstawiciele organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkomanii (29,8%), organizacji młodzieżowych (10,5%), czy fundacji lub grup charytatywnych

(7,9%). Wynik ten jeszcze raz przeczy tezie o dominacji sektora pozarządowego na polu zapobiegania narkomanii, przynajmniej gdy w grę wchodzi zarządzanie problemem.

W ponad jednej trzeciej gmin (35,3%) w pracach zespołu uczestniczył radny. Udział radnych w opracowywaniu programu z jednej strony burzy profesjonalny „image” zespołu, z drugiej może ułatwić późniejsze przyjęcie programu przez radę gminy poprzez takie jego sprofilowanie, które zwiększy szanse na akceptację ze strony lokalnych polityków.

Wprawdzie we wszystkich typach gmin względnie stałym elementem zespołu jest pracownik urzędu gminy, to jednak już pracownik pomocy społecznej pojawia się wyraźnie rzadziej w miastach (68,2%), niż w gminach wiejskich (87,7%) i wiejsko-miejskich (88,1%).

W miastach zaś wyraźniej zaznaczają swoją obecność przedstawiciele sektora pozarządowego. Reprezentantów organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkomanii spotykamy w składzie zespołów w 53% miast, podczas gdy analogiczny odsetek gmin wiejskich, czy wiejsko-miejskich nie przekracza 7%. Ponadto w 20% miast w skład zespołu wchodzi przedstawiciele organizacji młodzieżowych i w 12,3% miast reprezentanci fundacji lub grup charytatywnych.

W gminach wiejskich oraz wiejsko-miejskich w zespołach opracowujących programy spotykamy najczęściej, poza pracownikami urzędów gminy: pracowników pomocy społecznej, policjantów, nauczycieli oraz lekarzy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Każdy z nich występuje w przynajmniej 50% gmin tego typu. W gminach miejskich sytuacja wygląda trochę inaczej. W zespołach miejskich wśród przedstawicieli różnych instytucji i organizacji w ponad 50% miast poza osobami wymienionymi poprzednio spotykamy jeszcze przedstawicieli organizacji pozarządowych i terapeutów placówek leczenia uzależnień, brakuje natomiast lekarzy lub pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

Funkcję szefa, czy koordynatora zespołu, pełni zwykle pracownik urzędu gminy. Z taką sytuacją mamy do czynienia w 72,7% gmin. W tej roli niekiedy pojawia się pracownik gminnego ośrodka pomocy społecznej (18,5%). Przedstawiciele innych instytucji i organizacji pełnią tę funkcję tylko w 8,8% gmin. Wśród nich wymienić można nauczycieli (1,7%) i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych (1,3%). W mniej niż 1% gmin pojawiają się w roli szefa terapeuci placówek leczenia uzależnień, policjanci, księża oraz radni.

Większy udział pracowników pomocy społecznej w pełnieniu roli koordynatorów w przygotowywaniu programów w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich, niż w miejskich, wynika z częstszego cedowania problematyki narkomanii na pomoc społeczną w mniejszych gminach.

Upowszechnianie programu

Uchwalone już programy przeciwdziałania narkomanii prezentowane były mieszkańcom gmin w zróżnicowanej formie. Najczęściej – w formie publikacji w Internecie (w 87,2% gmin). W 65% gmin program zastał wyłożony do wglądu w urzędzie gminy. Rzadziej publikowano go w mass mediach (29,8%). Najrzadziej stosowaną formą upowszechniania wiedzy o programie były spotkania z mieszkańcami.

Tabela 5. Formy przedstawienia programu mieszkańcom stosowane w gminach (odsetki respondentów)

1. Został wyłożony do wglądu w urzędzie gminy	65,0
2. Został opublikowany w lokalnych mass mediach	29,8
3. Został zaprezentowany na spotkaniu z mieszkańcami	7,7
4. Inny sposób, w tym publikacja w Internecie	87,2

Wnioski i rekomendacje

Wyniki badania skłaniają do sformułowania następujących wniosków i rekomendacji dla kampanii szkoleniowej:

