



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (38) 2007

NR 3

2007

SPIS TREŚCI

Kodeks etyczny terapeuty uzależnień

WPROWADZENIE

Piotr Jabłoński..... 1

ZARZĄDZENIE NR 8 /2007..... 3

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

NOWY SYSTEM ZBIERANIA DANYCH Z PLACÓWEK LECZNICZYCH

Ewa Sokołowska 7

NOWE MOŻLIWOŚCI POZYSKIWANIA FUNDUSZY UNIJNYCH

Michał Bonin.....10

Współpraca międzynarodowa i krajowa

KALENDARIUM.....16

Ograniczanie podaży

REDUKCJA PODAŻY NARKOTYKÓW

Artur Malczewski.....17

Współpraca międzynarodowa

GŁÓWNE ZAŁOŻENIA PROGRAMU „PROFILAKTYKA NARKOTYKOWA I INFORMACJA O NARKOTYKACH”

Łukasz Jędruszek..... 28

Profilaktyka

EUROPEJSKI PROJEKT BADAWCZY DOTYCZĄCY STANDARDU PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO

Artur Malczewski..... 30

SPECYFIKA INTERNETU A MARKETING SPOŁECZNY

Tomasz Zakrzewski.....31

Badania, raporty

JAK ZMIERZYĆ NIEMIERSZALNE?

Michał Kidawa..... 36

Społeczności lokalne, regiony

STANDARDY PRACY PODMIOTÓW REALIZUJĄCYCH ZADANIA Z ZAKRESU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW NARKOTYKOWYCH WE WROCŁAWIU

Stella Zielińska, Renata Marciniak-Antoszek.....41

SIEĆ EKSPERTÓW WOJEWÓDZKICH DS. INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANI: STRUKTURA, ZADANIA I FUNKCJE

Marta Struzik.....45

Internet

WYBRANE „NARODOWE PUNKTY OBSERWACYJNE”

Tomasz Zakrzewski.....III i IV okładka

Zespół Ekspertów – ukonstytuowany z inicjatywy środowiska terapeutów uzależnień od substancji psychoaktywnych – opracował, przy wsparciu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Kodeks Etyczny stanowiący zbiór zasad określających standardy postępowania terapeuty.

KODEKS ETYCZNY TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ – WPROWADZENIE

Poprawa jakości świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych już od wielu lat jest przedmiotem zainteresowania zarówno Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jak i środowiska terapeutów uzależnień. Nie ma bowiem wątpliwości co do tego, że dbałość o poziom leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych w sposób istotny wpływa na podniesienie skuteczności realizowanych działań. Przykładami takich wspólnych starań i osiągnięć jest funkcjonujący od paru lat system certyfikowanych szkoleń dla instruktorów i specjalistów terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych czy też opracowanie standardów terapii oraz zasad akredytacji placówek oferujących świadczenia lecznicze. Choć propozycjom tym daleko jeszcze do doskonałości, to z pewnością wpłynęły one lub wpłyną w najbliższym czasie zarówno na poziom pracy terapeutów, jak i placówek zajmujących się pomocą osobom używającym środków odurzających. Wymienione wyżej przedsięwzięcia mają swoją wagę merytoryczną i formalną m.in. dzięki osadzeniu ich w obowiązującym w naszym kraju prawie oraz w zasadach prowadzenia polityki antynarkotykowej.

Każde rozwiązanie programowe zwiększa swoją efektywność, gdy staje się mechanizmem systemowym, a ponadto jest akceptowane i traktowane jako własne przez środowisko zawodowe, którego dotyczy. Dobra praktyka wydaje się być lepszym gwarantem jakości i powszechności stosowania tych rozwiązań niż surowe, ale nie do końca respektowane prawo. Porządkowaniu naszego „systemu terapeutycznego” towarzyszy dyskusja nad jego skutecznością w praktyce, a w ślad za tym nad potrzebami jego modyfikacji i uzupełnień. W dyskusji tej szczególnie miejsce zajmują głosy oczekujące większej kontroli zachowań zawodowych i etycznych pracowników systemu pomocy osobom używającym substancji

odurzających. Źródłem takich potrzeb są negatywne zachowania terapeutów, które co prawda pojawiają się sporadycznie, ale jednak stawiają w złym świetle ich postawy moralne i etyczne oraz warsztat zawodowy. Z tego też źródła wypływają postulaty weryfikacji wydanych już zaświadczeń o uzyskanych kwalifikacjach certyfikowanych instruktorów i specjalistów terapii uzależnień. Obecne rozwiązania prawne nie dają jednak żadnych podstaw do ich rewizji, tak jak np. nie ma możliwości odebrania świadectwa ukończenia szkoły podstawowej, nawet gdyby ktoś utracił możliwości czytania i pisanie.

Obowiązujący system przygotowania zawodowego umożliwia zdobycie odpowiedniej wiedzy i umiejętności niezbędnych do pracy z osobami uzależnionymi, a kwalifikacje te potwierdzone są świadectwem ukończenia szkolenia uzyskanym w procedurze egzaminacyjnej. Obecne rozwiązanie nie jest jeszcze systemem gwarantującym ustawiczne potwierdzanie kwalifikacji zawodowych. System taki – z obowiązkiem permanentnego kształcenia się i możliwością utraty uprawnień w przypadku wystąpienia np. długiej przerwy w praktyce zawodowej (jak to ma miejsce w środowisku lekarzy i pielęgniarek) lub też w sytuacji pojawienia się zachowań mało profesjonalnych i nieetycznych – to wyzwanie, przed którym dopiero stoimy. Zbudowanie prawnego i organizacyjnego szkieletu takiego systemu wymaga podstaw legislacyjnych, które trzeba będzie stworzyć. Potrzeba podjęcia takiego wyzwania w najbliższej przyszłości wydaje się oczywista i z pewnością warto taki system budować razem ze środowiskiem terapeutów zajmujących się uzależnieniem od alkoholu, przy wsparciu Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Tym niemniej jednak już teraz koniecznym wydaje się wdrożenie systemu respektowania etyczności działań, jakie podejmujemy

wobec naszych pacjentów i podopiecznych. Realizacji takiego zadania podjął się Zespół Ekspertów, który powstał w wyniku inicjatywy środowiska terapeutów uzależnień od substancji psychoaktywnych przy technicznym i organizacyjnym wsparciu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zespół postawił sobie za cel nakreślenie zasad zarówno samego kanonu etycznego pracy terapeuty uzależnień, jak i jego części operacyjnej w postaci zasad funkcjonowania pracy Komisji ds. Etyki. Przede wszystkim został więc opracowany Kodeks Etyczny, który stanowi zbiór zasad określających standardy postępowania terapeuty. Kodeks, podobnie jak większość kanonów etycznych i moralnych, jako wartość naczelną stawia dobro drugiego człowieka, ale jednocześnie wskazuje i przybliża zakresy tematyczne, które są specyficzne dla terapeutów niosących pomoc osobom używającym substancji uzależniających. Priorytetem Zespołu stało się wprowadzenie Kodeksu w praktykę zawodową naszego środowiska. Należy jednak podkreślić, że Kodeks nie jest przepisem prawa powszechnie obowiązującego. Jego siła oddziaływania i wartość opierają się na zasadzie dobrowolności i indywidualnej potrzebie każdej z zainteresowanych osób do podpisania się pod przyjętym kanonem i wpisania się na publiczną listę terapeutów deklarujących gotowość przestrzegania Kodeksu, która jest dostępna m.in. na stronie internetowej Krajowego Biura. Należy przy tym mieć świadomość, że osoby, które wpiszą się na taką listę, nie tylko zobowiązują się do przestrzegania zasad i utrzymywania standardów zawartych w Kodeksie, ale również decydują się na działania oceniające Komisji ds. Etyki. Mimo że Komisja jest ciałem nieformalnym w znaczeniu prawnym, to wpisując się na listę trzeba także pamiętać, że dajemy jej prawo do oceny naszych zachowań w przypadku wystąpienia zdarzeń wymagających wyjaśnienia, a odnoszących się do zakresu spraw objętych Kodeksem. Jednak zadaniem Komisji będzie nie tylko ochrona praw pacjentów, ale w równym stopniu obrona terapeutów przed nieuzasadnionymi zarzutami i pomówieniami. Czy taki system ma szansę istnienia i skutecznego wywierania wpływu na jakość szeroko rozumianej oferty terapeutycznej dla osób używających narkotyków?

Odpowiedź na to pytanie przyniosą najbliższe miesiące. Za racjami funkcjonowania takiego systemu stoi, poza kryteriami obiektywnymi, dorobek zawodowy osób, które zaangażowały swój autorytet oraz poświęciły czas i włożyły niemały wysiłek w jego stworzenie. Chciałbym serdecznie podziękować tym osobom za ich pracę i odpowiedzialność, jaką na siebie przyjęły. O rzeczywistej wartości Kodeksu zadecydują jednak przede wszystkim terapeuci, jeśli uznają go za odpowiadający potrzebom ich środowiska oraz potrzebom pacjentów i podopiecznych.

Na łamach niniejszego *Serwisu* publikujemy dokumenty opracowane przez Zespół Ekspertów, do przeczytania których gorąco Państwa zachęcam. Mam nadzieję, że po zapoznaniu się z Kodeksem i Regulaminem Pracy Komisji doceniona zostanie waga i rola zaproponowanego systemu oraz to, co może on wnieść do praktyki terapeutycznej. W myśl Regulaminu Pracy Komisji ds. Etyki, Komisję taką powołuje dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii po konsultacji ze środowiskiem terapeutów uzależnień. Zapewne wszystkim nam zależy, aby w Komisji zasiadały osoby cieszące się najwyższym szacunkiem i zaufaniem, dlatego zachęcam Państwa, aby do końca grudnia br. zgłaszać do Krajowego Biura pisemne propozycje kandydatur na członków Komisji.

Na koniec chciałbym imiennie podziękować wszystkim koleżankom i kolegom, specjalistom terapii uzależnień oraz pracownikom Krajowego Biura, za pracę, którą włożyli w tworzenie prezentowanych dziś dokumentów. Jestem przekonany, że ten wysiłek się opłacił i zaowocuje funkcjonowaniem Kodeksu w środowisku terapeutów. Mam również nadzieję, że uznanie Państwo Kodeks za kolejny krok na drodze podnoszenia jakości świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych, a tym samym zwiększenia prestiżu tak odpowiedzialnego zawodu, jakim jest zawód terapeuty uzależnień.

Należyne słowa uznania i serdeczne podziękowania składam: Karinie Chmielewskiej, Dawidowi Chojeckiemu, Krzysztofowi Czekajowi, Jolancie Koczurowskiej, Agnieszce Kolbowskiej, Małgorzacie Kowalcze, Małgorzacie Maresz, Małgorzacie Polecińskiej, Katarzynie Puławskiej oraz Jackowi Sękiewiczowi.

Piotr Jabłoński

ZARZĄDZENIE NR 8/2007

Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z dnia 14 września 2007 roku w sprawie Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień oraz Regulaminu Pracy Komisji ds. Etyki

§ 1

Mając na uwadze konieczność ustalenia jednolitych zasad obowiązujących terapeutów uzależnień oraz inne osoby uczestniczące w procesie terapii, wprowadzam w życie:

1. Kodeks Etyczny Terapeuty Uzależnień, stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia;
2. Regulaminu Pracy Komisji ds. Etyki, stanowiący Załącznik nr 2 do niniejszego Zarządzenia;
3. Wzór oświadczenia w sprawie zgody na umieszczenie danych osobowych na liście terapeutów przestrzegających zasad Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień, stanowiący Załącznik nr 3 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 17 września 2007 roku.

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 8/2007

KODEKS ETYCZNY TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ

WSTĘP

Kodeks Etyczny Terapeuty Uzależnień przyjęty i zatwierdzony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii stanowi zbiór zasad określających standardy postępowania terapeuty. Kodeks nie stanowi przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Dobro drugiego człowieka jest naczelną wartością terapeuty uzależnień – specjalisty i instruktora terapii uzależnień oraz innych osób uczestniczących w procesie terapii. Terapeuta uzależnień szanuje godność, podmiotowość i autonomię pacjenta. Celem jego zawodowej działalności jest udzielanie profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym oraz ich bliskim.

Kodeks opracowany jest w oparciu o Kodeks Etyczny Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa.

ZASADY OGÓLNE

1. Terapeuta uzależnień wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem praw człowieka bez względu na rasę, płeć, wiek, stan zdrowia, wykształcenie, orientację seksualną, narodowość, status materialny i społeczny oraz poglądy religijne i polityczne, etc
2. Terapeuta uzależnień uczciwie i rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi standardami zawodowymi, wykonuje swoją pracę z szacunkiem wobec osób pozostających w terapii oraz wobec osób trzecich.

3. Terapeuta uzależnień udziela świadczeń zgodnie z kompetencjami i umiejętnościami zawodowymi i nie podejmuje zadań przekraczających jego możliwości.
4. Jakość pracy terapeuty uzależnień nie jest zależna od wysokości wynagrodzenia.
5. Terapeuta uzależnień nie przenosi relacji z osobą leczoną poza obszar terapii.
6. Terapeuta uzależnień rozwija swoje umiejętności zawodowe oraz dba o swoją higienę psychiczną.

ZASADY SZCZEGÓŁOWE

1. Terapeuta uzależnień nie wydaje ocen moralnych o osobach pozostających w procesie terapii.
2. Terapeuta uzależnień przestrzega przepisów powszechnie obowiązującego w Polsce prawa.
3. Terapeuta uzależnień przestrzega w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych we wszystkich działaniach terapeutycznych, naukowych i dydaktycznych.
4. Terapeuta uzależnień określa w porozumieniu z pacjentem metody pracy, czas i miejsce terapii oraz informuje o zasadach finansowania.
5. Terapeuta uzależnień informuje osoby pozostające w terapii, a za zgodą pacjenta także osoby trzecie, o celu i przebiegu terapii, stosowanych technikach terapeutycznych oraz o wszystkich możliwych skutkach terapii.
6. Terapeuta uzależnień zapewnia stosowne, bezpieczne miejsce, warunki oraz wyposażenie odpowiednie do rodzaju prowadzonej terapii.

7. Terapeuta uzależnień ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w trakcie procesu leczenia.
8. Terapeuta uzależnień jest związany tajemnicą zawodową również po śmierci pacjenta.
9. Terapeuta uzależnień może ujawnić informacje objęte tajemnicą zawodową, jeśli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi na to zgodę, lub gdy tak stanowią odrębne przepisy, lub gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.
10. Terapeuta uzależnień nie stosuje żadnych form przemocy.
11. Terapeuta uzależnień powstrzymuje się od towarzyskich i biznesowych relacji ze swoim pacjentem.
12. Terapeuta uzależnień nie pozostaje w osobistych związkach (w tym intymnych) z pacjentami (a także ich bliskimi i rodzinami).
13. Terapeuta uzależnień unika nadmiernej ingerencji w prywatność pacjenta i dba o jego psychiczne bezpieczeństwo.
14. Terapeuta uzależnień w procesie terapii nie narzuca pacjentowi osobistych poglądów, respektuje jego system wartości i prawo do podejmowania własnych decyzji.
15. Terapeuta uzależnień świadomy swoich ograniczeń w zawodowej praktyce terapeutycznej konsultuje się w razie potrzeby z odpowiednimi specjalistami.
16. Terapeuta uzależnień powstrzymuje się od oferowania swoich usług terapeutycznych pacjentowi innego terapeuty.
17. Terapeuta uzależnień powstrzymuje się od uwag, oceny i komentarzy w sprawie terapii prowadzonej przez innego terapeutę.
18. Terapeuta uzależnień unika podwójnych relacji z supervisorami, pracownikami, studentami, badaczami czy wolontariuszami.
19. Terapeuta uzależnień reaguje na zachowania innych terapeutów przekraczające normy prawne, zawodowe i etyczne.

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2007

REGULAMIN PRACY KOMISJI DO SPRAW ETYKI**§ 1**

1. Wszelkie działania podejmowane przez Komisję ds. Etyki powinny być zgodne zarówno z regułami poniższej procedury rozpatrywania skarg i zażaleń, jak również z koncepcją konfliktu jako procesu zawierającego ważne informacje oraz posiadającego potencjał rozwojowy.
2. W przypadku podejrzenia, że terapeuta uzależnień naruszył Kodeks Etyczny Terapeuty Uzależnień, Komisja ds. Etyki rozpatruje skargę/zażalenie, a także bada, w jaki sposób podnoszona sprawa może posłużyć rozwojowi lepszej praktyki terapii uzależnień.

§ 2

1. Komisję ds. Etyki powołuje Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii po konsultacji ze środowiskiem terapeutów uzależnień.
2. Komisja ds. Etyki wybiera Przewodniczącego oraz Sekretarza Komisji spośród jej członków w drodze tajnego głosowania, zwykłą większością głosów.

§ 3

1. W skład Komisji ds. Etyki wchodzi siedem osób, w tym jej Przewodniczący.
2. Posiedzenia Komisji ds. Etyki odbywają się w oparciu o roczny plan pracy Komisji ds. Etyki, wprowadzony każdorazowo zarządzeniem Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jednak nie rzadziej niż raz

na kwartał oraz w terminie nie dłuższym niż 3 tygodnie od wpłynięcia wniosku lub zażalenia.

3. Posiedzenie zwołuje Przewodniczący Komisji, w dowolnym terminie.
4. Przewodniczący Komisji ds. Etyki może zwołać dodatkowe – nadzwyczajne posiedzenie lub przyspieszyć planowane posiedzenie Komisji dla rozpatrzenia spraw pilnych.
5. Przewodniczący Komisji ds. Etyki zwołuje posiedzenie nadzwyczajne na wniosek Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub wniosek członka Komisji.
6. Wniosek w sprawie zwołania posiedzenia nadzwyczajnego powinien być złożony bezpośrednio do Przewodniczącego na piśmie, co najmniej 21 dni przed planowanym posiedzeniem.
7. W posiedzeniach Komisji ds. Etyki może uczestniczyć z głosem doradczym Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub osoba każdorazowo wskazana przez Dyrektora Krajowego Biura.
8. W posiedzeniach Komisji ds. Etyki mają prawo uczestniczyć z głosem doradczym inne osoby zaproszone przez Komisję.
9. Sekretarz Komisji zawiadamia zainteresowanych o terminie posiedzenia nie później niż 14 dni przed posiedzeniem – przedstawiając jednocześnie porządek posiedzenia.

10. Sekretarz Komisji sporządza protokół z posiedzenia Komisji ds. Etyki. Protokół podpisują Przewodniczący oraz Sekretarz Komisji.
11. Protokół z posiedzeń Komisji ds. Etyki zawiera:
 - a) numer porządkowy,
 - b) datę i miejsce posiedzenia,
 - c) godziny rozpoczęcia i zakończenia posiedzenia,
 - d) listę obecności wraz z podpisami,
 - e) porządek obrad,
 - f) zwięzłe streszczenie referowanych spraw,
 - g) stwierdzenie podjęcia decyzji i pełny tekst oświadczeń, jeżeli nie są włączone do protokołu w formie załącznika będącego integralną częścią protokołu, względnie stwierdzenie odmiennego załatwienia sprawy,
 - h) wyniki głosowania.
12. Za obsługę biurową Komisji ds. Etyki, w tym za powiadamianie o posiedzeniach i ich protokolowanie, odpowiada Sekretarz Komisji.
13. Lokal, w którym odbywają się posiedzenia Komisji ds. Etyki zapewnia Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 4

1. Komisja ds. Etyki wydaje orzeczenie w sprawach określonych w § 1 pkt 2 nie później niż w ciągu 4 tygodni od daty posiedzenia.
2. Komisja ds. Etyki wydaje orzeczenie wraz z jego uzasadnieniem.
3. Komisja ds. Etyki może przedstawić orzeczenie wraz z jego uzasadnieniem pracodawcy danego terapeuty oraz organowi, który sprawuje nadzór merytoryczny nad terapią.
4. Komisja ds. Etyki dokonuje okresowych analiz skarg i zażaleń pacjentów oraz terapeutów uzależnień z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.
5. Komisja ds. Etyki przedstawia wnioski z prowadzonych analiz Dyrektorowi Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 5

1. Uchwały Komisji ds. Etyki podejmowane są w drodze głosowania jawnego, zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej pięciu członków Komisji ds. Etyki.
2. Dla ważności uchwał Komisji ds. Etyki wymagana jest obecność Przewodniczącego lub Sekretarza Komisji.
3. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Komisji lub przy nieobecności Przewodniczącego Komisji głos Sekretarza Komisji.

4. Uczestnicy posiedzenia Komisji ds. Etyki mogą zdecydować zwykłą większością głosów o zarządzeniu głosowania tajnego w każdej z omawianych spraw.
5. Sekretarz Komisji prowadzi rejestr posiedzeń i podjętych uchwał.

§ 6

1. Komisja ds. Etyki aktualizuje zasady etyczne Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień.
2. Komisja ds. Etyki nawiązuje współpracę z innymi podmiotami zajmującymi się terapią uzależnień.
3. Komisja ds. Etyki rozpatruje skargi i zażalenia pochodzące od pacjentów, terapeutów uzależnień, innych terapeutów, a także inne skargi i zażalenia dotyczące osób używających w swojej działalności nazwy „terapia uzależnień”.
4. Skargi i zażalenia powinny być formułowane na piśmie i przekazywane dowolnemu członkowi Komisji ds. Etyki osobiście lub pocztą.

§ 7

1. Komisja ds. Etyki stoi na straży przestrzegania norm etycznych terapeuty uzależnień.
2. Komisja ds. Etyki działa w trybie posiedzenia zamkniętego z wyjątkiem sytuacji, w których:
 - a) strony są zainteresowane upublicznieniem sprawy,
 - b) Komisja ds. Etyki uznaje, iż upublicznienie sprawy będzie korzystne zarówno dla samej sprawy, jak i dla środowiska terapeutów uzależnień jako całości, i uzyskuje zgodę osób zainteresowanych,
 - c) upublicznienie sprawy wbrew woli terapeuty uzależnień, który naruszył zasady Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień, może być formą wymierzenia kary.

§ 8

1. Celem procedury formalnej składania oficjalnych skarg i zażaleń jest ustalenie, czy terapeuta złamał zasady Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień i, jeżeli tak się zdarzyło, podjęcie stosownych działań.
2. Skarga/zażalenie musi być złożone na ręce Komisji ds. Etyki w czasie do jednego roku od daty zdarzenia lub zdarzeń, które spowodowały złożenie skargi.
3. Komisja ds. Etyki może uznać za potrzebne dołączenie do składu Komisji prawnika na zasadzie określonej w § 3 ust. 8.
4. Przedstawienie sprawy może obejmować wszelką dokumentację dotyczącą okoliczności towarzyszących sprawie.
5. Po przedłożeniu materiałów Komisji ds. Etyki, Komisja wyznacza termin posiedzenia, z wyjątkiem przypadku, gdy uzna, że przedłożone dokumenty nie stanowią uzasadnienia dla podjęcia dalszych działań.