- Większość gmin opracowała już programy przeciwdziałania narkomanii, jednak ich jakość pozostawia wiele do życzenia. Można odnieść wrażenie, że większość programów powstała na biurokratyczne zamówienie i nie ma wiele wspólnego z racjonalnym planowaniem zorientowanym na cel. Kampania szkoleniowa nie powinna zatem odwoływać się do doświadczeń zebranych przez gminy, a raczej propagować nowe, racjonalne podejście.
- Najsłabszymi stronami opracowanych już programów jest złe formułowanie celów oraz brak oparcia programów na lokalnej diagnozie problemu. Na te dwa elementy należy zatem położyć szczególny nacisk w czasie szkolenia.
- Należy wypracować koncepcję miejsca zadań ustawowych gmin w strukturze gminnych programów oraz ich relacji do celów programu. Wydaje się, że concept zadań ustawowych bywa mieszany z zadaniami programu. Dodatkowo sprawę komplikują „kierunki działań” zalecane przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.
- Silna pozycja osób oraz instytucji wywodzących się z tradycji zapobiegania problemom alkoholowym w budowaniu struktur zarządzania problemem narkomanii w gminach wymaga położenia dużego nacisku na przekazywanie rzetelnej i pogłębionej wiedzy na temat problemu narkomanii ze szczególnym uwzględnieniem jego specyfiki. Wydaje się, że bardzo łatwo tu o bezrefleksyjne zastosowanie „schematów alkoholowych” w myśleniu o problemie narkomanii i budowaniu struktur przeciwdziałania temu problemowi.
- Diagnozy opracowane dla potrzeb przygotowania programu stanowią zwykle zestaw mniej lub bardziej przydatnych danych bez próby ich interpretacji. Wydaje się, że w szkoleniu należy przede wszystkim próbować przekazać umiejętność analizy danych i formułowania użytecznych praktycznie wniosków.
- Idea zespołowej pracy nad programem wydaje się być dość dobrze „zadomowiona” w świadomości znacznej części osób odpowiedzialnych za przygotowanie programu. Propagowania wymaga natomiast włączanie do zespołów przedstawicieli sektora pozarządowego.

OGŁOSZENIE

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65, www.kbpn.gov.pl, ogłasza **konkurs na uzyskanie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia**, o którym mowa w art. 27 ust. 1 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826) na jedną edycję szkolenia w zakresie:

- a) specjalisty terapii uzależnień,**
- b) 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 oraz z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826),
- 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. Podmioty szkolące, które na mocy decyzji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z dnia 21.09.2006 uzyskały rekomendacje do realizacji programu na dwie edycje szkolenia, nie podlegają procedurze konkursowej.

Oferta powinna zawierać następujące informacje:

- a) nazwę i adres siedziby oferenta,
- b) formę organizacyjno-prawną oferenta,
- c) numer wpisu oferenta do właściwego rejestru,
- d) planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia,
- e) szczegółowe informacje na temat doświadczenia podmiotu szkolącego w prowadzeniu szkoleń z zakresu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- f) szczegółowe informacje o kwalifikacjach kadry wskazanej do realizacji programu,
- g) szczegółowe informacje na temat zawartości merytorycznej i czasu trwania programu,
- h) program szkolenia,
- i) miejsce prowadzenia szkolenia, opis bazy dydaktycznej (sale wykładowe, sale do prowadzenia warsztatów) oraz wyszczególnienie posiadanych środków dydaktycznych (rzutniki multimedialne, rzutniki do slajdów, magnetowid, odtwarzacz dvd itp.),
- j) kryteria i sposób naboru uczestników szkolenia oraz planowaną liczbę uczestników,
- k) opis sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności w trakcie szkolenia,
- l) opis systemu wewnętrznego monitorowania jakości kształcenia,
- m) całkowity koszt programu szkoleniowego wraz z kosztorysem szczegółowym,
- n) opis prowadzonej dokumentacji z przebiegu procesu rekrutacji uczestników szkolenia.

Ocena ofert :

Oceny ofert dokonuje komisja konkursowa powołana przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Oferta oraz podmiot szkolący zostaną poddane ocenie pod względem spełnienia wymagań określonych w wyżej wymienionych aktach prawnych („podstawa prawna”).

Oferta zostanie oceniona w szczególności pod względem:

- zawartości merytorycznej programu szkolenia i czasu trwania szkolenia,
- sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia,
- posiadania właściwego, wewnętrznego systemu monitorowania jakości kształcenia,
- posiadanej bazy dydaktycznej adekwatnej do planowanej liczby uczestników szkolenia,
- kwalifikacji zawodowych kadry realizującej program.

Zatwierdzenia programu specjalistycznego szkolenia dokona Dyrektor w oparciu o ocenę programu sporządzoną przez komisję konkursową.

Ofertę należy składać w formie pisemnej, w 3 egzemplarzach w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura lub w siedzibie Krajowego Biura w godz. 9.00 – 16.00 (od poniedziałku do piątku). Na kopercie należy umieścić napis „Konkurs-szkolenie”.

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

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 02 – 776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54 do dnia 20 czerwca b.r. (decyduje data nadania lub osobistego złożenia w sekretariacie Biura).

Ofertę złożoną po terminie zwraca się bez otwierania.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do dnia 20 lipca 2007.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu. Oferent jest związany ofertą do dnia 20 lipca 2007 r. z zastrzeżeniem sytuacji, w której Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zmienia termin rozstrzygnięcia konkursu. Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie również prawo do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

Warszawa, dnia 16 maja 2007 r.

NGO W SIECI – WYBÓR



MAZOWIECKIE TOWARZYSTWO RODZIN I PRZYJACIÓŁ DZIECI UZALEŻNIONYCH „POWRÓT Z U”

Serwis Mazowieckiego Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U” wyróżnia się nie tylko czytelną domeną www.uzaleznienia.pl i starannym designem, ale także klarownie przygotowanym menu prezentującym bieżącą ofertę organizacji – Poradnię Profilaktyczno Rehabilitacyjną, Ośrodek Edukacji Profilaktycznej, Ośrodek Dzienny. Zakładka „Wydarzenia” przenosi na stronę z aktualnościami, niestety już nieco przestarzałymi. Eksplorowaniu strony towarzyszy hasło „Zamiast płacić fiskusowi wspomóż naszą działalność” zachęcające do przekazywania na cele statutowe Towarzystwa 1% podatku. Wyrazisty banner „Narkotyki” przekierowuje użytkownika na stronę www.narkotyki.com.pl, gdzie w sposób bardzo atrakcyjny graficznie prezentowane są zagadnienia poświęcone problemom związanym z używaniem środków odurzających. Na stronie – kierowanej przede wszystkim do młodych odbiorców – znajdziemy forum dyskusyjne, artykuły, porady dla osób mających problem z narkotykami, ofertę

szkoleń, galerię prezentującą zdjęcia wybranych narkotyków. Obie domeny („uzaleznienia” i „narkotyki”) dobrze się uzupełniają, tworząc całość godną polecenia każdemu, kto szuka różnorodnych danych na temat problematyki antynarkotkowej lub poszukuje inspiracji do tworzenia stron internetowych na ten temat.



STOWARZYSZENIE KARAN

Serwis www.karan.pl – oprócz funkcji wizytówki organizacji działającej zarówno jako stowarzyszenie, jak i fundacja – pełni rolę prezentacji licznych programów profilaktycznych prowadzonych przez KARAN (Trening Zastępowania Agresji, Stop Przemocy, Kluby Fair Play, Akademia Twórczej Aktywności, Fabryka Charakterów) oraz informuje o prowadzonych przez Stowarzyszenie placówkach rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od środków odurzających i realizowanych w nich programach. Ciekawa jest oferta KARANU dla wolontariuszy (młodzieży od 17 roku życia i młodych dorosłych) zainteresowanych pracą z dziećmi z rodzin patologicznych. Na stronie jest zaproszenie do uczestnictwa w szkoleniu przygotowującym do takiej pracy. Możemy zapoznać się też z informacjami na temat akcji charytatywnej „Pomóż dzieciom godnie żyć” oraz z ofertą wydawniczą organizacji i opracowanymi przez nią materiałami dydaktycznymi. Bogatą działalność KARANU dokumentują doniesienia dostępne w dziale „Aktualności”. Całości dopełnia interaktywna sonda oraz informacja o bezpłatnej infolinii KARANu – 0800 120 289.



LUBELSKIE TOWARZYSTWO ZAPOBIEGANIA PATOLOGIOM SPOŁECZNYM KUŹNIA

Podstawowym celem działalności Lubelskiego Towarzystwa KUŹNIA jest zapobieganie patologiom społecznym wśród dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem uzależnień i przemocy. Serwis – dostępny pod adresem www.towarzystwo-kuznia.lublin.pl – prezentuje szeroki wachlarz działań statutowych Towarzystwa, ze szczególnym uwzględnieniem programów profilaktyki środowiskowej, ograniczania używania środków psychoaktywnych przez młodzież w dyskotekach oraz programu Zintegrowane Systemy Profilaktyki Uzależnień adresowanego do różnych poziomów struktury wojewódzkiej. W serwisie znajdujemy informacje na temat przeprowadzonych działań (m. in. „Okno na świat”, debata „Jak wychować szczęśliwe dziecko”, kampania „Blżej siebie, dalej od narkotyków”) oraz wyniki badań wybranych środowisk (sondaże uliczne, wyniki ESPAD w województwie lubelskim, badania jakościowe w społeczności lokalnej, ograniczanie używania narkotyków w dyskotekach). Serwis prezentuje

także ofertę szkoleniową Towarzystwa, dokumentowaną zdjęciami z przeprowadzonych zajęć. Na stronie zainstalowano chat-room, na którym cyklicznie internauci mogą uczestniczyć w spotkaniach ze specjalistami.