6. Komisja ds. Etyki wysyła zawiadomienie o posiedzeniu oraz krótkie oświadczenie przedstawiające sposób rozumienia sprawy przez Komisję oraz wyznaczające obszar dyskusji. Oświadczenie zawiera odniesienia do poszczególnych dokumentów i przedstawionych tematów, jak również do argumentów oraz dowodów, które powinny zostać przedstawione Komisji.
7. Komisja ds. Etyki może zaprosić na posiedzenie zainteresowane strony.
8. Jeżeli któraś ze stron nie przybędzie na posiedzenie, nie wstrzymuje to biegu postępowania.
9. Uchwała podjęta przez Komisję ds. Etyki jest ostateczna i nie przysługuje od niej żaden środek zaskarżenia.

§ 9

1. Działania podejmowane przez Komisję ds. Etyki związane są potrzebą ochrony pacjentów przed nieetycznymi lub niekompetentnymi działaniami terapeutów uzależnień.
2. Posiedzenie rozpoczyna się od przedstawienia sprawy przez osobę składającą skargę/zażalenie. Komisja ds. Etyki wysłuchuje wyjaśnień zainteresowanych stron i ewentualnych świadków, którzy składają wyjaśnienia w trybie zaproponowanym przez Komisję. Komisja zapewnia stronom poufność składanych wyjaśnień.
3. Po wysłuchaniu każdej ze stron Komisja ds. Etyki udaje się na naradę i głosowanie, po czym przedstawia swoją uchwałę w sprawie, bądź datę wydania uchwały w terminie późniejszym, nie dłuższym niż 30 dni.
4. W trakcie podejmowania decyzji Komisja ds. Etyki kieruje się zapisem § 9 ust. 1 niniejszego regulaminu. Jeżeli skar-

ga/zażalenie zostało uznane za zasadne Komisja podejmuje odpowiednie działania.

5. W przypadku gdy skarga/zażalenie nie zostanie uznane za zasadne, wszystkie dokumenty oraz inne dowody związane ze sprawą zostają zarchiwizowane na okres dwóch lat, po którym zostają protokolarnie zniszczone.

§ 10

Po rozpatrzeniu skargi/zażalenia Komisja ds. Etyki może podjąć w stosunku do terapeuty uzależnień następujące działania:

- 1) odrzucić skargę lub zażalenie,
- 2) udzielić terapeutce uzależnień upomnienia,
- 3) powiadomić władze zwierzchnie terapeuty uzależnień,
- 4) skreślić terapeutę uzależnień z listy terapeutów uzależnień, którzy przyjęli Kodeks Etyczny Terapeuty Uzależnień, podając uzasadnienie decyzji,
- 5) złożyć powiadomienie do prokuratury.

§ 11

Komisja ds. Etyki nie refunduje kosztów poniesionych przez którąkolwiek ze stron.

§ 12

1. Uchwała Komisji ds. Etyki jest wiążąca dla stron.
2. Terapeuta uzależnień lub osoba wnosząca skargę może powtórnie zwrócić się do Komisji ds. Etyki o rozpatrzenie sprawy, o ile zaistnieją nowe okoliczności mające wpływ na daną sprawę.
3. W takim przypadku Komisja ds. Etyki podejmuje decyzję czy odwołanie powinno być rozpatrzone.

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 8/2007

OŚWIADCZENIE

w sprawie zgody na umieszczenie danych osobowych na liście terapeutów przestrzegających zasad Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień

Ja niżej podpisany oświadczam, iż wraz z zgodą na umieszczenie moich danych osobowych (obejmujących imię, nazwisko, rok urodzenia, stopień specjalizacji, aktualne miejsce pracy) na liście terapeutów uzależnień akceptujących i przestrzegających zasad Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień. Lista jest dobrowolna i publicznie dostępna. Lista prowadzona jest przez Komisję ds. Etyki na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W przypadku wydania wiążącej decyzji Komisji ds. Etyki, poddaję się procedurze wykreślenia mnie z listy z podaniem uzasadnienia.

Podpis

Podpis

.....
Przewodniczący Komisji ds. Etyki

.....
Terapeuta Uzależnień

Warszawa, dnia.....

Celem artykułu jest przedstawienie prac nad wdrożeniem nowego systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, które prowadzi obecnie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. System oraz niezbędne dokumenty były współfinansowane ze środków unijnych w ramach programu Środki Przejściowe 2004 (Transition Facility 2004).

NOWY SYSTEM ZBIERANIA DANYCH Z PLACÓWEK LECZNICZYCH

Ewa Sokołowska

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

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) jako krajowy punkt kontaktowy (ang. national focal point) do spraw zjawiska narkomanii w Polsce zobowiązane jest do składania sprawozdań dotyczących narkotyków i narkomanii do Europejskiego Centrum Monitorowania (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA). EMCDDA opracowało standardy monitoringu sytuacji epidemiologicznej, aby umożliwić porównywanie danych pomiędzy poszczególnymi krajami, a w rezultacie obserwację zjawiska w całej Europie. Jednym z najlepiej wystandaryzowanych wskaźników epidemiologicznych opracowanych przez EMCDDA jest zgłaszalność do leczenia z powodu problemu narkotyków (ang. treatment demand indicator – TDI).

Dotychczas funkcjonujący w Polsce system zbierania danych z lecznictwa, a w szczególności danych o osobach zgłaszających się do leczenia z powodu problemu narkotyków, nie spełnia wymagań Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, dlatego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii stworzyło, we współpracy z ekspertem z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Januszem Sierosławskim, projekt nowego systemu statystycznego, który odpowiadałby standardom europejskim.

Obecny system sprawozdawczy

Aktualnie informacje o osobach zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków zbierane są w ramach ogólnopolskiego systemu statystycznego lecznictwa psychiatrycznego, prowadzonego i zarządzanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Instytut prowadzi dwa osobne systemy sprawozdawczo-

Aktualnie informacje o osobach zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków zbierane są w ramach ogólnopolskiego systemu statystycznego lecznictwa psychiatrycznego, prowadzonego i zarządzanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Instytut prowadzi dwa osobne systemy sprawozdawczości statystycznej z lecznictwa – jeden dla lecznictwa stacjonarnego, drugi dla placówek ambulatoryjnych.

ści statystycznej z lecznictwa – jeden dla lecznictwa stacjonarnego, drugi dla placówek ambulatoryjnych.

System sprawozdawczości statystycznej z lecznictwa stacjonarnego obejmuje placówki psychiatryczne (w tym lecznictwo uzależnień lekowych), oddziały detoksykacyjne dla narkomanów oraz ośrodki rehabilitacyjne. Na placówki o statusie zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ) nałożony jest obowiązek sprawozdawczy do Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Statystyki z lecznictwa

stacjonarnego oparte są na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych, które wypełniane są przy wypisie pacjenta z placówki oraz 31 grudnia każdego roku (w celu zdobycia informacji o pacjentach, którzy pozostają w leczeniu w kolejnym roku). Kwestionariusze te opatrzone są indywidualnymi kodami, dzięki czemu można prześledzić, ile osób podejmowało leczenie wiele razy w ciągu jednego roku, niekiedy w wielu

placówkach. Możliwe jest zatem określenie liczby pacjentów leczonych w danym roku, a nie jedynie liczby epizodów leczniczych.

System sprawozdawczości statystycznej z lecznictwa ambulatoryjnego obejmuje poradnie zdrowia psychicznego, poradnie odwykowe oraz specjalistyczne poradnie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. System ten oparty jest na zbiorczych zestawieniach liczby leczonych, które są przygotowywane na poziomie poradni. W efekcie osoby korzystające w danym roku z dwóch lub trzech poradni, liczone są więcej niż jeden raz. Dane te są nieporównywalne z danymi z lecznictwa stacjonarnego. Niedostępne są również informacje o pacjentach kontynuujących leczenie rozpoczęte w roku poprzednim.

Nowy system monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków minimalizuje ograniczenia dotychczas istniejącego systemu statystycznego.

Nowy system monitorowania zgłaszalności do leczenia

Polski system bazuje na metodologii opracowanej przez ekspertów sieci Reitox współpracujących z Europejskim Centrum EMCDDA przygotowało w 2000 roku protokół monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków. Zawiera on pełne metodologiczne oraz definicyjne podstawy stworzonego wskaźnika (TDI Standard Protocol 2.0).

Celem nowego obowiązkowego systemu dla placówek ambulatoryjnych oraz stacjonarnych jest rzetelne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej problemu narkomanii. Poznanie sceny narkotykowej i jej dynamiki pozwala śledzić trendy, przewidywać kierunki zmian zjawiska oraz odpowiednio mu zapobiegać. Umożliwia to również właściwą odpowiedź na zjawisko poprzez kreowanie adekwatnej do rzeczywistości polityki zdrowotnej i społecznej.

W ramach programu Środki Przejściowe 2004 (Transition Facility 2004: PL2004/IB/JH/01/TL2004/016-829.05.01.01) opracowane zostały polskie dokumenty oraz narzędzia niezbędne do rozpoczęcia monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, a mianowicie:

- protokół;
- kwestionariusz w wersji papierowej;
- kwestionariusz w wersji elektronicznej;

- kwestionariusze pomocnicze do obu wersji narzędzia;
- instrukcja wypełniania kwestionariusza.

Aby przygotować pracowników placówek świadczących pomoc osobom uzależnionym od narkotyków do pracy z nowym systemem, przeprowadzonych zostało 5 treningów, w trakcie których przeszkolono 127 osób (również w ramach programu Środki Przejściowe 2004, we współpracy z partnerem niemieckim).

Narzędzia zbierania danych

Jednym z mankamentów dotychczasowego systemu obowiązującego w Polsce był brak informacji o sposobie i częstotliwości przyjmowania narkotyków. W ramach nowego systemu będą zbierane m.in. informacje o wzorze używania substancji psychoaktywnych przez osoby zgłaszające się do leczenia z powodu problemu narkotyków. Narzędzia do zbierania informacji zawierają również pytania o:

- charakterystyki społeczno-demograficzne;
- zachowania ryzykowne (iniekcje, dzielenie się igłami i strzykawkami);
- infekcje HIV i HCV;
- źródło i efekt zgłoszenia się do leczenia;
- wcześniejsze leczenie oraz
- diagnozę wg ICD-10.

Powyższe informacje zbierane będą za pomocą specjalnie przygotowanego kwestionariusza. Został on opracowany w wersji papierowej oraz w wersji elektronicznej (program TDIManager). Indywidualne kwestionariusze powinny być wypełniane we wszystkich typach placówek w momencie zgłoszenia się do nich pacjenta. Dane podstawowe o osobie zgłaszającej się do placówki (płeć, wiek, narkotyk podstawowy) powinny być zbierane już podczas pierwszego kontaktu. Jeden kwestionariusz powinien być wypełniany dla każdego klienta zgłaszającego się do leczenia oraz dla każdego epizodu leczniczego tego klienta. W tym miejscu należy przybliżyć definicję epizodu leczniczego, która jest inna dla placówek ambulatoryjnych, a inna dla stacjonarnych.

W przypadku placówek stacjonarnych epizod leczniczy definiowany jest jako czas pobytu klienta w placówce – od rejestru do wypisu pacjenta z ośrodka. Kolejne rozpoczęcie leczenia rozumiane jest jako ponowne przyjęcie do placówki. Taka sama zasada obowiązuje w przypadku placówek leczenia substytucyjnego.

Tu również decyduje przyjęcie pacjenta do programu i wypis z programu (bez względu na to, czy nastąpiło to wskutek ukończenia, czy też przerwania leczenia).

W przypadku placówek ambulatoryjnych znacznie trudniej jest zdefiniować zakończenie lub przerwanie leczenia. Na potrzeby monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków przyjęto, że epizod leczenia w placówce ambulatoryjnej kończy się, gdy klient wraz z terapeutą podejmują decyzję o zakończeniu leczenia, bądź gdy klient przerywa kontakt z placówką na okres co najmniej 6 miesięcy. Tak więc zgłoszenie się klienta do poradni po przerwie w kontaktach krótszej niż 6 miesięcy należy traktować jako kontynuację rozpoczętego wcześniej epizodu leczenia i nie trzeba wypełniać dla tej osoby kolejnego kwestionariusza.

Wdrażanie systemu

Instytucją wdrażającą i zarządzającą systemem zbierania danych o zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków jest CINN w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN). Zadaniem Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii jest dostarczenie do placówek narzędzi do zbierania danych – kwestionariusza w wersji papierowej bądź bazy elektronicznej, kwestionariuszy pomocniczych oraz pomocy w postaci skrótu protokołu monitorowania zgłaszalności do leczenia, instrukcji wypełniania kwestionariusza oraz instrukcji obsługi aplikacji TDIManager (elektroniczna wersja kwestionariusza). Natomiast zadaniem pracowników placówek jest zbieranie i przekazywanie danych do CINN KBPN we wcześniej ustalonych terminach (w trybie miesięcznym, kwartalnym, półrocznym, rocznym). Placówki, które zdecydują się na korzystanie z papierowej wersji kwestionariusza, będą musiały odsyłać kwestionariusze tradycyjną pocztą na adres Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (ważne jest staranne przygotowanie przesyłki, aby kwestionariusze nie zostały pogniecione). Placówki, które korzystać będą z TDIManagera, będą wysyłać dane drogą mailową. Dane można również zgrać na płytę CD i przesłać tradycyjną pocztą na adres CINN KBPN.

Na podstawie zebranych danych automatycznie generowane będą raporty dla Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) – tzw. tabele standardowe. Analizy tych danych za-

warte będą w corocznych raportach dla EMCDDA (National Report). Na potrzeby krajowe opracowywany będzie raport ogólnopolski, zawierający zestawienia w podziałach terytorialnych. Wyniki monitoringu będą szeroko upowszechniane. Planowane jest publikowanie raportów oraz różnorodnych opracowań w periodykach dla profesjonalistów lub w formie książki. Tabelaryczne zestawienia oraz raporty przygotowywane dla EMCDDA publikowane będą na stronie internetowej CINN KBPN. Przygotowywane będą również skróty informacji na potrzeby mediów. Wyniki monitoringu będą też prezentowane w formie referatów czy wystąpień.

Planowany termin wprowadzenia nowego systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, jako systemu obligatoryjnego dla wszystkich specjalistycznych placówek leczenia i rehabilitacji osób z problemem narkotyków, to styczeń 2008 roku. Systemem zatem będą objęte następujące typy placówek o statusie ZOZ lub NZOZ:

- poradnie dla osób uzależnionych od narkotyków;
- poradnie uzależnień (z ofertą dla osób uzależnionych od narkotyków i uzależnionych od alkoholu);
- oddziały detoksykacyjne i inne oddziały szpitalne dla uzależnionych od narkotyków;
- ośrodki rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków;
- programy leczenia substytucyjnego.

W przyszłości planuje się rozszerzenie systemu, tak aby obejmował on również inne zakłady opieki zdrowotnej – wszystkie placówki leczenia odwykowego (w tym uzależnienia od alkoholu) oraz wszystkie placówki psychiatryczne.

W celu zidentyfikowania najczęściej pojawiających się problemów w wypełnianiu kwestionariusza oraz zweryfikowania funkcjonalności narzędzi do zbierania danych zaplanowana została faza pilotażowa wdrażania systemu, która rozpocznie się na przełomie października i listopada 2007 roku

Bibliografia

EMCDDA/Pompidou Group, „Treatment Demand Indicator. Standard Protocol 2.0”, EMCDDA, Lizbona 2000.

„Instrukcja wypełniania kwestionariusza”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.

Sierosławski J., „Zgłaszalność do leczenia. Protokół badania”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.

Mimo braków legislacyjnych warto już dziś zastanowić się nad tematyką realizowanych przez nas w przyszłości projektów. Dokonać analizy dostępnych zasobów i przygotować założenia dla projektów, których realizację, najprawdopodobniej, będzie można rozpocząć w pierwszym półroczu 2008 roku. Proces ten wymaga jednak zapoznania się z aktualnymi wytycznymi Ministerstwa Rozwoju Regionalnego (niektóre są na etapie konsultacji) – pozwoli to w przyszłości uniknąć rozczarowań i cieszyć się z przyznanych środków strukturalnych.

NOWE MOŻLIWOŚCI POZYSKIWANIA FUNDUSZY UNIJNYCH

Michał Bonin

Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości

Ogłoszenia o naborze projektów w ramach schematu konkursowego ukarzą się na stronach instytucji wdrażających (pośredniczących II stopnia – IP2) najprawdopodobniej na początku 2008 roku. Jest to związane z faktem braku aktów wykonawczych pozwalających na m.in. ogłoszenie konkursów przez IP2. Obecnie na stronach Ministerstwa Rozwoju Regionalnego (MRR), w zakładce „konsultacje dokumentów”, pojawiają się wytyczne dotyczące nowego okresu programowania.

Jednym z najważniejszych dokumentów (obok Opisu Systemu Realizacji PO KL – odpowiednika Wytycznych dla beneficjentów SPO RZL, funkcjonującego w okresie 2004–2006) jest Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, który precyzuje postanowienia Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL). Dokument ten stanowi kompendium wiedzy dla potencjalnych beneficjentów na temat możliwości i sposobu realizacji projektów współfinansowanych z EFS. Zawarte w nim informacje dotyczące szczegółowych typów projektów, listy potencjalnych beneficjentów, grup docelowych wsparcia oraz systemu wdrażania ułatwiają przygotowanie projektu i prawidłowe wypełnienie wniosku o dofinansowanie. Ponieważ nie ma on formy rozporządzenia, w odróżnieniu do Uzupełnienia Programu SPO RZL, jego zmiany nie wymagają zatwierdzenia przez Komisję Europejską.

Na podstawie dokumentów umieszczonych na stronach MRR można zacząć planować oraz przyjmować założenia w kwestii przyszłych projektów – zasad ich wyboru, realizacji oraz finansowania.

W artykule, który ukazał się na łamach ostatniego numeru *Serwisu*, zapoznałem Czytelników, bardzo ogólnie,

z PO KL oraz przedstawiłem działania i priorytety, w ramach których beneficjenci realizujący programy leczenia narkomanii i profilaktyki antynarkotkowej kierowanej do ogółu społeczeństwa lub młodzieży szkolnej, do grup zagrożonych uzależnieniem oraz zamierzających podnieść kwalifikacje osób działających w tym obszarze (resocjalizacja i profilaktyka antynarkotkowa) mogą aplikować o środki finansowe lub będą mogli skorzystać z prowadzonych działań jako tzw. grupa docelowa.

W ramach PO KL, projekty systemowe (nie dotyczy pomocy technicznej) mogą być realizowane przez:

- wskazanych beneficjentów (wskazanych w Szczegółowym Opisie Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – SzOP);
- instytucje pośredniczące;
- instytucje wdrażające (jeżeli zostały wyznaczone).

W dalszej części będę zajmował się tylko trybem konkursowym i działaniami, gdzie wnioskodawcą (projektodawcą) może być interesujący nas pomiot.

Z uwagi na zmiany, jakie dokonały się w ostatnim czasie w dokumentach programowych, przybliżę ponownie działania, w ramach których jest możliwość realizacji projektów dotyczących przeciwdziałania narkomanii oraz szeroko pojętych projektów środowiskowych dla młodzieży w trybie konkursowym (możliwość realizacji tego typu projektów, wyłonionych w trybie konkursowym, istnieje tylko w kompetencji regionalnym, ponieważ w kompetencji krajowym realizowane są w większości projekty systemowe).

Pierwsze z nich to poddziałanie 7.2.1 – **Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym**. Jest ono realizowane w ramach działania 7.2 – **Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie**

sektora ekonomii społecznej, którego celem jest poprawa zatrudnienia w środowisku grup wykluczonych społecznie oraz rozwój sektora ekonomii społecznej (np. tworzenie i rozwój przedsiębiorstw społecznych). W działaniu tym w szczególności promowane będą inicjatywy partnerskie, wykorzystujące możliwości współpracy partnerów publicznych z organizacjami pozarządowymi.

Przypomnę, iż w obszarze poddziałania 7.2.1 projektodawcy (wszystkie podmioty) w ramach **schematu konkursowego** mogą liczyć na współfinansowanie następujących typów projektów/działań:

- wsparcie (m.in. prawne, organizacyjne, szkoleniowe i finansowe) dla tworzenia i działalności podmiotów integracji społecznej, w tym: centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej, podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej;
- kursy i szkolenia umożliwiające nabycie, podniesienie lub zmianę kwalifikacji i kompetencji zawodowych dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- zatrudnienie subsydiowane osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w organizacjach pozarządowych oraz spółdzielniach socjalnych połączone z zajęciami reintegracji zawodowej i społecznej;
- poradnictwo psychologiczne, psychospołeczne, zawodowe i inne, prowadzące do integracji społecznej i zawodowej, skierowane do osób zagrożonych wykluczeniem i ich otoczenia;
- rozwój nowych form i metod wsparcia środowiskowego na rzecz integracji zawodowej i społecznej, w tym środowiskowej pracy socjalnej, centrów aktywizacji lokalnej, animacji lokalnej, streetworkingu;
- rozwój usług społecznych przezwyciężających indywidualne bariery w integracji społecznej, w tym w powrocie na rynek pracy;
- rozwijanie umiejętności i kompetencji społecznych niezbędnych w poszukiwaniu i utrzymaniu zatrudnienia;
- wsparcie tworzenia i działalności środowiskowych instytucji aktywizujących osoby niepełnosprawne, w tym zaburzone psychicznie;
- promocja i wsparcie wolontariatu, w zakresie integracji osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- wsparcie dla tworzenia i funkcjonowania pozaszkolnych form integracji społecznej młodzieży (światlice środowiskowe, w tym z programem socjoterapeutycznym, kluby środowiskowe);
- organizowanie akcji i kampanii promocyjno-informacyjnych m.in. z zakresu równości szans, mobilności i elastyczności zawodowej, promowania postaw aktywnych oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu;
- rozwój dialogu, partnerstwa publiczno-społecznego i współpracy na rzecz rozwoju zasobów ludzkich na poziomie regionalnym i lokalnym;
- prowadzenie, publikowanie i upowszechnianie badań i analiz z zakresu integracji i polityki społecznej w regionie.

Grupy docelowe, do których powinny zostać skierowane wymienione działania, to m.in.:

- osoby długotrwale bezrobotne;
- osoby niepełnosprawne;
- osoby powracające na rynek pracy po urlopach wychowawczych i macierzyńskich;
- osoby po 50. roku życia (50+);
- młodzież w wieku 15-25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym (z wyjątkiem osób objętych wsparciem na szczeblu ogólnopolskim w ramach projektów systemowych realizowanych przez OHP);
- osoby zaburzone psychicznie;
- osoby bezdomne;
- uchodźcy, osoby z pobytem tolerowanym oraz osoby nie będące obywatelami polskimi posiadające zezwolenie na osiedlenie się lub zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, mające trudności z integracją zawodową i społeczną;
- członkowie mniejszości etnicznych i narodowych (z wyjątkiem Romów);
- osoby opuszczające rodziny zastępcze oraz placówki opiekuńczo-wychowawcze, mające trudności z integracją zawodową i społeczną;
- osoby po zwolnieniu z zakładu karnego lub innej placówki penitencjarnej;
- osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających, poddające się procesowi leczenia lub po jego ukończeniu;
- otoczenie osób wykluczonych społecznie (w zakresie poradnictwa i projektów promocyjnych);
- pracownicy instytucji pomocy i integracji społecznej działających w regionie (z wyłączeniem publicznych);
- partnerzy społeczno-gospodarczy.

Na realizację przedmiotowego poddziałania przewidziano 271 758 559 euro, w tym 230 994 775 euro z EFS oraz 40 763 784 euro ze środków krajowych. Warto w tym miejscu zauważyć, iż przy maksymalnym udziale środków UE w wydatkach kwalifikowanych określonych na poziomie projektu do 85%, poziom cross-financingu wynosi do 15% (dla większości działań w ramach PO KL wynosi on 10%). Został on ograniczony do zakupu sprzętu i wyposażenia oraz dostosowywania pomieszczeń i miejsc pracy (m.in. do potrzeb osób niepełnosprawnych).

Drugim poddziałaniem, na które warto zwrócić uwagę jest poddziałanie 9.1.2 – **Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów z grup o utrudnionym dostępie do edukacji oraz zmniejszanie różnic w jakości usług edukacyjnych**. Jest ono realizowane w ramach działania 9.1 – Wyrównywanie szans edukacyjnych i zapewnienie wysokiej jakości usług edukacyjnych świadczonych w systemie oświaty. Jednym z celów działania jest pomoc uczniom, którzy ze względu na czynniki ekonomiczne, społeczne czy kulturowe nie są w stanie funkcjonować prawidłowo w systemie oświaty. Do grupy takich uczniów można zaliczyć m.in. uczniów pochodzących z rodzin patologicznych oraz uczniów dotkniętych patologiami społecznymi i młodzież, która ze względu na różne czynniki przedwcześnie opuściła system szkolnictwa. Wsparcie powyższych grup powinno odbywać się nie tylko poprzez realizację programów edukacyjnych (dodatkowych zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych), ale także wsparcie pedagogiczno-psychologiczne skoncentrowane na eliminacji czynników mających wpływ na „umieszczenie” w niekorzystnej sytuacji.

W ramach poddziałania 9.1.2 projektodawcy (wszystkie podmioty, a nie tylko placówki oświatowe jak mogłyby wskazywać typy projektów) w ramach **schematu konkursowego** mogą liczyć na współfinansowanie następujących typów projektów/działań (wymieniam tylko wybrane):

- programy rozwojowe szkół i placówek oświatowych prowadzących kształcenie ogólne ukierunkowane na zmniejszanie dysproporcji w osiągnięciach uczniów w trakcie procesu kształcenia oraz podnoszenie jakości procesu kształcenia, w szczególności obejmujące: doradztwo i opiekę pedagogiczno-psychologiczną dla uczniów wykazujących problemy w nauce lub z innych przyczyn zagrożonych przedwczesnym

wypadnięciem z systemu szkolnictwa (**np. wsparcie dla uczniów z obszarów wiejskich, wsparcie dla uczniów niepełnosprawnych, przeciwdziałanie uzależnieniom, programy prewencyjne, przeciwdziałanie patologiom społecznym**).

Grupy docelowe, do których powinny zostać skierowane wymienione działania, to m.in.:

- szkoły (instytucje, kadra) i ich organy prowadzące realizujące kształcenie ogólne;
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
- uczniowie szkół podstawowych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych i policealnych prowadzących kształcenie ogólne.

Na realizację przedmiotowego poddziałania przewidziano 481 407 419 euro, w tym 409 196 306 euro z EFS oraz 72 211 113 euro ze środków krajowych. W tym poddziałaniu z kolei, przy maksymalnym udziale środków UE w wydatkach kwalifikowanych określonych na poziomie projektu do 85%, poziom cross-financingu wynosi do 10%. Został on ograniczony do dostosowywania budynków i pomieszczeń szkolnych do potrzeb uczniów niepełnosprawnych, zakup/wynajem środków transportu dla uczniów zamieszkałych na terenach o utrudnionym dostępie do edukacji oraz zakup materiałów dydaktycznych służących realizacji programów rozwojowych szkół (np. pracownie specjalistyczne, laboratoria).

Innowacyjność w PO KL

Podobnie jak w okresie 2004–2006, również obecny okres programowania stawia sobie za cel wspieranie projektów innowacyjnych. Ich celem ma być poszukiwanie nowych, lepszych, efektywniejszych sposobów rozwiązywania problemów na rynku pracy. Innowacyjność w tym kontekście należy rozumieć jako:

- nastawienie na wsparcie nowych, nietypowych grup na rynku pracy oraz rozwiązanie problemu, który do tej pory nie był przedmiotem polityki państwa;
- wykorzystanie nowych instrumentów w rozwiązywaniu dotychczasowych problemów na rynku pracy; przy czym możliwe jest tutaj także adaptowanie rozwiązań sprawdzonych w innych krajach, regionach czy też w innych kontekstach, np. w stosunku do innej grupy docelowej;
- w tej kategorii mieści się także rozwój, modyfikacja dotychczas stosowanych instrumentów w celu

zwiększenia ich adekwatności, skuteczności i efektywności.

Projekty innowacyjne powinny być nastawione na badanie i rozwój konkretnych instrumentów. Stąd też każdy z tych projektów powinien być realizowany w kilku fazach (wg wytycznych MRR):

- analiza problemu – wypracowanie dobrego narzędzia rynku pracy wymaga wnikliwego rozpoznania natury i przyczyn problemu, dlatego też projekty innowacyjne powinny opierać się na badaniach danego obszaru rynku pracy lub takie badanie przewidywać;
- testowanie wypracowywanych rozwiązań – jest to element konieczny dla wypracowania dobrych narzędzi rynku pracy;
- analiza rzeczywistych efektów testowanego rezultatu – na tym etapie możliwa jest weryfikacja przyjętych założeń; wyniki tego etapu powinny też pozwolić na modyfikację wypracowywanego narzędzia;
- opracowanie produktu finalnego.

Jednakże proces upowszechniania i włączania nie może być procesem jednostronnym – projektodawca musi przewidzieć włączenie otoczenia w proces modyfikacji opracowywanego produktu, aby w ostatecznym kształcie jak najlepiej odpowiadał na rzeczywiste potrzeby przyszłych odbiorców. Pożądane jest więc angażowanie przyszłych odbiorców rezultatu w realizację projektu.

Co ciekawe, dopuszcza się realizację projektów, których celem nie jest wypracowanie nowego produktu, ale upowszechnienie i włączenie do głównego nurtu polityki dobrych praktyk wypracowanych w ramach innych programów czy też priorytetów. Kluczowe staje się w takiej sytuacji opracowanie sposobu przenoszenia dobrych praktyk z poziomu projektu na poziom polityki.

Poniżej przedstawiam przykładowe tematy projektów innowacyjnych w ramach Działania 7 oraz 9 (na podstawie **Wytycznych w zakresie wdrażania projektów innowacyjnych i współpracy ponadnarodowej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki** zamieszczonych na stronie MRR):

Działanie 7:

- poszukiwanie nowych metod wspierania aktywności osób niepełnosprawnych na rynku pracy;
- poszukiwanie metod zmniejszania emigracji zarobkowej osób młodych oraz absolwentów;

- instrumenty wspierające godzenie życia rodzinnego i zawodowego;
- rozwój elastycznych form zatrudnienia, zarówno w kontekście godzenia życia zawodowego i rodzinnego, jak i niepełnosprawności;
- integracja imigrantów i uchodźców oraz mniejszości etnicznych na rynku pracy.

Działanie 9:

- ułatwienie przejścia pomiędzy kształceniem a zatrudnieniem;
- budowa sieci współpracy między szkołami o zawodowym profilu kształcenia i przedsiębiorcami;
- wspieranie rozwoju najzdolniejszych uczniów.

Kwalifikowalność kosztów¹

W ramach PO KL beneficjent przedstawia zakładane koszty projektu we wniosku o dofinansowanie projektu w formie budżetu zadaniowego, tj. przedstawia podział na:

- koszty bezpośrednie (tj. wszystkie koszty zadań realizowanych przez beneficjenta w ramach projektu, które są bezpośrednio związane z tymi zadaniami);
- koszty pośrednie (tj. część kosztów beneficjenta, która nie może zostać bezpośrednio przyporządkowana do konkretnego zadania realizowanego w ramach projektu).

Dla każdego zadania wskazywany jest limit kosztów, które zostaną poniesione na jego realizację. W ramach każdego zadania beneficjent wyszczególnia koszty personelu związane z realizacją danego zadania. Kwoty wykazywane w budżecie zadaniowym zawartym w części IV wzoru wniosku o dofinansowanie realizacji projektu powinny wynikać ze szczegółowego budżetu zawartego w załączniku do wniosku o dofinansowanie realizacji projektu, który wskazuje poszczególne koszty jednostkowe związane z realizacją odpowiednich zadań i jest podstawą do oceny kwalifikowalności wydatków projektu na etapie weryfikacji wniosku o dofinansowanie projektu.

W przypadku gdy beneficjent zakłada zlecenie pewnych usług w ramach projektu, powinien zawrzeć odpowiednie zapisy we wniosku o dofinansowanie realizacji projektu. W przeciwnym razie wydatki ponie-

¹ Na podstawie „Zasady finansowania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki”, Warszawa 2007.

sione na realizację zleconych usług przez wykonawcę mogą zostać uznane za niekwalifikowalne na etapie rozliczania projektu.

Pewną nowością jest podział kosztów na koszty pośrednie i bezpośrednie. W ramach kosztów bezpośrednich beneficjent wykazuje we wniosku o dofinansowanie rodzaje zadań w ramach projektu. Zadania projektu należy definiować odpowiednio do zakresu merytorycznego projektu, np. zadaniem w projektach powiatowych urzędów pracy będą „szkolenia”, z uwagi na fakt, że szkolenia stanowią jedną z form wsparcia przewidzianą do realizacji w ramach projektu i trudno założyć na etapie planowania budżetu, z jakich dziedzin będą one realizowane dla osób bezrobotnych, które zgłoszą się do powiatowego urzędu pracy; natomiast w przypadku projektu szkoleniowego dla pracowników przedsiębiorstwa zadanie powinno być bardziej uszczegółowione, tj. „szkolenia z zakresu zarządzania personelem” lub „szkolenia z zakresu marketingu”.

Poniżej przedstawiony jest przykładowy katalog zadań w ramach projektu:

- zarządzanie projektem;
- obsługa księgowa;
- zabezpieczenie prawidłowej realizacji projektu;
- rekrutacja uczestników projektu;
- promocja projektu;
- szkolenia;
- studia uzupełniające;
- staże;
- zatrudnienie subsydiowane;
- upowszechnienie i promocja alternatywnych i elastycznych form zatrudnienia;
- organizacja kampanii informacyjno-promocyjnych;
- rozwój systemów informatycznych;
- ekspertyzy;
- analizy;
- badania;
- przygotowanie publikacji;
- ewaluacja.

Niektóre koszty mogą być traktowane zarówno jako koszty bezpośrednie, jak i koszty pośrednie. O przyporządkowaniu poszczególnych kosztów do kosztów bezpośrednich lub kosztów pośrednich decyduje beneficjent. W przypadku gdy możliwe jest wyodrębnienie odpowiedniej części kosztów na podstawie dokumentów księgowych w odniesieniu do poszczególnego

zadania realizowanego w ramach projektu, powinny być one wykazywane jako koszty bezpośrednie. W przeciwnym razie, należy je traktować jako koszty pośrednie.

Przykładowo, w przypadku gdy projekt rozliczany jest przez księgową, która zajmuje się księgowością instytucji, dla której realizacja projektu stanowi działalność uboczną, wskazane byłoby wykazanie jej wynagrodzenia w ramach kosztów pośrednich. Natomiast w przypadku zlecenia przez organizację pozarządową obsługi księgowej projektu biura rachunkowemu, wynagrodzenie należne za obsługę księgową stanowić będzie koszt bezpośredni, **ponieważ można go bezpośrednio odnieść do projektu.**

Koszty pośrednie natomiast stanowią tę część kosztów beneficjenta, która nie może zostać bezpośrednio przyporządkowana do konkretnego zadania będącego wynikiem realizowanego projektu. Poniższy katalog (na podstawie „Wytucznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach PO KL”) jest katalogiem otwartym i zawiera w szczególności następujące kategorie kosztów:

- koszty zarządu;
- opłaty administracyjne (np. opłaty za najem powierzchni biurowych lub czynsz);
- opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową, wodę;
- amortyzację;
- usługi pocztowe, telefoniczne, telegraficzne, teleksowe, internetowe;
- koszty materiałów biurowych i artykułów piśmieniowych (np. długopisów, papieru, teczek, toneru do drukarek, dyskietek);
- koszty ubezpieczeń majątkowych;
- koszty ochrony;
- środki do utrzymania czystości pomieszczeń;
- sprzątanie pomieszczeń, dezynfekcję, dezynsekcję i deratyzację pomieszczeń itp.

Koszty pośrednie stanowią wydatki kwalifikowalne pod warunkiem, że nie zostały uwzględnione w kosztach bezpośrednich projektu oraz nie są finansowane z innych źródeł, np. środków własnych beneficjenta. Należy zatem bardzo precyzyjnie uwzględnić koszty bezpośrednie w ramach zadań, tak aby nie powielały

one kosztów wykazywanych w ramach kosztów pośrednich.

Niezwykle istotny jest fakt, iż wartość kosztów pośrednich jest ograniczona następującymi limitami:

- do 20% bezpośrednich kosztów projektu – w przypadku projektów o wartości do 2 mln zł łącznie;
- do 15% bezpośrednich kosztów projektu – w przypadku projektów o wartości od 2 do 5 mln zł łącznie;
- do 10% bezpośrednich kosztów projektu – w przypadku projektów o wartości powyżej 5 mln zł.

Na etapie konstruowania budżetu projektu należy więc określić właściwy limit procentowy kosztów pośrednich. Powyższy limit wyliczany jest na podstawie rzeczywistych kosztów pośrednich danego beneficjenta i stanowi odpowiedni procent tych kosztów w zależności od tego, w jakim stopniu projekt odnosi się do ogółu działalności danego beneficjenta. Ustalony limit procentowy będzie uwzględniony w umowie o dofinansowanie projektu zawieranej pomiędzy beneficjentem a instytucją zatwierdzającą projekt do realizacji i będzie podstawą do rozliczania kosztów pośrednich we wnioskach o płatność. Warto również pamiętać, iż pomimo braku obowiązku przekazywania dokumentów księgowych dotyczących poniesionych wydatków pośrednich, beneficjent zobowiązany jest do ich opisywania oraz archiwizowania wraz z całą dokumentacją finansową projektu na takich zasadach jak w przypadku kosztów bezpośrednich.

Wnioski o płatność i wkład niepieniężny

Teraz kilka słów o wnioskach o płatność – składanych częściej niż w obecnym okresie programowym oraz o wkładzie niepieniężnym (pozwolę sobie poświęcić trochę miejsca na ten temat, ponieważ mam świadomość, iż bardzo często będzie on właśnie stanowił wymagane współfinansowanie projektu w wysokości 15%).

Wniosek o płatność będzie składany w terminach określonych w umowie o dofinansowanie projektu, nie rzadziej jednak niż raz na trzy miesiące oraz – w przypadku wniosku o płatność końcową – nie później niż 30 dni od zakończenia okresu realizacji projektu oraz nie później niż w terminie 10 dni roboczych od zakończenia okresu rozliczeniowego. Wniosek o płatność składany jest w wersji papierowej i elektronicznej.

Wnioski o płatność w ramach projektów konkursowych będą składane przez beneficjenta (projektodawcę) do Instytucji Pośredniczącej (IP) lub – gdy weryfikacja wniosków o płatność została delegowana – do właściwej Instytucji Wdrażającej (Instytucja Pośrednicząca 2 – IP2).

Przypomnę pokrótce, iż wkład niepieniężny polega na wniesieniu do projektu określonych składników majątku beneficjenta, tj. nieruchomości w rozumieniu art. 46 § 1 kodeksu cywilnego, urządzeń lub materiałów, badań lub świadczeń wykonywanych przez wolontariuszy. Wkład niepieniężny wniesiony na rzecz projektu przez beneficjenta w postaci dóbr lub usług, za które nie dokonano płatności, stanowi wydatek kwalifikowalny przy założeniu, że jego wartość może zostać w niezależny sposób wyceniona oraz, jeśli zaistnieje taka konieczność – zweryfikowana (np. poddana audytowi).

Wycena wkładu niepieniężnego powinna być dokonywana według wartości rynkowej – przyjęcie przeciętnej ceny stosowanej w danej miejscowości w obrocie tytułami tego samego rodzaju i gatunku, lub – jeżeli nie można ustalić wartości rynkowej – według wartości godziwej, za którą zgodnie z art. 28 ust. 6 ustawy o rachunkowości przyjmuje się kwotę, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązanymi ze sobą stronami. W przypadku wyceny wkładu niepieniężnego wartość ta nie może być wyższa od jego wartości użytkowej. Wyceny wartości majątku można dokonać przy wykorzystaniu wyników różnego rodzaju ekspertyz, w tym rzeczoznawców majątkowych i protokołów specjalnych komisji oraz za pomocą innych materiałów, np. wykazów cen rynkowych uzyskiwanych z różnych źródeł lub rynków. Wydatki poniesione na wycenę wkładu niepieniężnego są kwalifikowalne.

Co istotne, w przypadku świadczeń wykonywanych przez wolontariuszy, obowiązują następujące zasady:

- wolontariusz musi być świadomy charakteru swojego udziału w realizacji projektu (tzn. świadomy nieodpłatnego udziału);
- należy zdefiniować rodzaj wykonywanych przez wolontariusza świadczeń (określić jego stanowisko w projekcie); zadania wykonywane i wykazywane przez wolontariusza muszą być zgodne z tytułem jego świadczeń (stanowiska);

- nie mogą być wykonywane jako wolontariat świadczenia wykonywane przez stałych pracowników zatrudnionych przy realizacji projektu;
- wartość wkładu niepieniężnego w przypadku świadczeń wykonywanych przez wolontariusza określa się z uwzględnieniem ilości poświęconego czasu na ich wykonanie oraz średniej stawki godzinowej lub dziennej za dany rodzaj świadczeń; wycena nieodpłatnej dobrowolnej pracy musi uwzględniać wszystkie koszty, które zostałyby poniesione w przypadku jej odpłatnego wykonywania przez podmiot działający na zasadach rynkowych; wycena uwzględnia zatem koszt składek na ubezpieczenia

społeczne oraz wszystkie pozostałe koszty wynikające z charakteru danego świadczenia.

Należy pamiętać, iż wycena wykonywanego świadczenia przez wolontariusza może być przedmiotem odrębnej kontroli i oceny.

W kolejnym numerze przedstawię zasady i kryteria **wyboru projektów konkursowych oraz zasady towarzyszące ocenie formalnej i merytorycznej**. Zachęcam również do systematycznego odwiedzania stron internetowych Ministerstwa Rozwoju Regionalnego oraz poszczególnych instytucji wdrażających w celu aktualizacji i poszerzenia wiedzy niezbędnej do prawidłowego aplikowania o środki strukturalne.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Pierwsze posiedzenie komitetu wspierającego Komisję Europejską przy implementacji nowego programu szczegółowego UE „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach”	7 listopada	Bruksela, Belgia
Akademia REITOX EMCDDA, Spotkanie Head of National Focal Point	8-9 listopada	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	13 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z delegacją USA	14 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU/LAC	14 listopada	Bruksela, Belgia
Komitet Wykonawczy EMCDDA	19 listopada	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika zgony z powodu narkotyków	29-30 listopada	Lizbona, Portugalia
Spotkanie dotyczące badania nad skutecznością programu profilaktycznego	7 grudnia	Wiedeń, Austria
Rada Zarządu EMCDDA	6-7 grudnia	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	11 grudnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z delegacją Iranu	12 grudnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z delegacją Turcji	12 grudnia	Bruksela, Belgia
Konferencja poświęcona poprawie koordynacji i ulepszeniu mechanizmów współpracy pomiędzy organizacjami zajmującymi się zwalczaniem narkomanii. Organizatorem jest Grupa Pompidou, której Polska przewodniczy od listopada 2006 roku. W konferencji udział wezmą przedstawiciele: Komisji Europejskiej, prezydencji portugalskiej, niemieckiej i słoweńskiej, EMCDDA, WHO, UNODC i Grupy Pompidou	28-29 listopada	Warszawa

SPOTKANIA KRAJOWE

Konferencja dla przedstawicieli organizacji pozarządowych poświęcona tematyce profilaktyki selektywnej, KBPN	8-9 listopada	Warszawa
II Spotkanie EDDRA, KBPN	listopad	Warszawa
Ogłoszenie rocznego raportu EMCDDA przez dyrektora EMCDDA Wolfganga Götz	29 listopada	Warszawa
III Spotkanie Programów Redukcji Szkód, CINN KBPN	10-11 grudnia	Warszawa
XIII Spotkanie Ekspertów Regionalnych	grudzień-styczeń	Warszawa

Policyjne dane dotyczące przestępstw narkotykowych pochodzą przede wszystkim z systemu TEMIDA. Jednostkami statystycznymi, którymi głównie posługuje się policja, są: podejrzani, postępowania wszczęte i przestępstwa stwierdzone. Od kilkunastu lat notujemy wzrost liczby przestępstw wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

REDUKCJA PODAŻY NARKOTYKÓW

Artur Malczewski

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

Jedną z głównych instytucji, która zajmuje się redukcją podaży narkotyków jest policja i przede wszystkim jej dane zostaną omówione w tym artykule. W 2006 roku w ramach realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) policja rozpoczęła prace mające na celu opracowanie kompleksowej strategii zwalczania przestępczości narkotykowej. Aby zwiększyć dynamikę prowadzonych działań, powołano zespoły lub sekcje w wydziałach kryminalnych, których zadaniem będzie koordynowanie działań w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej w skali województwa. Skupiono się również nad poprawą wskaźników oceny efektywności pracy służb policji w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej, jak również pozbawiania sprawców korzyści finansowych uzyskiwanych z przestępczości narkotykowej. Ponadto Komenda Główna Policji prowadziła szkolenia dla policjantów wyznaczonych do zwalczania handlu detalicznego. Przeprowadzono 14 rodzajów szkoleń, podczas których przeszkolono 15 834 osoby (liczba ta jest większa o 55% w porównaniu do roku 2005) (realizacja KPPN 2007).

Przestępstwa stwierdzone

Przy analizie danych dotyczących przestępczości narkotykowej należy wziąć pod uwagę, że liczby znajdujące się w oficjalnych statystykach, nie pokazują pełnego obrazu nielegalnego rynku narkotyków. Wiele przestępstw jest nieujawnianych i pozostaje tzw. ciemną liczbą. Wzrost liczby spraw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii świadczy o zwiększonym zaangażowaniu policji w walkę z nielegalnym rynkiem, lepszej wykrywalności, ale również może być oznaką intensyfikacji działań świata przestępczego. Policyjne dane dotyczące przestępstw narkotykowych pochodzą przede wszystkim z systemu

TEMIDA. Jednostkami statystycznymi, którymi głównie posługuje się policja, są: podejrzani, postępowania wszczęte i przestępstwa stwierdzone. Od kilkunastu lat notujemy wzrost liczby przestępstw wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku. Na wykresie 1. można zaobserwować rosnącą liczbę przestępstw dotyczących nielegalnego wprowadzania do obrotu środków odurzających; udzielania i nakłaniania; uprawy; produkcji narkotyków oraz ich posiadania, które uległy załamaniu w 2005 roku, poza jedną z najczęściej występujących kategorii – posiadaniem narkotyków.

W 2007 roku stwierdzono 70 202 przestępstwa przeciwko ustawie, co oznacza zahamowanie dynamicznego wzrostu, który miał miejsce w latach poprzednich. Analizując dane w rozbiciu na poszczególne artykuły ustawy (tabela 1.), odnotowujemy prawie czterokrotny wzrost liczby przestępstw z nowego artykułu ustawy z 2005 roku dotyczącego promocji i reklamy narkotyków. Liczba przestępstw z tego artykułu wzrosła z 3 do 11. W 2005 roku trzy artykuły 58, 59 i 62 dotyczące przede wszystkim posiadania narkotyków stanowiły 90,9% wszystkich przestępstw (w ustawie z 1997 roku: 45, 46 i 48), a w 2006 już 94%. Ostatnim czynem karalnym, którego liczba zwiększyła się w 2006 roku w porównaniu do 2005 roku, jest zabór w celu przywłaszczenia mleczka makowego, słomy, żywicy lub ziela konopi – art. 64 (w ustawie z 1997 roku art. 50). W ostatnim roku odnotowano o 10 więcej takich przestępstw. W przypadku innych artykułów nastąpił spadek.

Analizując dane z województw dotyczące liczby przestępstw stwierdzonych, należy pamiętać, że obrazują one zjawisko narkomanii w poszczególnych regionach, jak również rozmiar podejmowanych przez policję działań. W 1999 i 2006 roku największą liczbę przestępstw odnotowano w Wielkopolsce. Od 1999 roku obserwujemy trend wzrostowy w tym województwie, z dwoma

spadkami w 2002 i 2004 roku. Niewiele mniejszą liczbę przestępstw w 2006 roku przeciw ustawie odnotowano w województwie mazowieckim. Dane w tabeli 2. oddzielnie przedstawiają Warszawę i resztę województwa. Dzięki temu widać, że Komenda Stołeczna Policji ujawniła 62% czynów karalnych w województwie. Na trzecim miejscu jest województwo śląskie, w którym mamy coroczny wzrost, poza załamaniem w roku 2002. Następne w kolejności jest województwo małopolskie, które mimo że w 2006 roku odnotowało największy spadek liczby przestępstw w stosunku do 2005 roku, to jednak nadal jest w czołówce regionów, które mają dużą liczbę przestępstw stwierdzonych na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Podlaskie, lubelskie i podkarpackie są z kolei województwami z najmniejszą liczbą przestępstw stwierdzonych. W żadnym z nich liczba stwierdzonych czynów karalnych w 2006 roku nie przekroczyła 2000. Warto podkreślić, że są to również województwa, które mają niskie wskaźniki osób zgłaszających się na leczenie (Sierosławski 2007), czyli relatywnie niski wskaźnik problemu narkomanii, biorąc pod uwagę przede wszystkim dane z lecznictwa.

Podejrzani

Dane z wykresu 2. pokazują liczbę osób podejrzanych na podstawie ustawy w latach 1999–2006. W ostatnim roku nastąpił niewielki wzrost w porównaniu do 2005 roku, co może być pierwszym sygnałem stabilizacji wzrostowego trendu trwającego od kilku lat. W strukturze wszystkich podejrzanych dominują osoby podejrzane z artykułu 62 ustawy z 2005 roku (art. 48 z ustawy z 1997 roku), dotyczącego posiadania środków odurzających. W 2005 roku było aż 19 215 osób podejrzanych z tego artykułu (67% wszystkich podejrzanych), a w 2006 roku – 20 000 (70%), co stanowi wzrost o 4%. Podejrzani z powyższego artykułu w zdecydowanej większości (19 260 osób) mieli postawiony zarzut z ustępu 1 i 3, co oznacza, że nie posiadali znacznej ilości narkotyków lub był to czyn mniejszej wagi.

Skazania przez sądy

Sprawy karne za naruszenie przepisów ustawy są rozpatrywane przez sądy rejonowe, właściwe ze względu

na miejsce popełnienia przestępstwa. Zestawienie danych o prawomocnych wyrokach skazujących w latach 1989–2005, zawarte w tabeli 3., wskazuje na ich skokowy wzrost w 1993 roku. Po czym rozpoczął się trend spadkowy, trwający do 1997 roku. Od 1998 roku notujemy kolejny wzrost liczby skazanych wynikający m.in. z uchwalenia nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 1997 roku.

W roku 2001 nastąpił kolejny wzrost liczby skazanych w porównaniu do roku 2000 – o 49%. W 2000 roku znowelizowano ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii. Zmiany legislacyjne znalazły odzwierciedlenie w statystykach. Trend wzrostowy utrzymuje się do roku 2005, z którego mamy ostatnie dostępne dane. Porównując ostatnie dwa lata, widać znaczny wzrost liczby skazanych.

Z kolei w tabeli 4. zestawiono dane na temat liczby osób skazanych na karę pozbawienia wolności. O ile w przypadku wszystkich skazanych z ustawy (tabela 3.) w trendzie wzrostowym są pewne wahania i liczba skazanych niekiedy spada, to w przypadku skazanych na karę pozbawienia wolności od roku 1990 mamy stały trend wzrostowy, który nabiera dynamiki w ciągu ostatnich lat, ponieważ, jak już wspomniano, w 2000 roku zaostrożono prawo antynarkotykowe. Warto odnotować, że wzrost liczby skazanych w roku 2005 był o połowę mniejszy niż w roku 2004. Po raz pierwszy też spadła liczba osób skazanych na karę bez zawieszenia.

Ceny narkotyków w sprzedaży detalicznej

Ceny narkotyków są jednym ze wskaźników, za pomocą którego określa się dostępność substancji na nielegalnym rynku, jest to również jeden ze wskaźników Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Dlatego Centrum Informacji podjęło prace nad opracowaniem systemu zbierania danych, który poprawiłby jakość otrzymywanych danych w tym obszarze i umożliwił stosowanie jednej procedury. Dotychczasowe sposoby zbierania danych o cenach nie pozwalały na wywiązanie się w pełni z obowiązku sprawozdawczości wobec instytucji międzynarodowych, jak również, co ważniejsze, nie dawały pełnego obrazu zmian na scenie narkotykowej w obszarze zmiany dostępności. W 2006 roku, dzięki dobrej współpracy z Centralnym Biurem Śledczym (CBS) Komendy Głównej Policji, zebrano

dane o cenach według metodologii pozwalającej na uzyskanie w miarę wiarygodnych i reprezentatywnych wyników. Informacje zbierane były za pomocą prostego kwestionariusza wypełnianego przez oddziały CBS. Maksymalnie można było wykazać w ankiecie dziesięć cen każdego wymienionego narkotyku, minimalnie zero.

Przekazane informacje dotyczyły cen detalicznych, czyli ulicznych, a nie hurtowych. Informacje pochodziły z danych operacyjnych prowadzonych śledztw oraz od policyjnych informatorów. W celu umożliwienia porównywalności danych informacje były zbierane w ciągu jednego miesiąca. Wypełnione ankiety Regionalne Oddziały CBS przesłały do Komendy Głównej Policji, która następnie przekazała je Centrum Informacji. Dane zostały wprowadzone do bazy. W trakcie konsultacji usunięto ceny jednoznacznie niewiarygodne, czyli zbyt wysokie lub zbyt niskie. Wykluczono z analizy również ceny heroiny białej. Odnotowano tylko sześć cen tego narkotyku, które były niższe od cen heroiny brązowej, co ewidentnie świadczyło o niskiej wiarygodności otrzymanych informacji. Dane o heroinie przedstawiają więc tylko ceny heroiny brązowej. Powyższa sytuacja może też świadczyć o niewielkim rozpowszechnieniu heroiny białej na polskim rynku, gdzie nadal dominuje kompot i „brown sugar”. Po raz pierwszy obliczono cenę modalną, czyli najczęściej występującą, która jest dodatkowym, nowym wskaźnikiem Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Warto podkreślić, że wykluczenie mało prawdopodobnych cen maksymalnych i minimalnych z bazy danych nie wpłynęło na zmianę wartości średniej i modalnej. W przypadku większości narkotyków cena średnia i modalna pozostały takie same.

W październiku 2006 roku w EMCDDA odbyło się spotkanie ekspertów na temat zbierania danych o cenach narkotyków. Dokonano przeglądu istniejących sposobów zbierania danych, jak również przygotowano zarys nowej publikacji EMCDDA, która będzie podręcznikiem opisującym rekomendowane systemy zbierania danych o cenach narkotyków. Polska jest jednym z pięciu krajów, który będzie uczestniczył w opracowaniu powyższej publikacji. Nasze rozwiązanie będzie jednym z proponowanych.

Analizując ceny narkotyków z 2006 roku (tabela 5.), widać, że w przypadku amfetaminy, kokainy i heroiny odnotowano wzrost średniej ceny, natomiast w przypad-

ku haszyszu – spadek. W przypadku LSD i marihuany możemy mówić o stabilizacji, również cena ecstasy pozostała na tym samym poziomie. Analizując cenę najczęściej występującą, widzimy, iż większość narkotyków sprzedawana była po 30 zł za jeden gram. W przypadku haszyszu, ecstasy oraz brązowej heroiny cena średnia była taka sama jak najczęściej występująca. Znaczące różnice występują w przypadku cen LSD i kokainy. Ceny modalne wydają się tutaj bardziej reprezentatywne. Przy porównywaniu danych z lat 2006 i 2005 należy wziąć pod uwagę, iż dane z 2006 roku były zbierane w inny sposób niż w latach ubiegłych. Kolejnym zakłóceniem, które mogło pojawić się przy zbieraniu danych, jest inna jednostka handlowa kokainy niż gram. Centrum Informacji przeprowadziło w 2005 roku badania jakościowe wśród użytkowników tego narkotyku. Od osób używających kokainę otrzymano informację, że kokaina sprzedawana jest przede wszystkim w tzw. torbach, które mają wagę 0,4-0,6 g, natomiast w ankietach prosiliśmy o podanie ceny jednego grama kokainy.

Zabezpieczenia narkotyków

W tabeli 6. zostały przedstawione dane Komend Wojewódzkich Policji (KWP) i Komendy Stołecznej Policji (KSP) dotyczące zabezpieczeń narkotyków w poszczególnych województwach dokonanych przez jednostki policji wszystkich szczebli w 2006 roku. Dane Centralnego Biura Śledczego zajmującego się przede wszystkim dużymi sprawami, zostały przedstawione zbiorczo, bez podziału terytorialnego. Możemy więc tylko przyjrzeć się zabezpieczeniom pionów policji kryminalnej. Największe ilości amfetaminy, heroiny, ecstasy i słomy makowej zostały ujawnione przez KSP. W przypadku grzybów halucynogennych i krzaków konopi indyjskich najwięcej ujawnień notujemy w województwie zachodniopomorskim. Największa ilość najczęściej używanej nielegalnej substancji psychoaktywnej w Polsce, czyli marihuany (Malczewski 2007), została zabezpieczona w województwie wielkopolskim.

Analizując zabezpieczenia policji z 2006 roku, odnotowujemy kontynuację trendu wzrostowego ujawnień marihuany, jak również wzrost w porównaniu do 2005 roku ilości zabezpieczonego haszyszu. Podobną sytuację mamy w przypadku stymulantów – amfetaminy i kokainy, z wyłączeniem ecstasy

– w 2006 roku nastąpiło zahamowanie kilkuletniego trendu wzrostowego ujawnień tego narkotyku. Warto odnotować dużą ilość zabezpieczonej heroiny, największą w ciągu ostatnich sześciu lat. W przypadku innych substancji psychoaktywnych i środków odurzających odnotowujemy spadek. W 2006 roku na polskiej scenie narkotykowej ujawniono po raz pierwszy substancję – mCPP (została ona opisana w numerze 3 (34) Serwisu Informacyjnego Narkomanii z 2006 roku). Na zakończenie analizy danych policyjnych warto wspomnieć o liczbie ujawnionych laboratoriów, która wyniosła 13.

Służba Celna jest jedyną instytucją, która odnotowuje liczbę konfiskat, a nie tylko ich ilość. W tabeli 7. zostały przedstawione dane z ostatnich siedmiu lat. Porównując ostatnie dwa lata, obserwujemy wzrost zabezpieczonych ilości wszystkich narkotyków oprócz marihuany, co do której od 2002 roku następuje spadek. Mimo wszystko jest to nadal najczęściej ujawniany narkotyk. W 2006 roku Służba Celna odnotowała 459 przypadków zabezpieczenia tej substancji. Z kolei w przypadku Straży Granicznej ilość ujawnionej marihuany (tabela 8.) wzrosła ponad dwukrotnie. W przypadku tej służby spadła tylko ilość zabezpieczonej amfetaminy. Analizę konfiskat utrudnia brak jednego systemu zbierania danych. Niekiedy te same ilości zabezpieczane są przez dwie lub trzy służby, co pociąga za sobą mnożenie ilości.

Działania Generalnego Inspektora Informacji Finansowej

Dane z roku 2006 na temat wzmocnienia kontroli finansowej nad narkobiznesem wskazują na większą aktywność w tym obszarze instytucji odpowiedzialnych. Generalny Inspektor Informacji Finansowej (GIIF) przekazał do prokuratury 198 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 299 kodeksu karnego, tj. o 23 więcej niż w roku 2005. Wstrzymano 4 transakcje na łączną kwotę 6 400 000 PLN, natomiast w roku 2005 kwota ta wyniosła ok. 1 600 000 PLN. GIIF zablokował również 92 rachunki na łączną kwotę 1 600 000 PLN – w roku 2005 kwota ta była niższa o 5 600 000 PLN. Na wzrost aktywności w sferze wzmocniania kontroli finansowej nad narkobiznesem wskazują również statystyki dotyczące zabezpieczeń majątkowych dokonanych przez prokuratora krajo-

wego. Łączna kwota zabezpieczonego mienia w 2006 roku jest dwukrotnie wyższa niż w roku poprzednim – 14 741 403 PLN w roku 2006 i 6 987 320 PLN w roku 2005.

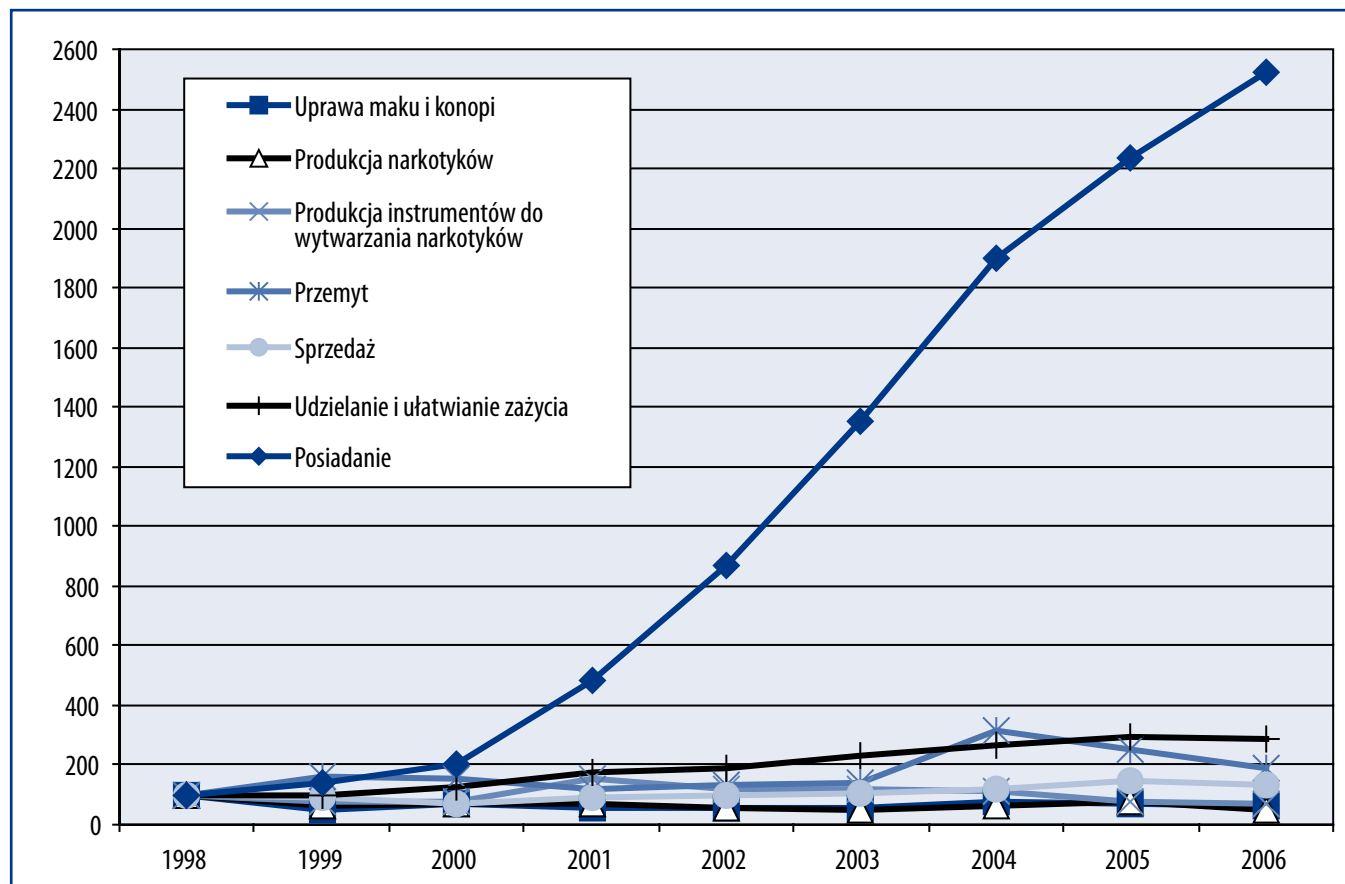
Podsumowanie

Przedstawione dane pokazują rosnący trend w zakresie dynamiki przestępstw narkotykowych. Biorąc pod uwagę ostatnie dane, możemy jednak odnotować, że wzrost jest mniejszy niż w latach poprzednich, co pokazują nam np. liczby przestępstw stwierdzonych oraz podejrzanych według statystyk policyjnych. Po raz pierwszy też spadła liczba osób skazanych bez zawieszenia. Najnowsze wyniki badań ilościowych wskazują na zahamowanie trendów wzrostowych w używaniu narkotyków (Malczewski 2007), a w przypadku młodzieży szkolnej na spadek ich rozpowszechnienia. Porównując dane z badań z informacjami z obszaru redukcji podaży, widzimy, że może trendy nie układają się w ten sam sposób, ale również według danych policyjnych nastąpiła ich zmiana w ostatnim roku. Dynamika wzrostu liczby przestępstw nie jest już taka duża jak w poprzednich latach.

Bibliografia

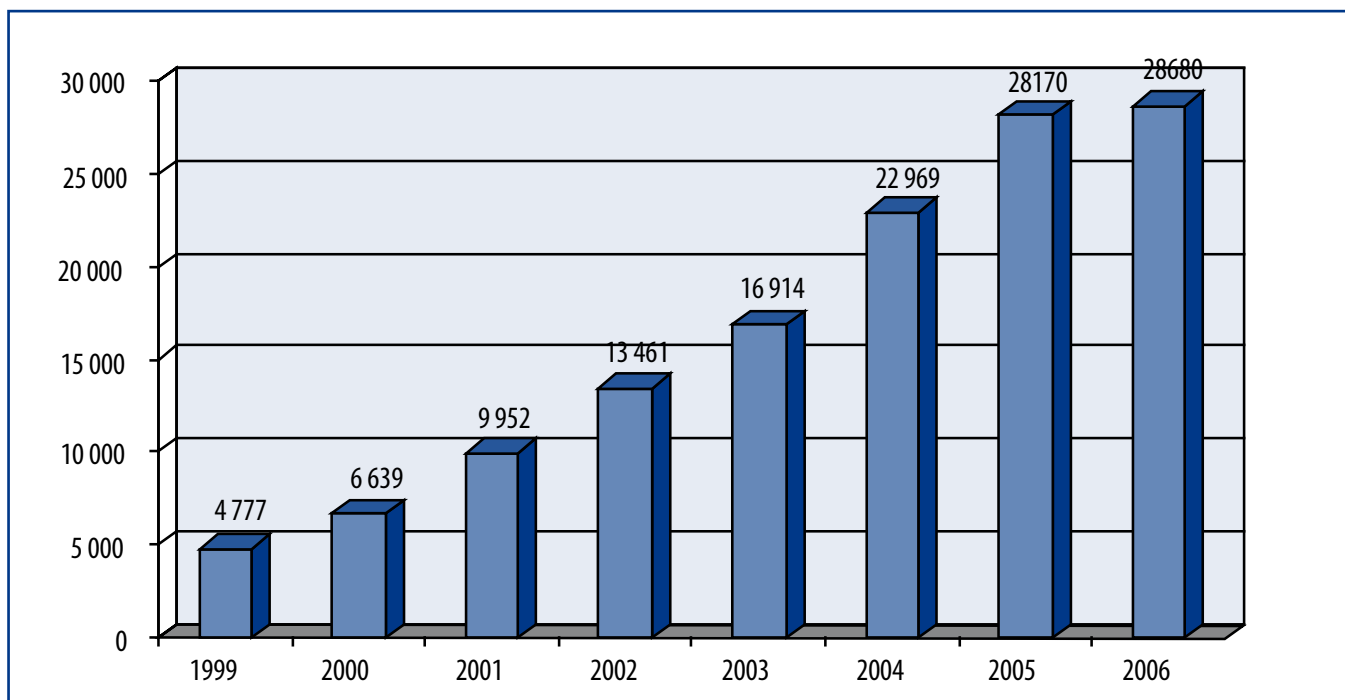
- EMCDDA, „Standard Table 16 Price in Euros at street level of illicit drugs”, EMCDDA, Lizbona 2007.
- EMCDDA, „Standard Table 11 Arrests/Reports for drug law offences”, EMCDDA, Lizbona 2007.
- EMCDDA, „Standard Table 13 Number and quantity of seizures of illicit drugs”, EMCDDA, Lizbona 2007.
- „Informacja o realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2006 roku”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2006.
- Malczewski A., „Przestępczość narkotykowa oraz aktywność instytucji zaangażowanych w redukcję podaży”, Serwis Informacyjny Narkomania 3 (34), Warszawa 2006.
- Malczewski A., „Używanie substancji psychoaktywnych – trendy w rozwoju zjawiska” (w:) Ograniczanie przestępczości i społecznych zachowań „Razem bezpiecznie” – działania resortu spraw wewnętrznych i administracji oraz innych podmiotów współpracujących na rzecz bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz przeciwdziałania patologiom społecznym, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji – Komenda Główna Policji, Warszawa 2007.
- Ustawa z dnia 24 czerwca 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 24, poz. 198).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485).

Wykres 1. Dynamika przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku w latach 1998–2006 (index 1998 = 100).



Źródło: Komenda Główna Policji.

Wykres 2. Liczba podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku w latach 1999–2006.



Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 1. Przestępstwa stwierdzone przeciw postanowieniom ustawy o zapobieganiu narkomanii i przeciwdziałaniu narkomanii w latach 1992–2006.

Kwalifikacja prawna	Lata														
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nielegalna uprawa (art. 26; art. 49 ust. 1; art. 63 ust. 1)	1 631	3 577	3 040	2 780	2 634	2 518	1 195	615	814	663	653	687	886	875	726
Nielegalny wyrób (art. 27; art. 40 ust. 1 i 2; art. 53)	521	1 280	387	392	459	701	574	361	400	408	319	297	350	456	270
Wyrób, przechowywanie przyrządów (art. 28; art. 41; art. 54)	94	123	85	97	135	116	190	143	152	292	230	230	220	144	127
Nielegalny przywóz, wywóz lub tranzyt (art. 29; art. 42; art. 55)	23	21	20	69	97	148	252	406	383	295	336	354	795	643	486
Nielegalne wprowadzanie do obrotu (art. 30; art. 43; art. 56)	45	207	107	215	397	847	1 957	1 714	1 417	1 809	1 931	2 064	323	2 814	2 627
Nielegalne udzielanie lub nakłanianie do zażywania (art. 31; art. 45 i art. 46; art. 58 i art. 59)	128	249	361	731	3 058	3 507	10 762	10 305	13 278	18 873	20 482	25 036	28 351	31 332	30 940
Produkcja, przemyt, obrót prekursorami (art. 47; art. 61)						11	88	61	66	115	104	159	178	151	107
Posiadanie środków odurzających (art. 48; art. 62)						32	1 380	1 896	2 815	6 651	11 960	18 681	26 163	30 899	34 778
Nielegalny zbiór mleczka makowego, opium, słomy makowej, żywicy lub ziela konopi (art. 49 par. 2; art. 63 ust. 2)						26	112	113	83	78	73	69	42	49	34
Zabór w celu przywłaszczenia mleczka makowego, słomy, żywicy lub ziela konopi (art. 50; art. 64)						9	22	14	241	24	14	17	15	31	41
Niepowiadomienie o popełnieniu przestępstwa (art. 46 a; art. 60)										22	76	11	33	163	55
Promocja i reklama (art. 68)														3	11
Razem	2 442	5 457	4 000	4 284	6 780	7 915	16 532	15 628	19 649	29 230	36 178	47 605	59 356	67 560	70 202

Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 2. Liczba przestępstw stwierdzonych przeciwko ustawie z dn. 24.04.1997 roku i ustawie z dn. 29.07.2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii wg województw w latach 1999–2006.

Województwo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Dolnośląskie	866	1 925	2 590	3 527	4 401	6 439	7 448	6 461
Kujawsko-Pomorskie	819	801	775	1 229	2 782	3 767	3 837	3 830
Lubelskie	847	1 168	1 086	1 581	1 711	1 730	1 414	1 735
Lubuskie	743	678	1 499	2 460	2 280	2 802	2 616	2 581
Łódzkie	644	533	1 002	978	1 473	1 506	1 996	2 418
Małopolskie	762	1 304	3 803	2 820	4 124	8 536	9 718	7 643
Mazowieckie bez KSP	1 375	475	746	1 385	2 101	2 090	3 156	3 153
Opolskie	330	1 018	755	1 272	1 354	2 145	1 984	2 133
Podkarpackie	615	463	1 077	772	1 157	1 345	2 049	1 645
Podlaskie	881	450	709	1 412	1 198	1 239	1 151	1 073
Pomorskie	585	665	1 057	1 684	2 285	4 683	4 648	6 446
Śląskie	2 168	2 843	3 449	3 139	4 786	5 825	7 635	8 182
Świętokrzyskie	430	774	625	1 152	1 377	2 688	1 938	3 243
Warmińsko-Mazurskie	569	1 231	1 929	3 567	2 582	1 999	2 989	2 654
Wielkopolskie	2 248	2 960	3 661	3 415	8 109	6 269	6 861	8 732
Zachodniopomorskie	1 321	1 096	1 537	2 157	2 298	2 062	3 425	3 101
KSP Warszawa	425	1 265	2 930	3 628	3 587	4 231	4 695	5 172
Suma	15 628	19 649	29 230	36 178	47 605	59 356	67 560	70 202

Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 3. Skazani prawomocnie przez sądy ogółem i skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku i ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku w latach 1989–2005.

Lata	Skazani ogółem	Skazani z ustawy	Odsetek skazanych z ustawy
1989	93 373	591	0, 63
1990	106 464	231	0, 22
1991	152 333	421	0, 28
1992	160 703	993	0, 62
1993	171 622	2 235	1, 30
1994	185 065	1 862	1, 01
1995	195 455	1 864	0, 95
1996	227 731	1 739	0, 76
1997	210 600	1 457	0, 69
1998	219 064	1 662	0, 76
1999	207 607	2 264	1, 09
2000	222 815	2 878	1, 29
2001	315 013	4 300	1, 36
2002	365 326	6 407	1, 75
2003	415 533	9 815	2, 36
2004	512 969	16 608	3, 30
2005	503 909	20 164	4, 00

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Tabela 4. Skazani prawomocnie na karę pozbawienia wolności ogółem i z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku i ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku w latach 1989–2005 w podziale na karę w zawieszeniu i bez zawieszenia.

Lata	Skazani na karę pozbawienia wolności		
	Ogółem	bez zawieszenia	z zawieszeniem
1989	236	76	160
1990	92	30	62
1991	143	32	111
1992	282	72	210
1993	347	97	250
1994	346	97	249
1995	368	100	268
1996	520	141	379
1997	629	165	464
1998	1 173	252	921
1999	1 865	420	1 445
2000	2 428	572	1 856
2001	3 802	1 024	2 778
2002	5 417	1 282	4 133
2003	7 785	1 489	6 296
2004	12 417	2 308	10 109
2005	14 249	2 085	12 164

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Tabela 5. Detaliczne ceny narkotyków na nielegalnym rynku w latach 1999–2006 (w złotych).

Rok		Amfet- amina	Ecstasy	Kokaina	Heroina „brown sugar”	Haszysz	LSD	Marihuana
	jednostka	gram	tabletki	gram	gram	gram	listek	gram
1999	Ceny minimalne i maksymalne	40-120	25-50	250-300	200-250	35-45	20-40	
	Średnia cena	80	35	250	200	40	30	
2000	Ceny minimalne i maksymalne	40-120	15-30	od 200	200-250	35-45	20-40	
	Średnia cena	80	35	250	200	40	30	
2001	Ceny minimalne i maksymalne	20-120	15-40	150-300	150-240	25-35	20-40	
	Średnia cena	65	26	209	189	30	31	
2002	Ceny minimalne i maksymalne	20-80	30-10	150-300	200-300	20-40	11-35	
	Średnia cena	50	25	200	160	30	34	
2003	Ceny minimalne i maksymalne	30-50	20-50	250-300	160-200	30	25	
	Średnia cena	40	35	275	180	30	25	
2004	Ceny minimalne i maksymalne	15-60	4-25	120-300	100-200	15-40	12-30	7-45
	Średnia cena	38	15	210	150	30	21	27
2005	Ceny minimalne i maksymalne	20-50	8-15	80-300	150-200	25-45	20-40	10-30
	Średnia cena	30	10	150	165	35	25	25
2006	Ceny minimalne i maksymalne	15-100	4-30	120-250	100-300	15-50	10-40	15-50
	Średnia cena	34	10	187	200	30	23	27
	Najczęściej występująca	30	10	200	200	30	30	30
	Liczba próbek	95	108	53	19	78	26	94

Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 6. Zabezpieczenia narkotyków przez policję w 2006 roku w podziale na województwa.

JEDNOSTKA	Amfetamina	Haszisz	Heroina	Kokaina	Marahuana	Ecstasy	LSD	Polska heroina	Grzyby	Sloma ma-kowa	Konopie indyjskie
	gram	gram	gram	gram	gram	szt.	szt.	cm	gram	gram	krzaki
Mazowieckie	1 898	189	17	0	8 406	1 810	5	0	0	2 700	0
Komenda Stołeczna Policji	39 063	543	2 446	199	10 312	11 636	10	335	22	141 800	601
Podlaskie	4 276	0	18	13	6 498	92	2	40	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	7 556	355	150	213	38 289	2 095	0	0	3	0	681
Pomorskie	10 233	5 178	65	1	12 499	6 725	0	13	120	5 302	1 681
Zachodniopomorskie	2 895	746	1	1 304	7 555	10 597	198	2	2	6 200	38
Lubuskie	7 986	139	290	1	1 787	1 085	0	102	0	0	0
Wielkopolskie	8 507	559	0	37	51 026	5 992	52	0	0	0	543
Kujawsko-Pomorskie	14 107	214	1	9	20 646	1 585	0	0	1	0	0
Łódzkie	3 044	66	41	21	12 517	3 963	742	636	0	0	0
Lubelskie	6 551	6 138	0	0	11 264	252	0	0	0	0	0
Świętokrzyskie	4 635	24	0	3	4 899	125	0	0	0	0	0
Dolnośląskie	11 181	495	231	4 082	24 044	4 997	117	4 406	0	0	0
Opolskie	3 444	119	0	0	11 431	756	0	0	0	31 000	0
Śląskie	14 449	7 875	15	14	6 607	8 563	2	430	0	0	0
Małopolskie	3 406	267	1	27	10 869	3 578	98	975	0	0	0
Podkarpackie	1 224	26	0	0	19 149	45	0	250	0	27	0
RAZEM KWP i KSP	144 455	22 933	3 276	5 924	257 798	63 896	1 226	7 189	148	187 029	3 544
CBŚ	171 241	9 857	76 357	11 404	91 097	65 315	219	42	7	0	373
RAZEM POLICJA	315 696	32 790	79 633	17 328	348 895	129 211	1 445	7 231	155	187 029	3 917

Źródło: CBŚ Komenda Główna Policji.

Tabela 7. Ujawnienia Służby Celnej w latach 2000–2006.

Rodzaj narkotyku	Jednostka miary	2000			2001			2002			2003			2004			2005			2006		
		Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.	Ilość	Liczba ujaw.
Haszysz	g	13	2 350	17	3 536	37	3 388	43	12 928	82	443	104	1 438	114	1 701							
Marihuana	g	58	22 513	87	17 278	147	75 360	152	35 012	209	26 910	357	17 066	459	11 649							
Konopie	liczba roślin	0	0	2	240	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
Heroína	g	1	96 718	3	180 560	4	292 835	0	0	7	189 627	4	17	2	20							
Kokaina	g	1	75	4	5 249	6	1 480	4	399 333	6	6 308	8	7 224	16	8 570							
Amfetamina	g	6	865	14	651	28	10 548	20	11 204	32	5 686	101	3 008	230	6 223							
Ecstasy	tabletki	8	5 171	22	6 389	9	12 138	4	6 382	18	2 821	59	9 269	119	9 800							
LSD	listki	1	150	0	0	0	0	0	0	0	0	2	29	3	8							
Grzyby halu.	szt./g	0	0	5	38g	7	203g	3	15g	14	41g	4	99g	9	125							

Źródło: Służba Celna Ministerstwa Finansów.

Tabela 8. Przemysł zatrzymany przez Straż Graniczną w latach 2002–2006.

Rodzaj narkotyku	Jednostka miary	2002		2003		2004		2005		2006	
Haszysz	g	18 389	314	2 521	774	2 611					
Marihuana	g	56 679	24 106	28 631	25 502	52 764					
Heroína	g	12 250	3	46 269	22	75 768					
Kokaina	g	50	1 145	7 943	4 071	4 604					
Amfetamina	g	6 034	13 341	1 727	34 776	17 342					
Ecstasy	tabletki	250	194	13 117	4 655	16 133					
LSD	kg/listki	0	0	0,25 kg	69	4					

Źródło: Straż Graniczna.

Program „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” (Drug Prevention and Information) jest jednym z programów szczegółowych Unii Europejskiej na lata 2007–2013 i wchodzi w skład programu ogólnego „Prawa podstawowe i sprawiedliwość”. W dniu 25 września 2007 roku, decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej, program przejęto do realizacji.

GŁÓWNE ZAŁOŻENIA PROGRAMU „PROFILAKTYKA NARKOTYKOWA I INFORMACJA O NARKOTYKACH”

Łukasz Jędruszek

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Program szczegółowy „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” ma na celu realizację zadań określonych przez Strategię Antynarkotykową UE na lata 2005–2012 oraz Plan Działania UE na lata 2005–2008 i 2009–2012 poprzez wspieranie projektów zmierzających do zapobiegania narkomanii, między innymi poprzez wykorzystanie metod leczenia oraz ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków, wykorzystujących najnowszy stan wiedzy naukowej. Program skupia się na działaniach zmierzających do ograniczania popytu na narkotyki poprzez profilaktykę, redukcję szkód, analizę stosowanych dotychczas polityk oraz włączanie społeczeństwa obywatelskiego w proces przeciwdziałania narkomanii. Na realizację powyższych zadań w okresie od 1 stycznia 2007 roku do 31 grudnia 2013 roku przewidziano budżet wynoszący 21 350 000 euro.

Do celów ogólnych programu należą:

- zapobieganie i ograniczanie używania narkotyków oraz szkód z nimi związanych;
- poprawa informacji antynarkotykowej;
- wspieranie realizacji strategii UE w zakresie narkotyków.

Natomiast cele szczegółowe programu to:

- propagowanie działań ponadnarodowych zmierzających do:
 - tworzenia interdyscyplinarnych sieci;
 - poszerzania wiedzy, wymiany informacji oraz identyfikacji i rozpowszechniania dobrych praktyk, między innymi poprzez szkolenia, wizyty studyjne oraz wymianę doświadczeń zawodowych;

- podnoszenia świadomości w zakresie problemów zdrowotnych i społecznych powodowanych przez narkomanię oraz zachęcanie do otwartego dialogu mającego na celu propagowanie lepszego zrozumienia zjawiska narkomanii;
- wspierania działań mających na celu zapobieganie narkomanii, między innymi poprzez wykorzystanie metod leczenia oraz ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków, wykorzystujących najnowszy stan wiedzy naukowej;
- angażowanie społeczeństwa obywatelskiego w realizację i rozwój strategii i planów działań UE w zakresie narkotyków;
- monitorowanie, realizacja i ocena realizacji poszczególnych zadań w ramach planów działań w zakresie narkotyków na lata 2005–2008 oraz 2009–2012; Parlament Europejski jest zaangażowany w proces oceny poprzez swoje uczestnictwo w oceniającej grupie sterującej Komisji.

Grupy docelowe

Program skierowany jest do wszystkich grup pośrednio lub bezpośrednio dotkniętych zjawiskiem narkomanii. Do grup ryzyka zalicza się: młodzież, kobiety, osoby mieszkające w środowiskach zagrożonych patologiami. Ponadto grupę docelową stanowi także kadra nauczycielska, rodzice, pracownicy socjalni, władze lokalne i krajowe, personel medyczny i paramedyczny, pracownicy wymiaru sprawiedliwości, władze organów

ścigania i służby więziennej, organizacje pozarządowe, związki zawodowe oraz wspólnoty wyznaniowe.

Dostęp do programu i finansowanie

Dostęp do programu będzie otwarty dla publicznych lub prywatnych organizacji i instytucji (władz lokalnych, wydziałów uniwersytetów i ośrodków badawczych, organizacji pozarządowych), działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii, w tym w zakresie leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych powodowanych przez narkotyki. Podmioty i organizacje nastawione na osiąganie zysku będą miały dostęp do dotacji w ramach programu wyłącznie w powiązaniu z organizacjami, które działają w celach niezarobkowych, lub instytucjami państwowymi.

Finansowanie wspólnotowe może przyjąć formę dotacji bądź zamówień publicznych. Minimalne stawki rocznych wydatków przeznaczonych na dotacje oraz maksymalne stawki współfinansowania będą określone w rocznym programie prac.

Procedura przyznawania wsparcia finansowego przeprowadzana jest wyłącznie przez Komisję Europejską.

Forma realizacji celów programu

Jednym z najważniejszych elementów programu „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” będzie wspieranie podmiotów realizujących cele wyznaczone przez program między innymi poprzez udzielanie dotacji:

- operacyjnych (Operation grants) przeznaczonych na bieżącą działalność dla organizacji pozarządowych realizujących cele zgodnie z warunkami określonymi w rocznym programie pracy;
- przeznaczonych na konkretne projekty ponadnarodowe leżące w interesie Wspólnoty (Action grants), uwzględniające partycypację podmiotów z co najmniej dwóch państw członkowskich lub jednego z państw członkowskich i jednego z państw przystępujących lub kandydujących, zgodnie z warunkami określonymi w rocznym programie pracy;
- program przewiduje także działania podejmowane przez Komisję Europejską, np. studia i badania, badania opinii publicznej, opracowywanie wskaźników i wspólnych metodologii, zbieranie, opracowywanie i rozpowszechnianie danych i statystyk, seminaria,

konferencje i spotkania ekspertów, organizowanie kampanii i imprez publicznych, tworzenie i prowadzenie witryn internetowych, przygotowywanie i rozpowszechnianie materiałów informacyjnych, wspieranie sieci ekspertów krajowych oraz działania w zakresie analizy, monitorowania i oceny.

Rola Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspierają wdrażanie programu „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” w Polsce. Rola Ministerstwa Zdrowia ma charakter jedynie pomocniczy i nie pośredniczy ono w żaden sposób w procedurze przyznawania grantów. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia brał udział, na forum Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Rady UE, w opracowywaniu tekstu przedmiotowego programu. Ponadto przedstawiciel ministerstwa uczestniczyć będzie w pracach Komitetu „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” Komisji Europejskiej. Jego zadanie polegać będzie między innymi na uczestniczeniu w opracowywaniu rocznych programów realizacji niniejszego programu.

W listopadzie 2007 roku zostanie uruchomiony serwis informacyjny dotyczący programu (<http://www.narkomania.gov.pl/>), a na mail drug.prevention.information@kbpn.gov.pl można będzie przysyłać zapytania dotyczące programu.

Dokument „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” dostępny jest pod adresem http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pl/oj/2007/l_257/l_25720071003pl00230029.pdf.

Informacje dotyczące programu można także znaleźć na stronie Komisji Europejskiej http://ec.europa.eu/justice_home/funding/drugs/funding_drugs_en.htm.

Program szczegółowy „Profilaktyka narkotykowa i informacja o narkotykach” stwarza potencjalnym beneficjentom szerokie możliwości pozyskania funduszy. Należy jednak pamiętać, iż czynnikiem decydującym o przyznaniu grantu na konkretny projekt będzie, oprócz jego wartości merytorycznej, tzw. europejski wymiar danego projektu. Oznacza to, że projekty muszą uwzględniać partycypację podmiotów z co najmniej dwóch państw członkowskich lub jednego z państw członkowskich i jednego z państw przystępujących lub kandydujących.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), widząc potrzebę wspierania badań w obszarze profilaktyki, podejmuje wysiłki, które mają na celu inicjowanie nowych projektów badawczych.

EUROPEJSKI PROJEKT BADAWCZY DOTYCZĄCY STANDARDU PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO

Artur Malczewski

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

Na zaproszenie EMCDDA w Mediolanie spotkało się kilka krajów europejskich (Polskę reprezentował m.in. przedstawiciel Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii), które pracowały nad przygotowaniem projektu badawczego, mającego na celu zewidencjonowanie, zestawienie, przegląd i analizę istniejących standardów programów profilaktycznych w krajach Unii Europejskiej. Punktem wyjścia było omówienie aktualnej sytuacji w poszczególnych krajach – przedstawienie istniejących standardów profilaktycznych lub prac nad nimi prowadzonych. W ramach przygotowań do projektu EMCDDA zebrało dane o istniejących standardach w innych krajach europejskich. Efektem badania będzie określenie minimalnego unijnego standardu programu profilaktycznego opartego na istniejących kryteriach i naukowych danych. Oprócz tego projekt ma na celu wypełnienie luki pomiędzy światem nauki, polityki a praktykami. Stanowiąc też będzie wsparcie dla lokalnych inicjatyw. Warto podkreślić, że założenia badania zgodne są z unijnym planem działania, dlatego będzie można je realizować w ramach unijnego grantu. W trakcie prowadzonych prac dokonana zostanie analiza, dlaczego programy oparte na naukowej wiedzy (*ang. evidence-based*) często nie są realizowane, jeżeli oczywiście okaże się, że powyższa hipoteza zostanie potwierdzona. Jednym z elementów projektu, z uwagi na zróżnicowanie krajów uczestniczących w badaniu, jest próba analizy, w jaki sposób kulturowe różnice mogą być zintegrowane w jednym wspólnym standardzie. Prace będą przebiegały

na kilku poziomach: struktury programu, jego rezultatów oraz w innych obszarach (treningi, rozpowszechnianie rezultatów, opracowywanie materiałów edukacyjnych, koordynacja). W ramach projektu zostaną wykorzystane różne metody badawcze: analiza treści, delphi methods oraz grupy fokusowe. Grupą docelową dla on-line kwestionariusza w ramach delphi methods będą zarówno praktycy, jak i politycy. W każdym z krajów planuje się objąć badaniami minimum 100 osób z wyżej wymienionych dwóch grup. W czasie realizacji badania zostaną zorganizowane cztery spotkania, które będą miały na celu omówienie i podsumowywanie dotychczasowych etapów prowadzonych prac. Kraje uczestniczące w projekcie muszą wykazać się własnym wkładem finansowym w wysokości 20-30 tys. euro każdy. Połowa budżetu zostanie pokryta z funduszy unijnych. Całkowity koszt badania wyniesie 287 000 euro. Oprócz Polski wezmą w nim udział: Włochy, Hiszpania, Portugalia, Wielka Brytania i Węgry. Założeniem projektu jest objęcie nim krajów z różnych kręgów kulturowych, aby otrzymać w miarę zbliżony do istniejącego w całej Europie standard programu profilaktycznego. Prace będą trwały 2 lata, a ośrodkiem wiodącym w powyższym projekcie jest Uniwersytet z Liverpoolu, ze strony polskiej badanie będzie realizować Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Reklama o charakterze społecznym w Internecie pojawiła się stosunkowo niedawno, wraz z rozwojem e-marketingu oraz reklamy bannerowej. Ponieważ to młodzież jest główną grupą dominującą w nowym medium, ważne jest, aby tworząc programy profilaktyczne, wykorzystywać zdobycze tej nowej technologii komunikacji.

SPECYFIKA INTERNETU A MARKETING SPOŁECZNY

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Internet to nowy środek przekazu, nowy typ nadawcy i nowy typ odbiorcy. Termin „nowy” odnosi się nie tylko do czasu powstania medium, ale przede wszystkim do charakterystyki i specyfiki sieci – do zasad, którymi rządzi się wirtualny świat komunikacji.

Ale Internet to przede wszystkim medium ludzi młodych, stąd duże zainteresowanie nim wszystkich instytucji oraz firm, które z przekazem perswazyjnym pragną trafić właśnie do tej grupy docelowej. Niniejszy artykuł ma na celu pokazać specyfikę Internetu jako narzędzia reklamy oraz przedstawić możliwości wykorzystania narzędzi perswazyjnych w szeroko pojętej edukacji publicznej.

Cechy odróżniające Internet od tradycyjnych mediów to przede wszystkim jego szybkość i zmienność, interaktywność, bezpośredniość i indywidualizm oraz multimedialność¹. Ta specyfika sieci wpływa na ewolucję dotychczasowych kanonów komunikacji i wywierania wpływu. World Wide Web zmienia podejście zarówno do klasycznego marketingu, jak i reklamy, w tym reklamy społecznej, i jest obecnie wielkim polem eksperymentowania i obserwacji dla nauk społecznych.

Internet jako narzędzie komunikacji reklamowej

Reklama jako forma komunikacji, mająca na celu promocję pożądanых postaw i zachowań w zintegrowanym procesie marketingowym, weszła do Internetu wraz z zauważeniem jego potencjału sprzedażowego. Sieć – jako młode medium – podlega dynamicznym przekształceniom, dlatego także reklama internetowa ulega przeobrażeniom wraz z rozwojem Internetu. To, co jeszcze kilka lat temu przynosiło efekt, obecnie jest już nieskuteczne. Podsta-

wowe psychologiczne metody perswazji jednak wciąż są podobne, ponieważ wywodzą się z zasad, które na przestrzeni lat nie zmieniły się w sieci.

Reklama w Internecie musi być dopasowana zarówno do profilu odbiorcy (grupy docelowej), jak i do jego specyficznego zachowania się podczas używania tego interaktywnego medium. Zachowanie internauty jest inne niż przy biernym odbiorze reklam w tradycyjnych mediach elektronicznych. Łatwość wyboru treści prowadzi do częstszych zmian nadawcy. Jeśli w TV mamy obecnie w dużych miastach ok. 30–100 programów, to w sieci alternatyw są miliony.

Profil internautów diagnozują coraz powszechniejsze badania. Do głównych i kluczowych użytkowników Internetu zaliczają się pracownicy korporacji i firm (46%), korzystający z sieci w miejscu pracy². Około jedna trzecia odbiorców korzysta z sieci w celach rozrywkowych, 30% to użytkownicy zawodowi i pracownicy naukowci (korzystający z sieci w celach zarobkowych, badawczych bądź dydaktycznych). Internet jest domeną ludzi młodych, w większości mężczyzn³.

Specyfika odbiorcy i specyfika medium warunkują niespotykaną wcześniej szybkość bezpośredniego kontaktu w relacji nadawca przekaz – internauta, a także w relacji internauta – internauta, co ma kluczowy wpływ przy wyborze strategii reklamowych wykorzystywanych w Internecie.

Istotną cechą sieci jest interaktywność definiowana jako możliwość dialogu⁴ między nadawcą a odbiorcą. Interaktywność umożliwia internaucie kontrolę i wybór oglądanych treści oraz dostarcza całą gamę narzędzi umożliwiających komunikowanie się użytkowników Internetu w czasie rzeczywistym. Interaktywność jest „kamieniem węgielnym”⁵ dla sukcesów biznesowych w sieci i istotnym komponentem reklamy internetowej.

Różnicującą cechą Internetu jest także możliwość bezpośredniego dotarcia do klienta. Dzięki interaktywności medium, która powoduje, że internauta zostawia, często nieświadomie, „ślady w sieci”, możliwe jest indywidualizowanie oferty oraz oddziaływań reklamowych. Funkcjonalność Internetu, z punktu widzenia psychologii reklamy, podwyższa jego multimedialność. Tylko Internet umożliwia połączenie w jednym informacyjno-emocjonalnym przekazie bezpośrednio oddziałującym na odbiorcę tekstu pisanego, ruchomego i statycznego obrazu oraz dźwięku. Pozwala to na kreowanie mniej bądź bardziej rozbudowanej wirtualnej rzeczywistości kontrolowanej przez nadawcę przekazu. Wzmacnia i wzbogaca komunikat reklamowy.

Inną specyficzną cechą Internetu jest wielość występujących w nim źródeł informacji. Internet ciągle się rozrasta. Ilość serwerów liczy się już w setkach tysięcy, ilość stron WWW w milionach. Tworzy to z jednej strony olbrzymi potencjał reklamowy, z drugiej zaś przyczynia się do chaosu i szumu medialnego, którego obecność muszą brać pod uwagę nadawcy reklam internetowych.

Wykorzystywana przez reklamodawców interaktywność Internetu i szybkość rozprzestrzeniania się w nim informacji może z drugiej strony być dla nich bardzo niebezpieczna. Muszą oni dużo bardziej niż w czasach dominacji gazet i telewizji starać się o jakość przekazu. Szybki przepływ w sieci informacji na temat złej reklamy lub oferty może skutecznie zniszczyć przedsięwzięcie biznesowe lub społeczne.

Punktem wyjścia do konstruowania skutecznego przekazu o charakterze perswazyjnym, uwzględniającego specyfikę Internetu, powinno być dziesięć reguł dostosowania reklamy tradycyjnej do reklamy internetowej.

Dziesięć reguł dostosowania reklamy tradycyjnej do reklamy w Internecie

Nowe spojrzenie na komunikację w sieci wymusiło zmianę w podejściu do klasycznej teorii marketingu-mix⁶. Era przekazu interaktywnego wymusza zmiany we wszystkich komponentach działań marketingowych.

Według Carol Nelson i Rocky'ego Jamesa⁷ istnieje dziesięć reguł dostosowania reklamy tradycyjnej do reklamy w Internecie, które gwarantują zwiększenie siły oddziaływania na klienta.

1. Informacje pasywne wyszły z mody.

Dzięki interaktywności i multimedialności przekaz reklamowy powinien być sformułowany w taki sposób, aby zapewnić jego aktywny odbiór. Wielość równoczesnych ofert oraz potencjalność pojawienia się na ekranie komputera w tym samym czasie lub bardzo szybko po sobie nowych propozycji, preferuje te reklamy, które zmniejszają prawdopodobieństwo ich szybkiego odrzucenia. Pasywne reklamy wzbudzają nudę, a to odczucie jest głównym wrogiem efektywnej komunikacji w sieci.

2. Natychmiast zadziw i porusz czytelnika.

Ta zasada odpowiada modelowi AIDA w komunikacji reklamowej. Faza *Attention* – czyli zwrócenia uwagi na reklamę – jest w Internecie jeszcze bardziej wyrazista niż w innych mediach. Odbiorca, widząc reklamę, musi zostać „zmuszony” jej treścią i formą do skoncentrowania na niej uwagi. To warunek wstępny powodzenia. Dlatego specyfika sieci odrzuca reklamy przeniesione wprost z innych mediów. Pokusa spójności wizualnej wielkich kampanii reklamowych, w których Internet jest jednym z wielu mediów, często nie sprawdza się i jest nieskuteczna. Przekaz powinien być krótki i porażający. Musi jednocześnie wzbudzać zainteresowanie (*Interest*). Ta trywialna zasada często nie jest stosowana.

Istnieją prawa, które w jednoznaczny sposób mówią, jak tworzyć przekaz informacyjny, który działa. „Stawiaj szczegółowość wyżej od uniwersalizmu”⁸ – reklamy opisujące szeroką gamę produktów „nie działają” w sieci. „Oferuj korzyści duże, zrozumiałe i natychmiastowe” – czas teraźniejszy nabiera w Internecie nowego znaczenia. Pomiedzy pragnieniem a jego realizacją mija, dzięki sieci, relatywnie mniej czasu niż przy wykorzystaniu innych mediów reklamowo-sprzedażowych. Reguła „Ścinaj z nóg... natychmiast” powinna być wspierana zasadą strzelania od razu z „wielkiej armaty”. Wymienione zasady powinny być brane pod uwagę zarówno przy konstruowaniu hasła reklamowego, jak i przy projektowaniu strony audiowizualnej przekazu.

3. Twoja strona tytułowa (...) powinna pojawiać się bardzo szybko.

Szybko znaczy szybciej niż strona konkurencji. Szybkość wyświetleń w przeglądarce oferty czy

reklamy ma kluczowe znaczenie. Internet jest „medium chwili”.

4. Proś o natychmiastową odpowiedź.

To niezwykle ważna zasada. Interaktywność pozwala w pełni realizować mechanizm psychologiczny „stopy w drzwiach”. Jeśli reklama zwróciła uwagę, zainteresowała, powinna dać odbiorcy możliwość reakcji. Ta reakcja przedłuża czas kontaktu z reklamą, co zwiększa prawdopodobieństwo intensyfikacji doznań perswazyjnych i może prowadzić do skutków pożądanых przez nadawcę reklamy. Internet jako medium dialogu nadaje się do tego znakomicie. Przedłużanie czasu interakcji między odbiorcą a odpowiednio skonstruowaną prezentacją to klucz do sukcesu.

5. Często zmieniaj treść swojego ogłoszenia.

W Internecie nie można dopuścić do reakcji „Już to widziałem...”. Szybkość i zmienność to atut sieci. Internauta jest niecierpliwy i wymagający.

6. Reklamuj swoją witrynę w innych mediach.

Współczesny trend polega na coraz powszechniejszym uruchamianiu marketingowych działań internetowych. Dzięki sieci kwitną współczesne programy lojalnościowe, niektóre branże przenosząc się do sieci, redukują znacząco koszty, osiągając wymierne korzyści. Przykładem dziedzin, które dzięki Internetowi święcą triumfy jest branża turystyczna czy bankowa. Niemniej jednak Internet ma ograniczony zasięg i działania marketingowe potrzebują wsparcia innych mediów. Zasada „Jeśli znam, to lubię” istnieje także w świecie wirtualnym.

7. Wprowadzaj łącza do przedsiębiorstw podobnych do swojego – radzą Carol Nelson i Rocky James.

Szczególnie jeśli dana firma rozpoczyna działalność w sieci bądź ma ograniczone środki na reklamę. Tworzenie koalicji (np. wirtualnych pasażerów handlowych) umożliwia osiąganie sukcesów mimo konkurencji gigantów z branży. Klient internetowy lubi poszukiwać nowości, potrafi porównywać różne oferty – należy to wykorzystać.

8. Klient przyciąga klienta.

Ta stara zasada reklamy sprawdza się w sieci znakomicie. Dzięki szybkości oraz interaktywności na

platformach wymiany informacji wiadomość o najlepszym produkcie rozpowszechnia się błyskawicznie. Jeden zadowolony klient w społeczności internetowej to dziesięciu następnych. Stratedzy reklamy, wzmacniając to zjawisko, stosują dodatkowe gratyfikacje dla klientów, aby ci reklamowali dalej firmę, markę czy produkt. Pojawia się nowy wymiar sieci reklamowej o charakterze bezpośrednim, mniej obciążonym „grzechem widocznej manipulacji”.

9. Kiedy otrzymasz zamówienie, zrealizuj je z prędkością światła.

Ten postulat dotyczy dystrybucji w procesie sprzedaży. Od reklamy w sieci do zakupu jest niezwykle blisko. Dlatego klasyczne rozróżnianie reklamy, oferty czy procesu sprzedaży zaciera się. Poszczególne etapy sprzedaży stają się jeszcze bardziej powiązane ze sobą. Wiarygodność nadawcy w sieci jest bezpośrednio związana ze wszystkimi etapami kontaktu z klientem. Szybkość realizacji zamówienia – przyspieszenie gratyfikacji – to cecha, która powinna wyróżniać proces zakupu w sieci. Klient nie może się zawieść, wszystko musi być podporządkowane jego pozytywnym emocjom.

10. Przeprowadzaj wielokrotne próby.

Ten postulat także różnicuje branżę reklamową w sieci od marketingu tradycyjnego. Komunikacja reklamowa w Internecie wymusza eksperymentowanie. Wynika to ze zmienności zachowań grupy docelowej oraz tempa rozwoju narzędzi i technologii wykorzystywanych w Internecie. Metody skuteczne jeszcze wczoraj, dziś zawodzą. Przykładem może być używanie poczty elektronicznej do celów reklamowych. W pierwszym okresie rozwoju Internetu ten kanał przekazu informacji był efektywny. Obecnie zjawisko *spamu* w zasadzie uniemożliwia prowadzenie skutecznej tradycyjnej kampanii e-mailowej. Nadawcy szukają nowych pomysłów, aby internauta w zalewie otrzymywanych e-maili zwrócił uwagę właśnie na ich.

Innym argumentem za eksperymentowaniem jest fakt, że reklama w sieci jest dużo tańsza niż w mediach tradycyjnych. Niższa cena otwiera szersze możliwości testowania alternatywnych projektów reklamowych. Zupełnie nowe możliwości śledzenia w Internecie intencji klienta na podstawie jego poruszania się po

sieci odkrywają ogromne pole do eksperymentów z nowymi sposobami komunikacji perswazyjnej.

Rosnące wykorzystywanie Internetu przez klientów jako narzędzia aktywności zakupowej dodatkowo skłania nadawców – firmy handlowe, do prowadzenia działań marketingowych w Internecie. Przykładem mogą być sukcesy firm z branży turystycznej w USA. Wzrost w ciągu roku ilości internautów przeglądających i porównujących oferty turystyczne oraz wybierających coś dla siebie wyniósł 48%⁹.

Autorzy powyższych zasad skłaniają się do tezy, iż klasyczne rozumienie reklamy w mediach uległo przeobrażeniu dzięki rozwojowi Internetu. Proces ten będzie postępował. Podstawowe zasady marketingu-mix nie uległy zmianie, ale procesy zachodzące w sieci pokazują, że reklama w świecie multimedialnym i interaktywnym zbliża się do takich form oddziaływania, jak sprzedaż bezpośrednia czy działania typu public relation.

Analiza trendów obecnych w marketingu komercyjnym może pomóc w formułowaniu przekazu perswazyjnego o charakterze społecznym, gdzie *produkt* ma charakter informacyjno-emocjonalny, który należy *wypromować i dystrybuować*, czyli „sprzedać” jak największej liczbie odbiorców (klientów).

Reklama internetowa w służbie reklamy społecznej

Reklama społeczna wkracza do Internetu jeszcze w sposób niedostateczny, ze względu na wciąż jeszcze ograniczony zasięg tego medium (w porównaniu z zakresem oddziaływania TV). Prognozy jednak wskazują, że dzięki trendom społecznym związanym z potrzebą współuczestnictwa w tworzeniu i odbiorze przekazów informacyjnych, a także ze względu na rozwój technologiczny, sieć w przeciągu kilkunastu lat może, obok telewizji nowej generacji, stać się głównym medium perswazyjnym. Stąd zainteresowanie możliwościami reklamy internetowej także na polu edukacji społecznej. Dodatkowo dzięki badaniom Site-Centric¹⁰ można w sposób precyzyjniejszy definiować potrzeby grupy docelowej, dzięki temu zaś konstruować doskonalszy przekaz, w tym przekaz natury np. edukacyjnej, lepiej dopasowany do odbiorcy.

1. Przyciągnięcie uwagi jest warunkiem niezbędnym także w przekazie społecznym. W kampaniach

bannerowych (czy akcjach używających buttonów internetowych¹¹ lub/i pop up'ów¹²) hasło oraz forma graficzna powinny zachęcić do natychmiastowej reakcji, czyli kliknięcia z przeniesieniem do np. witryny edukacyjnej. Stąd dużo większa potrzeba oryginalności i wyjątkowości przekazu. Najskuteczniejsze reklamy (typu Rich Media) wykorzystują multimedialność Internetu (integrują animację, dźwięk, interakcję, możliwość wyboru opcji itp.).

2. Interakcja, jak już wcześniej podkreślano, to ważny element wpływu na odbiorcę. Osobisty przekaz, angażujący procesy poznawcze oraz emocje, już wkracza do kanonu nowoczesnej profilaktyki. Kafeteria rozwiązań interaktywnych w edukacji i reklamie społecznej jest szeroka, ale nadal mało wykorzystywana, mimo że przekaz jest skuteczniejszy i – co ważne – dużo tańszy niż w mediach tradycyjnych. Do narzędzi interaktywnych stosowanych w profilaktyce możemy zaliczyć gry (sieciowe bądź do instalacji na komputerze użytkownika) oraz prezentacje o charakterze profilaktycznym. Ponadto możliwość uczestnictwa w forach internetowych oraz czatach może, prócz wymiany poglądów, poprzez umiejętnie działanie moderatorów wpływać na postawy i zachowania odbiorców. Portale społecznościowe (np. YouTube) dają możliwość przekazywania materiałów perswazyjnych (choćby w formie konkursów na film, opowiadanie czy blog) w sposób bezpośredni, przy czynnym udziale odbiorcy. Najnowszą techniką umożliwiającą nawiązanie kontaktu o stałym charakterze między nadawcą a odbiorcą jest narzędzie typu BrandMate¹³, które z powodzeniem można wykorzystać do przekazu społecznego.

3. Szybkość reklamy w sieci jest także atrybutem reklam o charakterze społecznym. Pod pojęciem „szybkości” kryje się nie tylko czas „otwierania się” strony głównej danego portalu profilaktycznego czy edukacyjnego, ale przede wszystkim czas reakcji w procesie interakcji między nadawcą a odbiorcą przekazu. On-linowe poradniki są skuteczniejsze, jeśli istnieją w czasie rzeczywistym. Zwłoka z odpowiedzią, nawet jednodniowa, może zmniejszyć perswazyjne oddziaływanie danego przekazu. Nowy trend w sieci – Real-Time Marketing, czyli działania marketingowe w czasie rzeczywistym, wymaga skomplikowanej technologii, ale daje bardzo pożądane efekty. Szukając danego przekazu na stronie WWW,

odbiorca może zostać automatycznie zachęcony do innych treści edukacyjnych. Mechanizm „wciągania” użytkownika w „ścieżkę interakcji” daje znakomite efekty sprzedażowe, może być także wykorzystywany w dziedzinie edukacji prozdrowotnej. Ważna jest także zmienność oferty i treści. Internet to medium bardzo dynamiczne, dlatego aktualizacja treści przekazu i formy jego podania na stronie zwiększa częstotliwość ponownego kontaktu z przekazem. W związku z tym działania marketingu społecznego powinny być raczej tworzone w formie np. programów wspierających dany portal czy stronę o treści edukacyjnej przez dłuższy czas, zachowując jednocześnie zasadę zmienności.

Budując portal o charakterze edukacyjnym, należy wziąć po uwagę całą kafeterię interaktywnych oraz multimedialnych rozwiązań technologicznych. Poniżej przedstawiam kilkanaście przykładów do natychmiastowego wykorzystania:

- **e-kartki, tapety** na pulpit o treści profilaktycznej;
- **blogi** redagowane przez liderów młodzieżowych opisujących życie i problemy młodzieży w lokalnej społeczności, przemycające wiarygodne informacje o charakterze prozdrowotnym;
- **fora internetowe** na kontrowersyjne tematy z udziałem ekspertów i moderatora;
- **czaty** z udziałem znanych osób (w tym ekspertów);
- **e-ziny** (magazyny elektroniczne na stronach WWW) oraz newslettery, także współredagowane przez daną społeczność;
- możliwość subskrypcji **newsów** (aktualności) o charakterze lokalnym zawierających dodatkowo treści profilaktyczne bądź linki do stron edukacyjno-informacyjnych;
- **sondy** na tematy kontrowersyjne oraz sondy o charakterze edukacyjnym;
- **interaktywne testy i quizy** o charakterze porad i quazi-diagnoz;
- **materiały do ściągnięcia** (lub szybkiego przesłania w sieci) o treści profilaktycznej (filmy, plakaty, ulotki, skróty z radiowych audycji, wycinki z prasy, czasopisma);
- **gry** o charakterze profilaktycznym (do ściągnięcia bądź on-line);
- **cross-linking** (wymiana adresów stron o podobnej tematyce lub stron o tematyce interesującej odbiorcę serwisu WWW);
- identyfikator strony (tzw. **favicon**) widoczny w pasku adresu oraz w „ulubionych” z designem profilaktycznym;
- **rankingi, oceny** – interaktywny mechanizm pozwalający na ocenę przez społeczność internautów danego materiału na stronie (np. wybór najlepszego hasła w rozpisany konkursie na hasło);
- **strefa zastrzeżona** dla użytkowników pozwala na zbieranie danych na ich temat, jednocześnie tworzy swoisty klub przekazujący wartości dodane na portalu profilaktycznym (np. konsultacja prawna, dodatkowe materiały do ściągnięcia, elitarne forum itp.);
- **FAQ** – czyli najczęściej zadawane pytania o treści np. społecznościowej bądź profilaktycznej;
- **komentarze** – pozwalające (po przefiltrowaniu przez moderatora) na ocenę bądź polemikę z artykułem zamieszczonym w serwisie;
- **BrandMate** – którego zadaniem może być udzielanie porad, motywacja czy informowanie o różnych aspektach brania narkotyków, ale również o kwestiach z innych obszarów, które są interesujące dla grupy docelowej;
- **multimedialne prezentacje on-line** – forma multimedialna (film, tekst, dźwięk, schemat i animacja) w postaci prezentacji pozwala edukować np. na temat skutków zażywania substancji, alternatywnych form spędzania czasu wolnego, sposobów odmawiania zażycia narkotyku;
- **sklep internetowy** – z możliwością zamówienia on-line (po wypełnieniu ankiety, deklaracji profilaktycznej) lub kupienia on-line gadżetów o treści profilaktycznej: koszulki, znaczki, czapeczki, broszury, książki, poradniki, zmywalne tatuaże, kartki pocztowe itp.;
- **poradnia on-line** – z możliwością wysłania e-maila lub uczestnictwa w programie poradni o charakterze edukacyjnym, motywacyjnym, informacyjnym bądź interwencyjnym.

Podsumowanie

Reklama o charakterze społecznym pojawiła się w Internecie stosunkowo niedawno, wraz z rozwojem e-marketingu oraz reklamy bannerowej. Ponieważ to młodzież jest grupą dominującą w nowym medium, ważne jest, aby tworząc programy profilaktyczne, wykorzystywać także tę technologię komunikacji. Programy czy akcje w ramach

marketingu społecznego powinny uwzględniać istnienie Internetu. Internet, choć jest medium globalnym, może także z powodzeniem być wykorzystywany do celów lokalnej profilaktyki prozdrowotnej. Warto podkreślić na zakończenie, że reklama w sieci jest znacznie tańsza niż reklama telewizyjna czy outdoorowa, a w kontekście problematyki społecznej o skomplikowanym charakterze pozwala ostatecznie przekazać o wiele więcej treści edukacyjno-perswazyjnych.

Przypisy

- ¹ R. Brady, R. Forrest, E. Mizerski, „Marketing w Internecie”, Warszawa 2002, s. 53.
- ² R. Brady, R. Forrest, E. Mizerski, op. cit.
- ³ <http://www.internetstandard.pl/news/92104.html>, Magdalena Górak (Polska, 2006) – Badania CBOS omówienie.
- ⁴ R. Brady, R. Forrest, E. Mizerski, op. cit., s. 52.
- ⁵ R. Brady, R. Forrest, E. Mizerski, op. cit., s. 58.
- ⁶ T. Zakrzewski, Wykorzystanie podstawowych technik marketingu komercyjnego w reklamie społecznej, Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1/2007.

- ⁷ C. Nelson, R. James, „Reklama w Internecie” (w:) Marketing w Internecie, s. 129.
- ⁸ R. Brady, R. Forrest, E. Mizerski, op. cit., s. 159.
- ⁹ <http://gospodarka.gazeta.pl/gospodarka/1,33181,2163574.html> „Turystyczna bonanza w USA”, www.gazeta.pl.
- ¹⁰ Badanie Site - Centric polega na mierzeniu aktywności użytkowników Internetu. Badanie jest prowadzone od strony witryny internetowej.
- ¹¹ Button internetowy – mniejszy od banneru pasek reklamowy wyświetlany na stronach WWW.
- ¹² Pop up – reklama w postaci wyskakującego okienka przy przejściu ze strony na stronę w obrębie jednego serwisu.
- ¹³ BrandMate – to nazwa autorskiego rozwiązania agencji interaktywnej Adv.pl z zakresu Desktop Marketingu, stosowana w reklamie internetowej. BrandMate jest interaktywną/animoowaną postacią pobraną ze strony WWW, która „żyje” na pulpicie komputera osobistego; BrandMate może przybrać dowolną animowaną postać, która stanowi element identyfikacji np. marki, może być postacią z opakowania produktu, bohaterem kreskówki kinowej, graficzną wizualizacją znanej osobistości. Poza zabawną animacją BrandMate umożliwia wykonywanie szeregu czynności, np. przypomina o zadaniach; może informować o aktualizacjach serwisów internetowych czy nowych produktach, które pojawiły się w sklepie internetowym; zbierać adresy e-mail itd.

Pomimo prowadzenia wielu badań i analiz w obszarze narkomanii, w dalszym ciągu trudno jest określić rzeczywiste rozmiary tego zjawiska. W tym celu próbuje się oszacować liczbę problemowych użytkowników narkotyków. Jest to próba zmierzenia z natury ukrytego zjawiska, zwanego na gruncie kryminologii „ciemną liczbą”, a na gruncie socjologii „populacją ukrytą”.

JAK ZMIERZYĆ NIEMIERZALNE?

SZACOWANIE LICZBY PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW W POLSCE W LATACH 2003–2005

Michał Kidawa

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

W ostatnich latach mamy do czynienia ze wzrostem aktywności badawczej w zakresie narkomanii. Władze Unii Europejskiej powołały specjalną agendę, do zadań której należy monitorowanie tego zjawiska w Europie. Na poziomie krajowym także powołuje się do życia instytucje czy departamenty, do zadań których należy monitorowanie i prowadzenie badań nad uzależnieniem od narkotyków. Taką jednostką jest chociażby Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. Zjawisko narkomanii ze względu na swój wielowymiarowy i wieloaspektowy charakter staje się przedmiotem

zainteresowania rozmaitych dziedzin, takich jak np. medycyna, socjologia, pedagogika, psychologia, prawo, polityka społeczna oraz wielu innych. Różne elementy zjawiska monitorowane są w ramach wielu często niezwiązanych ze sobą systemów statystycznych. Pomimo sporej ilości badań, danych i analiz w dalszym ciągu problematyczne jest określenie rzeczywistych rozmiarów tego zjawiska. W tym celu prowadzi się oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków. Jest to próba zmierzenia z natury ukrytego zjawiska, zwanego na gruncie kryminologii „ciemną

liczbą”, a na gruncie socjologii „populacją ukrytą”. „Ciemna liczba” jest to liczba przestępstw, które nie zostały odnotowane przez organy ścigania i nie trafiły do oficjalnych statystyk. „Populacja ukryta” w kontekście narkotyków jest to populacja problemowych użytkowników, którzy z różnych powodów nie trafili do statystyk systemu leczenia, statystyk policyjnych lub innych, a z uwagi na prowadzony przez siebie tryb życia nie są najczęściej objęci takimi pomiarami jak badania populacyjne dotyczące używania narkotyków. Oszacowanie rozmiarów tej populacji jest wyzwaniem, przed którym stają socjologowie i statystycy.

Trudności definicyjne

Podstawowym problemem w przypadku oszacowania populacji ukrytych jest precyzyjne zdefiniowanie tej grupy. Problemy definicyjne są na tyle szerokim zagadnieniem, że pełne omówienie ich wymagałoby oddzielnego artykułu, jeśli nie oddzielnej publikacji. W niniejszym artykule pragnę jedynie opisać dwa różne podejścia do definicji. Oszacowania opisane w tym artykule oparte są na krajowej definicji problemowych użytkowników narkotyków, zgodnie z którą problemowe używanie narkotyków jest rozumiane jako długotrwałe używanie narkotyków (substancji nielegalnych), które powoduje u osoby używającej poważne problemy (National Report 2006, s. 41). W związku z czym polska krajowa definicja obejmuje problemowych użytkowników zarówno opiatów, jak i amfetaminy, kokainy (choć te przypadki są rejestrowane sporadycznie), a także kanabinoli i innych narkotyków.

Definicja krajowa nie jest tożsama z operacyjną definicją Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, która określa problemowych użytkowników narkotyków jako osoby używające opiatów, amfetaminy lub/oraz kokainy w sposób długotrwały, częsty lub iniekcyjny.

Definicja jednoznacznie określa cechy populacji, której oszacowanie będzie dotyczyć i ma wpływ na jego wyniki. W praktyce często stajemy przed dylematem: z jednej strony chcielibyśmy przyjąć jak najlepszą, najpełniejszą i najbardziej precyzyjną w sensie operacyjnym definicję problemowego użytkownika, ale z drugiej strony musimy brać pod uwagę ograniczenia wynikające z dostępnych źródeł danych i wykorzystania konkretnych metod. Większość przy-

jętych definicji nie jest idealna, jest wynikiem daleko idącego kompromisu.

Metody

Istnieje przynajmniej kilka metod szacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków. Poniżej zostaną w dużym skrócie opisane najczęściej używane.

Metoda mnożników (*Multiplier method*)

Jest to najprostsza i najczęściej wykorzystywana w Polsce metoda prowadzenia oszacowań. Służy do ustalenia rozmiarów całej populacji problemowych użytkowników narkotyków (wraz z częścią, która jest „populacją ukrytą”). Polega ona na pozyskaniu liczby problemowych użytkowników narkotyków ze źródeł zastanych (np. rejestry leczenia, policji, zgonów) (ang. benchmark). Następnym krokiem jest pozyskanie przelicznika określającego szansę problemowego użytkownika narkotyków na znalezienie się w zbiorach zastanych (czyli np. w leczeniu), na podstawie którego wylicza się tzw. mnożnik (*multiplier*) (EMCDDA 2004). Do pozyskania mnożnika muszą być jednak wykorzystane niezależne źródła. Jednym ze sposobów jest wykorzystanie technik nominacyjnych z badań terenowych. W celu lepszego zobrazowania procesu przedstawmy to na hipotetycznym przykładzie oszacowania opartego na danych z leczenia. W ramach badań terenowych prosimy o wymienienie (nominowanie) spośród swoich znajomych osób używających regularnie narkotyki oraz pytamy, czy osoby te w ostatnim roku podejmowały próby leczenia stacjonarnego. W wyniku analizy danych stwierdzamy, że 20% (1/5 badanych) spośród nominowanych podjęło leczenie stacjonarne w ostatnim roku. Na podstawie tych danych określamy, że liczba wszystkich problemowych użytkowników narkotyków jest 5 razy większa niż liczba osób przebywających w leczeniu. To jest właśnie mnożnik. Po przemnożeniu ogólnej liczby leczących się stacjonarnie z powodu narkotyków w danym roku przez otrzymany w wyżej opisany sposób mnożnik, uzyskujemy estymację dotyczącą całości populacji problemowych użytkowników narkotyków. Metoda ta jest określana przez Sierosławskiego jako „metoda punktów odniesienia” (*benchmark method*) (Sierosławski 2005, s. 8).

Metoda wielokrotnego połowu (capture-recapture)

Wywodzi się z nauk przyrodniczych. Początkowo była wykorzystywana do oszacowania rozmiarów populacji zwierząt na określonym terenie. Zapoczątkował ją ekolog, który chciał obliczyć ilość ryb w jeziorze. W tym celu dokonał pierwszego połowu, po którym oznaczył i policzył wszystkie złowione ryby, a następnie wypuścił je do jeziora. Potem dokonał drugiego połowu, po którym przeliczył oznaczone i nieoznaczone ryby. Następnie obliczył proporcje oznaczonych ryb złowionych w drugim połowie do wielkości połowu. Przy założeniu, że stosunek oznaczonych ryb (np. 5) w drugim połowie do wielkości drugiego połowu (np. 10) jest taki sam jak stosunek złowionych ryb w pierwszym połowie (np. 15) do niezłowionych w ogóle (x), wyliczył w prosty sposób całkowitą liczbę ryb w jeziorze (EMCDDA 2004) (wg wzoru $5/10=15/x$: $x = 10 \cdot 15/5$: $x = 30$). Ten prosty model był wykorzystywany do oszacowania rozmiarów problemowego używania narkotyków. Pojawiły się jednak pewne zastrzeżenia. Oszacowanie oparte na dwóch zbiorach zakłada brak związku pomiędzy zbiorami. Jeżeli jednak zależności pomiędzy zbiorami istnieją, może to prowadzić do zniekształcenia wyników estymacji. Przykładowo, jeśli osoby leczące się stacjonarnie z powodu narkotyków znacznie częściej niż inne osoby uzależnione trafiają do rejestrów policyjnych (czyli jeśli bycie w jednym zbiorze podnosi prawdopodobieństwo bycia w drugim), to wyniki naszego oszacowania opartego na tych zbiorach będą zaniżone. Niestety, najczęściej nie jesteśmy w stanie określić zależności pomiędzy zbiorami.

W celu ograniczenia błędów oszacowań opisanych powyżej, stosowana jest najczęściej metoda wielokrotnego połowu z wykorzystaniem trzech lub więcej zbiorów (połowów) oraz modelu logarytmiczno-liniowego, tak jak w przedstawionym w dalszej części artykułu oszacowaniu problemowych użytkowników opiatów w Warszawie (Moskalewicz, Sierosławski, Bujalski 2006).

MIM (Multivariate Indicator Method)

MIM jest metodą tzw. estymacji syntetycznych (ang. *synthetic estimation*). Dzięki niej możliwa jest ekstrapolacja na cały kraj wyników kilku estymacji lokalnych. Przy założeniu, że istnieją wskaźniki związane z problemem

narkotykowym, które są dostępne dla wszystkich jednostek organizacji terytorialnej całego kraju, oraz że mamy kilka oszacowań lokalnych (zwanymi *anchor points*), jesteśmy w stanie określić relację pomiędzy tymi wskaźnikami a wynikami estymacji. Znając siły tych relacji, możemy oszacować wartości w innych jednostkach organizacji terytorialnej, a przez to także całego kraju. Użyte wskaźniki mogą być bezpośrednio związane z problemowym używaniem narkotyków (np. śmiertelność, aresztowania) lub niezwiązane (np. gęstość zaludnienia czy bezrobocie) (EMCDDA 2004).

Przedstawione metody szacowania, choć w swych podstawowych założeniach są proste, to w praktyce wymagają dużej wiedzy z zakresu statystyki i socjologii. Kluczowa jest jakość danych źródłowych oraz założenia, które należy przyjąć przy tworzeniu estymacji, a które mogą mieć znaczny wpływ na jej wyniki. Słabej jakości źródła danych oraz błędne założenia mogą spowodować znaczne wypaczenie wyników.

Wyniki oszacowań

Poniżej przedstawione są wyniki kilku oszacowań lokalnych, które przeprowadzono w ostatnich latach na terenie naszego kraju. Prowadzone one były na różnym terenie, często dotyczyły różnych populacji oraz wykorzystywały inne metody, dlatego ich porównywalność jest ograniczona. Na początku zostaną omówione oszacowania wszystkich problemowych użytkowników, a następnie oszacowania problemowych użytkowników opiatów oraz iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Oszacowanie problemowych użytkowników narkotyków w województwie łódzkim w 2003 roku

W przypadku oszacowania łódzkiego zdecydowano się na użycie metody mnożników z wykorzystaniem technik nominacyjnych. Przeprowadzono badania terenowe wśród populacji ulicznej 60 problemowych użytkowników narkotyków. W badaniu poproszono respondentów o podanie pewnych informacji o znanych im problemowych użytkownikach narkotyków. Informacje te dotyczyły podejmowania leczenia stacjonarnego lub ambulatoryjnego w 2003 roku, faktu zatrzymania przez policję oraz statusu HIV. W wyniku tej procedury zebrano 314 „nominacji”, czyli respondenci wskazali 314

znanych im narkomanów. W przypadku 284 narkomanów udało się określić, czy podejmowali oni leczenie stacjonarne, czy też nie. Dane otrzymane w wyniku tej procedury zostały zestawione w tabeli 1.

Tabela 1. Osoby podejmujące leczenie stacjonarne w stosunku do całości nominowanej populacji.

Liczba „nominacji”	314
Liczba osób, co do których udało się określić, czy były leczone stacjonarnie w ciągu ostatniego roku	284
Liczba osób podejmujących leczenie stacjonarne w ostatnim roku	59
Liczba osób nie leczących się w ciągu ostatniego roku	225
Procentowo oszacowany udział osób leczących się stacjonarnie w stosunku do całości osób problemowo używających narkotyków	20,8%

Źródło: Sierosławski J., „Oszacowanie liczby narkomanów w województwie” (w: Jabłoński 2004)

Z faktu, że 20,8% narkomanów podejmuje leczenie, można wyliczyć, że wszystkich narkomanów jest 4,8 razy więcej niż leczonych. Przemnożenie liczby problemowych użytkowników narkotyków w województwie łódzkim, podejmujących leczenie stacjonarne (w 2003 roku były to 883 osoby), przez otrzymany mnożnik z badań terenowych, dało liczbę 4250 osób.

Oszacowanie problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie w latach 2003–2004

Przy tym oszacowaniu oparto się na tej samej metodzie co w przypadku oszacowania łódzkiego. Na podstawie badań terenowych określono odsetek narkomanów podejmujących leczenie stacjonarne, który wyniósł 47,6%. Mając te wyniki, wyliczono, że wszystkich problemowych użytkowników narkotyków jest 2,1 razy więcej niż w lecznictwie stacjonarnym. Procedurę tę powtórzono dla lecznictwa ambulatoryjnego. Wyniki zaprezentowano w tabeli 2.

Otrzymany w ten sposób wskaźnik szacowania, czyli mnożnik, został następnie przemnożony przez liczbę osób znajdujących się w lecznictwie stacjonarnym i ambulatoryjnym. W wyniku powyższych działań otrzymano oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w przedziale między 3935 a 9875 osób.

Tabela 2. Zestawienie danych źródłowych oraz wyniku oszacowania.

	Dane statystyczne	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2003)	1873	47,6	2,1	3935
Leczeni ambulatoryjnie (2004)	5994	60,7	1,6	9875

Źródło: Sierosławski J. (2005)

Oszacowanie problemowych oraz iniekcyjnych użytkowników opiatów w Warszawie w 2005 roku

Oszacowania liczby problemowych użytkowników opiatów dokonano metodą wielokrotnego połowu na podstawie trzech różnych prób. Dwie pierwsze składały się z pacjentów oddziałów detoksykacyjnych Instytutu Psychiatrii i Neurologii (206 osób) oraz Szpitala Psychiatrycznego przy ul. Nowowiejskiej (481 osób). Trzecią grupę stanowiły osoby spoza lecznictwa, wśród których przeprowadzono badania ankietowe (próba uliczna 107 osób). Razem grupy liczyły 794 osoby. W tabeli 3. zaprezentowano liczbowy rozkład osób pojawiających się w poszczególnych grupach (liczba osób w tabeli jest mniejsza niż 794, niektóre osoby pojawiały się w dwóch próbach).

Tabela 3. Rozkład liczbowy według obecności w trzech źródłach danych.

	Liczba osób
Tylko pacjenci IPiN	165
Tylko pacjenci Nowowiejskiej	424
Tylko respondenci z badań terenowych	84
Pacjenci IPiN i pacjenci Nowowiejskiej	37
Pacjenci IPiN i respondenci z badań terenowych	3
Pacjenci Nowowiejskiej i respondenci z badań terenowych	19
Pacjenci IPiN, Nowowiejskiej i respondenci badań terenowych	1
Razem	733

Źródło: Moskaiewicz J., Sierosławski J., Bujalski M. (2006)

Opierając się na powyższych danych, przy pomocy metod regresyjnych oszacowano liczbę osób nie występujących w żadnej z grup. Jak piszą autorzy raportu, „do przeprowadzenia tego oszacowania wykorzystano model logarytmiczno-liniowy. W pierwszym kroku przetestowano modele zakładające efekt interakcji między próbami, a następnie wybrano model zakładający brak interakcji (próby niezależne) jako najlepiej dopasowany do zebranych danych” (Moskalewicz, Sierosławski, Bujalski 2006). Wyniki oszacowań oraz parametry modelu logarytmiczno-liniowego zaprezentowano w tabeli 4. Otrzymano estymację rozmiarów populacji ukrytej problemowo używającej opiatów w Warszawie na poziomie 2034 osób. Biorąc pod uwagę błąd oszacowania, z 95-procentową pewnością jesteśmy w stanie stwierdzić, że faktyczna liczba problemowych użytkowników narkotyków mieści się gdzieś w przedziale od 1517 do 2725 osób. W celu uzyskania ogólnej liczby populacji problemowych użytkowników opiatów do otrzymanych estymacji należy dodać 733 osoby zidentyfikowane w trakcie badania. To daje szacowaną liczbę problemowych użytkowników opiatów na poziomie 2767 osób. Biorąc pod uwagę przedziały ufności, z prawdopodobieństwem 95% możemy przypuszczać, że rzeczywista liczba znajduje się gdzieś w przedziale pomiędzy 2250 a 3458 osób. Opierając się na wynikach powyższych oszacowań, podjęto próbę określenia liczby iniekcyjnych użytkowników opiatów. Posłużono się do tego celu danymi z trzech wymienionych wcześniej prób, czyli próby z oddziału detoksykacyjnego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, oddziału detoksykacyjnego szpitala przy Nowowiejskiej oraz z próby ulicznej. We wszystkich tych grupach zebrano od użytkowników opiatów (w przypadku populacji ulicznej za pomocą arkuszy nominacyjnych) informacje o sposobie przyjmowania narkotyku. W pierwszej grupie z oddziału detoksykacyjnego Instytutu Psychiatrii i Neurologii 55,6% nominowanych przyjmowało opiaty iniekcyjnie. W grupie z Nowowiejskiej było to 76,4%, a w próbie ulicznej 95,1% osób. Następnie obliczono

średnią ważoną, która wyniosła 80,5%. Biorąc pod uwagę wyniki wcześniejszego oszacowania problemowych użytkowników opiatów, należałoby przyjąć oszacowanie iniekcyjnych użytkowników opiatów na poziomie 2222 osób.

Podsumowanie

Oszacowania rozmiarów populacji ukrytych problemowych użytkowników narkotyków stają się jednym z istotnych wskaźnikiem służącym monitorowaniu zjawiska narkomanii. Z tego względu niewątpliwie warto je kontynuować. W celu zapewnienia maksymalnie wysokiej jakości tych oszacowań konieczne jest przede wszystkim uzgodnienie definicji problemowego używania narkotyków (zarówno na poziomie teoretycznym, jak i operacyjnym) oraz dalsza praca nad podnoszeniem rzetelności danych źródłowych.

Bibliografia

- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), „Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level”, EMCDDA, Lisbon 1999, źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372> (z dnia 18.10.2007).
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), „EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines, Key Epidemiological Indicator: Prevalence of Problem Drug Use”, EMCDDA 2004, źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372> (z dnia 18.10.2007).
- Moskalewicz J., Sierosławski J., Bujalski M., „Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie”, raport z badania na zlecenie Urzędu m.st. Warszawy, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.
- National Report to the EMCDDA, „New Development. Trends and In-depth Information on Selected Issue”, przygotowany przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Polska, Warszawa 2006.
- Sierosławski J., „Oszacowanie liczby narkomanów w województwie” (w:) Raport z badań na temat łączenia różnych substancji we wzorach używania narkotyków w województwie łódzkim, Jabłoński P., Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.
- Sierosławski J., „Oszacowanie liczby narkomanów oraz rozmiarów problemów związanych z narkotykami w Warszawie”, raport przygotowany na zlecenie Urzędu m.st. Warszawy, Warszawa 2005.

Tabela 4. Parametry modelu i wyniki oszacowania.

	Stała modelu	df	chi ²	p	Wielkość oszacowana
Liczba użytkowników opiatów	7,618	3	2,540	0,468	2034
Dolna granica 95% przedziału ufności					1517
Górna granica 95% przedziału ufności					2725

Źródło: Moskalewicz J., Sierosławski J., Bujalski M. (2006)

Bardzo ważnym aspektem działań w obszarze zapobiegania narkomanii są działania podejmowane przez organizacje pozarządowe. Aby zwiększyć skuteczność realizowanych przez nie programów, gmina Wrocław wdraża standardy pracy dla podmiotów trzeciego sektora.

STANDARDY PRACY PODMIOTÓW REALIZUJĄCYCH ZADANIA Z ZAKRESU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW NARKOTYKOWYCH WE WROCŁAWIU

*Stella Zielińska, Renata Marciniak-Antoszek
Pracownia Badawczo-Szkoleniowa PBS*

Uzależnienie od narkotyków, podobnie jak choroba alkoholowa, to poważny problem społeczny. Nic nie wskazuje na to, by obecne i następne pokolenia chciały zrezygnować z sięgania po substancje psychoaktywne. Aktualnie utrwała się trend, w którym inicjacja narkotykowa wyprzedza lub wypiera inicjację alkoholową wśród młodzieży. Istnieje więc pilna potrzeba prowadzenia działań profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych oraz tworzenia opracowań, które w syntetyczny sposób mogłyby pokazać specyfikę procesu uzależnienia od narkotyków oraz zaprezentować modele pracy terapeutycznej¹.

Bardzo ważnym aspektem działań w obszarze zapobiegania narkomanii są działania realizowane przez organizacje pozarządowe. Na terenie gminy Wrocław od około 15 lat działania z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych realizują, oprócz instytucji samorządowych, organizacje pozarządowe. W tym okresie, co roku, od 5 do 8 organizacji realizowało zadania, które miały na celu ograniczenie skali zjawiska narkomanii na terenie miasta.

Aktualnie są to:

- Stowarzyszenie „Jestem” ul. Sienkiewicza 116/1,
- Towarzystwo „Powrót z U” ul. Paulińska 16/2,
- Stowarzyszenie „Karan” ul. Skoczylasa 8 (Leśnica),
- Stowarzyszenie „Monar” ul. Trzebnicka 17,
- Stowarzyszenie „Monar” ul. Roosvelta 18a,
- Stowarzyszenie „Wyspa” ul. Więckowskiego 10/2,
- Misja Dworcowa Stowarzyszenia „Return” Dworzec Główny PKP,
- Centrum Redukcji Szkód Stowarzyszenia „Return”, ul. Kościuszki 67,

- Fundacja „Hallelu Jah” ul. Prądyńskiego 37/1,
- Podstawowe działania podejmowane przez organizacje pozarządowe w zakresie przeciwdziałania narkomanii to: edukacja, poradnictwo, terapia lub jej elementy².

Liczba klientów, którzy korzystają z pomocy organizacji pozarządowych, jest różna, zależnie od rodzaju proponowanej przez nie oferty. W przypadku działań edukacyjnych w szkołach liczba odbiorców wynosi miesięcznie około 1000 osób. W działaniach dotyczących leczenia i terapii oraz redukcji szkód miesięczna średnia liczba odbiorców to od 20 do 300 osób³.

Skala problemu oraz liczba podmiotów realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii wskazały na potrzebę ujednolicenia zasad pracy wszystkich podmiotów działających na terenie gminy Wrocław. Dlatego też w roku 2006 na zlecenie Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia zostały opracowane standardy pracy dla organizacji pozarządowych. W tym celu zaadoptowano standardy działań profilaktycznych w organizacjach pozarządowych realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii opracowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i ogólnie dostępne na stronie internetowej Krajowego Biura pod adresem: www.kbnp.gov.pl/standard_prof.htm.

Standardy te dotyczą:

1. Koncepcji działalności podmiotów, które realizują programy z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych.

² „Sytuacja podmiotów realizujących zadania z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych na terenie Gminy Wrocław”, raport z badań, Pracownia Badawczo-Szkoleniowa PBS 2006.

³ Op. cit.

¹ P. Karpowicz, „Narkotyki – jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie”, Białystok 2002.

2. Opracowywania i realizacji programów z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych (standardy merytoryczne).
3. Warunków realizacji zadań z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych.

Dwie grupy standardów

Standardy zostały podzielone na dwie grupy. Pierwsza z nich to standardy organizowania i prowadzenia programów z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych. Obejmują one:

1. Koncepcję pracy podmiotów, która powinna być zgodna z lokalną strategią rozwiązywania problemów narkotykowych i wychodzić naprzeciw potrzebom społeczeństwa lokalnego.
2. Promocję realizowanych programów, która powinna być prowadzona zarówno wśród społeczności lokalnej, jak i na terenie całej Polski.
3. Współpracę z innymi podmiotami działającymi w tym samym obszarze.
4. Organizację pracy podmiotów. Są to wymogi dotyczące lokalu, w którym realizowane są programy oraz wymogi obejmujące sposób dokumentacji pracy podmiotów. Bardzo ważnym standardem w tym obszarze jest standard dotyczący zdrowia, higieny i bezpieczeństwa pracy.

Treść standardów obejmuje także przygotowanie kadry pracującej w programach oraz jej rozwój zawodowy, a co za tym idzie profesjonalizm oferowanej pomocy. Prawidłowa i efektywna praca podmiotów nie może się też obejść bez wyznaczenia kryteriów dotyczących kierowania programami i obiegu informacji.

Drugą grupę stanowią standardy merytoryczne realizowanych programów, w zakres których wchodzi:

1. Opracowywanie i realizacja programu merytorycznego, który musi gwarantować równość szans uczestniczenia w programach dla wszystkich odbiorców. Innymi słowy programy z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych są dostępne dla wszystkich, są wolne od jakichkolwiek uprzedzeń i niesprawiedliwości. Konstrukcja programu oparta jest na aktualnej wiedzy dotyczącej problematyki uzależnienia od narkotyków, przy uwzględnieniu potrzeb rozwojowych i emocjonalnych oraz bezpieczeństwa uczestników. Przy konstrukcji programu określone są także narzędzia oceny skuteczności i efektywności programu.

2. Zakres i formy zadań realizowanych w ramach programów, które powinny uwzględniać szeroką gamę różnych form i działań mających na celu zaspokojenie potrzeb i oczekiwań adresatów programu.
3. Monitorowanie skuteczności realizowanych programów (ewaluacja i ocena). Zgodnie z tym standardem systematycznie jest badana i doskonalona skuteczność realizowanych programów za pomocą wystandaryzowanych narzędzi sprawozdawczości i ewaluacji, ujednoliconych dla wszystkich organizacji.

Poszczególne standardy zawierają: nazwę standardu, jego opis, wskaźniki oraz mierniki na rok 2007 i 2008. Do standardów dołączone są następujące załączniki: słowniczek obowiązujących pojęć, instrukcja dotycząca postępowania w wypadku ekspozycji oraz ujednolicone narzędzia sprawozdawczości.

W tabeli przedstawione są przykłady standardów z poszczególnych grup.

Dostosowanie się do standardów jest procesem długofalowym, dlatego też w 2007 roku rozpoczął się etap wdrażania standardów przez organizacje pozarządowe na terenie gminy Wrocław. W okresie tym organizacje mają czas na zmianę swojej pracy zgodnie z nowymi wymogami. Od roku 2008 standardy będą obowiązujące w pracy podmiotów.

W celu oceny procesu wdrażania standardów Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia zatrudnił firmę zewnętrzną, która monitoruje wszelkie działania w tej sferze poprzez systematycznie prowadzone analizy dokumentacji, wizytacje i hospitacje zajęć oraz zapewnia przedstawicielom podmiotów wsparcie merytoryczne w zakresie ich realizacji.

Celem tych działań jest ułatwienie organizacjom pozarządowym przystosowania swojej pracy do nowych wymogów.

Standaryzowanie jakości pracy jest zgodne z kierunkami wyznaczanymi przez Unię Europejską. Standardy zostały opracowane w oparciu o następujące przepisy prawne:

- ustawę z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 Nr 179, poz. 1485);
- ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.);
- ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133, poz. 883);
- EU Drugs Strategy, (2005–2012); Rada Unii Europejskiej, Bruksela, 19 maja 2005 rok 8652/1/05 REV 1;

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. 2006 Nr 132, poz. 931);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 roku w sprawie leczenia substytucyjnego. (Dz.U. 1999 Nr 77, poz. 873) z dnia 24 września 1999 roku ze zmianami z dnia 13 maja 2004 roku (Dz.U.04.128.1349);
- kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku wraz z późn. zm.;
- ustawę z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 01.126.1384) z dnia 31.10.2001 wraz z późn. zm. z 1.04.2003;
- Standardy realizacji działań profilaktycznych oraz działań z zakresu pomocy osobom uzależnionym, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii: www.kbpn.gov.pl/standard_prof.htm

Standardy organizowania i prowadzenia programów z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych realizowanych przez podmioty na terenie gminy Wrocław

Standard nr 1

Realizacja zadań (wymagania lokalowe i wyposażenie).

Opis standardu

Podmiot powinien dysponować lokalem umożliwiającym realizację zadań statutowych oraz wyposażeniem zapewniającym możliwość realizacji podjętych działań.

Wskaźniki standardu

1. Lokal na zewnątrz jest oznaczony poprzez szyld zawierający nazwę własną placówki, nazwę podmiotu, dokładny adres i nr telefonu oraz godziny otwarcia. Szyld znajduje się w widocznym miejscu, powinien zawierać informację o współfinansowaniu ze środków gminy oraz logo miasta.
2. Pomieszczenia lokalu dostosowane są do rodzajów realizowanych zadań i potrzeb uczestników.
3. Pomieszczenia oraz otoczenie lokalu są czyste i estetyczne.
4. Lokal i jego pomieszczenia przystosowane są dla osób niepełnosprawnych.
5. Dla klientów oraz realizatorów dostępne są sanitaria, a jeśli to wynika ze specyfiki programu również łazienka.
6. Wszystkie pomieszczenia są czytelnie oznakowane.
7. Dla punktu konsultacyjnego obowiązują ww. wskaźniki.
8. Dla oddziału dziennego obowiązują ww. wskaźniki oraz wymagania zgodne z przepisami NFZ.
9. Dla poradni metadonowej obowiązują ww. wskaźniki, wymagania zgodne z przepisami NFZ oraz z rozporządzeniem o leczeniu substytucyjnym.
10. Podmiot powinien dysponować komputerem, telefonem i faxem, dostępem do Internetu.

Mierniki standardu

1. Posiadanie pomieszczenia do pracy indywidualnej zapewniającego komfort kontaktu z klientem.

2. Posiadanie pomieszczeń o odpowiedniej powierzchni i z odpowiednim wyposażeniem (odpowiednia ilość krzeseł lub materaców) do prowadzenia zajęć grupowych.
3. Ilość pomieszczeń sanitarnych, w tym przystosowanych dla niepełnosprawnych.
4. Posiadanie podjazdu dla niepełnosprawnych.
5. Czystość i estetyka pomieszczeń i otoczenia lokalu.
6. Estetyka i widoczność szyldu podmiotu.
7. Posiadanie komputera, dostępu do Internetu, telefonu, faksu.

Standard nr 2

Dokumentacja programu.

Opis standardu

Podmiot prowadzi dokumentację działań merytorycznych oraz dokumentację finansową prowadzonej działalności, którą w razie potrzeby ma obowiązek udostępnić sponsorom i instytucjom zlecającym realizację zadań. Podmiot ma obowiązek umożliwić sponsorom i instytucjom zlecającym realizację zadań przeprowadzenie wizytacji i kontroli merytorycznej realizowanych działań.

Wskaźniki standardu

1. Sposób dokumentacji zadań umożliwia monitorowanie ich realizacji:
ustalony jest system dokumentacji,
zostały opracowane i są używane wzory dokumentów do opisywania działań,
ustalony jest obieg i sposób nadzoru nad wypełnianiem dokumentów merytorycznych.
2. Zapewnione są warunki do przechowywania dokumentacji finansowej i merytorycznej programu.
3. Dane dotyczące uczestników programów, narzędzia diagnozy, testy psychologiczne i pedagogiczne wykorzystywane przez specjalistów w ramach programów są właściwie przechowywane i zabezpieczone przed

wykorzystywaniem przez osoby nieupoważnione zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Mierniki standardu

1. Stosowanie narzędzi sprawozdawczości własnych oraz wymaganych przez UM oraz wypracowanych w roku 2007.
2. Posiadanie zamykanej szafy, biurka itp. do przechowywania dokumentacji.

Standard nr 3

Równość szans odbiorców uczestniczenia w programach.

Opis standardu

Programy z zakresu rozwiązywania problemów narkotykowych są dostępne dla wszystkich. Programy te są wolne od jakichkolwiek uprzedzeń i niesprawiedliwości.

Wskaźniki standardu

1. Zasady przyjmowania uczestników do programów są ustalone i umożliwiają równy dostęp do oferty.
2. Podmiot zapewnia wszystkim uczestnikom atmosferę bezpieczeństwa, dyskrecji, poszanowania praw, a realizatorzy przestrzegają praw dziecka, praw pacjenta, praw obywatelskich, Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologów oraz grup zawodowych, których reprezentanci są realizatorami zadań.
3. Realizatorzy programów udzielają pomocy wszystkim odbiorcom programów. Udzielana pomoc i jej zakres nie zależą od pozycji społecznej klienta, jego sytuacji materialnej, systemu wartości, rasy, narodowości, wieku. Pomoc jest udzielana, jeżeli potrzeby i oczekiwania uczestnika są zgodne z misją podmiotu.

Mierniki standardu

1. Ustalenie i prowadzenie na piśmie w dokumentacji programu zasad przyjmowania uczestników do realizowanych zadań.
2. Stosowanie wystandaryzowanego narzędzia do mierzenia stopnia zadowolenia klienta przygotowanego przez UM.

Standard nr 4

Konstrukcja programu.

Opis standardu

Programy konstruowane są w oparciu o aktualną wiedzę dotyczącą problematyki uzależnienia od narkotyków, przy uwzględnieniu potrzeb rozwojowych i emocjonalnych oraz bezpieczeństwa uczestników. Przy konstrukcji programu określone są narzędzia oceny skuteczności i efektywności programu.

Wskaźniki standardu

Opis programu merytorycznego zawiera następujące dane:

1. Informacje formalne:
tytuł programu, nazwiska autorów programu, nazwiska osób odpowiedzialnych za realizację programu, kompetencje realizatorów programu, poświadczony stosownym dokumentem, nazwa i status podmiotu realizującego, adres siedziby, miejsca realizacji, termin realizacji programu.
2. Założenia programu:
wstępne oszacowanie problemu i uzasadnienie przez podmiot potrzeby realizacji danego programu w odniesieniu do terenu.
3. Wskazanie i opisanie grupy beneficjentów, do której adresowany jest program w oparciu o dane z lat poprzednich oraz inne dostępne źródła.
4. Cel główny programu.
5. Cele szczegółowe.
6. Opisane zadania do realizacji.
7. Dobór form, rodzajów działań i uzasadnienie ich wyboru.
8. Roczny harmonogram realizacji zadań zgodny z wymaganiami formalno-prawnymi Wydziału Finansów i Budżetu Gminy.
9. Sposób ewaluacji:
monitorowanie przebiegu programu;
ocena efektów programu – narzędzia, źródła danych, wskaźniki.
10. Szczegółowy budżet programu.
11. Programy profilaktyczne przeznaczone dla dzieci i młodzieży ukierunkowane na zmiany postaw i zachowań powinny być realizowane równolegle z zajęciami dla rodziców.
12. Każdorazowo uzyskiwana jest pisemna zgoda uczestników na udział w programie terapeutycznym (a w przypadku uczestników nieletnich – pisemna zgoda rodziców na udział dzieci).

Mierniki standardu

1. W przypadku działań grupowych lista uczestników powinna znajdować się w dokumentacji pracy grupy.
2. Używanie wystandaryzowanych narzędzi ewaluacji.
3. W przypadku nieletnich zgoda rodziców w formie pisemnego oświadczenia na udział dziecka w programie.
4. W przypadku terapii grupowej lub indywidualnej zawarcie pisemnego kontraktu z uczestnikiem.

Na wniosek Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, urzędy marszałkowskie powołały w latach 2001–2002 sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, która została zinstytucjonalizowana w roku 2005 na mocy zapisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

SIEĆ EKSPERTÓW WOJEWÓDZKICH DS. INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII: STRUKTURA, ZADANIA I FUNKCJE

Marta Struzik

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

Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej dotyczącej narkotyków i narkomanii, jak również planowanie i podejmowanie aktywności związanych z przeciwdziałaniem narkomanii wymaga uwzględnienia zróżnicowania terytorialnego Polski. Wykorzystanie informacji dla potrzeb danego województwa związane jest zatem z zebraniem danych na poziomie regionalnym oraz lokalnym, w podziale na województwa i gminy. Odzwierciedlenie kontekstu społecznego, ekonomicznego i kulturowego danego regionu w rezultacie pozwala na wdrażanie skutecznych strategii rozwiązywania problemów spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. W odpowiedzi na te potrzeby, na wniosek Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, urzędy marszałkowskie powołały w latach 2001–2002 sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, która została zinstytucjonalizowana w roku 2005 na mocy zapisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U.2005.179.1485).

Zadania i funkcje Ekspertów Wojewódzkich

Sieć tworzy 16 Ekspertów, którzy prowadzą aktywności w różnych regionach kraju (zgodnie z podziałem administracyjnym Polski). Ekspertów Wojewódzkich powołują i odwołują samorządowe władze województw, dla których stanowią oni wsparcie informacyjne i doradcze w obszarze kształtowania polityki regionalnej.

Zgodnie z art. 9 ust. 7 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do zadań Eksperta Wojewódzkiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, realizowanych na terenie województwa ze środków określonych w budżecie samorządu województwa, należy:

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

Eksperci Wojewódzcy w większości są pracownikami urzędów marszałkowskich, często są to również osoby będące pełnomocnikami zarządu województwa. Eksperci umiejscowieni są w Departamentach Zdrowia, Wydziałach Zdrowia i Polityki Społecznej oraz Centrach Polityki Społecznej, a także pracują w Regionalnych Ośrodkach Polityki Społecznej lub ośrodkach leczenia uzależnień. Mianowani Eksperci Wojewódzcy w ramach swojej pracy w urzędach marszałkowskich zajmują się nie tylko problematyką narkotyków i narkomanii, ale także m.in. rozwiązywaniem problemów alkoholowych i HIV/AIDS.

Zasady współpracy Ekspertów Wojewódzkich z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Eksperci Wojewódzcy ściśle współpracują z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, które stanowi dla nich podmiot koordynujący. Centrum należy do sieci REITOX Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie. Powołanie Centrum Informacji miało ścisły związek z akcesją Polski do Unii Europejskiej, ponieważ prawne regulacje wspólnotowe zobowiązują kraje członkowskie do gromadzenia, analizowania i rozpowszechniania danych dotyczących narkotyków i narkomanii. W Polsce Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii usytuowane jest w strukturze Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Głównym zadaniem Centrum jest stały monitoring sytuacji epidemiologicznej, sceny narkotykowej oraz działań będących odpowiedzią na zdiagnozowane problemy, także w postaci zinstytucjonalizowanych aktywności w zakresie profilaktyki i leczenia. Dzięki wnikliwej analizie w obszarze narkotyków i narkomanii, dostarczane są wnioski i rekomendacje użyteczne dla polityki zdrowotnej i społecznej, działaczy społecznych, profesjonalistów zajmujących się profilaktyką, leczeniem, redukcją podaży narkotyków, redukcją szkód oraz rozwiązywaniem problemu narkomanii.

W ramach ciągłej współpracy Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii organizuje corocznie dwa spotkania krajowe z Ekspertami Wojewódzkimi. Spotkania odbywają się w formie konferencji, której celem jest wymiana doświadczeń między Ekspertami Wojewódzkimi w zakresie działań i obowiązków ustawowych, prowadzenie konsultacji, przekazywanie dostępnych danych oraz najnowszych wyników badań. Ostatnio podejmowaną kwestią było także uregulowanie zasad współpracy pomiędzy Ekspertami a Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii oraz zaprezentowanie stanu bieżących prac w zakresie monitoringu lokalnego.

Pierwsze spotkanie Ekspertów odbyło się w Krakowie w 2002 roku, do tej pory zorganizowano łącznie 12 spotkań, które stanowią platformę wzajemnej komunikacji, ustalania priorytetów oraz rozwiązywania problemów. Spotkania mają także charakter szkoleniowy. Eksperci krajowi i zagraniczni uczestniczą w nich jako trenerzy.

W ramach wsparcia Ekspertów w codziennych działaniach, Centrum Informacji dystrybuuje materiały informacyjne Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

W ramach projektów szkoleniowych dotyczących systemów monitorowania