NGO W SIECI – WYBÓR



MONAR

Otwarty Portal Monaru – największej organizacji pozarządowej w Polsce działającej w branży przeciwdziałania narkomanii – dostępny pod adresem www.monar.org.pl, to adres godny polecenia. Portal jest w pełni interaktywny, co czyni go platformą spotkań zarówno internautów zainteresowanych problematyką uzależnień, jak i specjalistów w tej dziedzinie. Znajdziemy tu forum dyskusyjne, gdzie można wymienić się opiniami nie tylko na tematy związane z terapią. Poszukujący kontaktu „w czasie rzeczywistym” mogą zalogować się i wejść na chat. Jest także – coraz popularniejsza wśród społeczności internetowej – strefa blogów. Portal pełni znakomitą funkcję edukacyjną publikując artykuły na temat różnorodnych zagadnień dotyczących narkomanii, a także prezentując zestawienie tytułów filmów i książek poruszających tę problematykę. Znajdujemy tu też aktualne doniesienia wiążące się z „problemem”. Internauta poszukujący pomocy znajdzie rozbudowaną bazę placówek Monaru, tematyczne linki, także bazę aktów i informacji prawnych. Jak na nowoczesny portal przystało, każdy artykuł można komentować i – co zasługuje na specjal-

ną pochwałę – poszczególne działy można uzupełniać dodając swoje materiały. Portal jest przede wszystkim skierowany do młodych ludzi. Stara się przyciągnąć młodych odbiorców także poprzez udostępnienie sekcji zawierającej gry „on line”, umożliwienie wypełnienia ankiety, rozwiązywania quizów oraz publikację dowcipów. Nad gośćmi portalu „czuwa” duch Marka Kotańskiego, dzięki udostępnieniu specjalnej sekcji poświęconej pamięci tragicznie zmarłego założyciela Stowarzyszenia. Można zapoznać się tu z historią Monaru, biografią Marka i obszernymi fragmentami jego książek „Dać siebie innym...” oraz „Ty zaraziłeś ich narkomanią”. Adres Otwartego Portalu Monaru warto na stałe umieścić w „Ulubionych”.



FUNDACJA PRAESTERNO

Pod adresem www.praesterno.pl dostępny jest internetowy serwis Fundacji zorganizowany „kaskadowo”. Strona główna (prezentująca podstawowe informacje na temat Fundacji i jej 8 oddziałów terenowych) umożliwia przejście na pięć różnych domen. Pierwsza (zdecydowanie najbogatsza i najbardziej rozbudowana) to serwis pomocowo-edukacyjny pod adresem www.narkomania.org.pl. Mamy tu: • poradnię on-line umożliwiającą anonimowe zadawanie pytań specjalistom (lekarzowi, prawnikowi i psychologowi), • bazę placówek pomocowych z wyszukiwarką pozwalającą na znajdowanie – w przyjazny i intuicyjny sposób – placówek, możliwych do wyszukiwania ze względu na ich typ (ambulatoryjne, stacjonarne, detoksykacyjne, prowadzące badania na obecność wirusa HIV) oraz lokalizację (województwo), • informator o narkotykach (ciekawostką jest obecność także słowniczka slangu narkotykowego), rozbudowaną sekcję „Czytelnia” z kilkudziesięcioma artykułami poruszającymi różne aspekty problematyki uzależnień, działy prezentujące • książki, • czasopisma. Druga domena – www.uzaleznienia.org.pl/Warszawa – to Warszawski Informator

o Pomocy dla osób uzależnionych i ich bliskich, zawierający bazę danych 150 pozarządowych organizacji świadczących na terenie Warszawy pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. Baza zawiera też opisy konkretnych placówek i programów pomocy. Trzeci adres – www.praesterno.pl/akademia – prowadzi na strony, na których opublikowano pełny program profilaktyczno-edukacyjny dla młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym pn. „Akademia dorosłości”. Wszystkie materiały (scenariusze warsztatów, filmy dydaktyczne, metodyczny podręcznik trenera) można swobodnie ściągnąć i wykorzystywać w pracy z młodzieżą (licencja *open source*). Czwarta domena – www.praesterno.pl/plock2005 – prezentuje wyniki badań diagnozujących problemy społeczne w środowisku lokalnym. Możliwe jest ściągnięcie raportów z badań oraz obejrzenie „on-line” prezentacji głównych wyników. Piąty serwis – www.bezpiecznaszkola.pl – zawiera informacje i materiały z zakresu prawa i metodyki oświatowo-wychowawczej przydatne dla dyrektorów szkół, nauczycieli, rodziców i uczniów oraz bazę adresową wybranych centralnych i wojewódzkich instytucji oświatowych.

oprac. Tomasz Zakrzewski
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

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

Adres redakcji:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30
00-023 Warszawa
tel.: (022) 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,
Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski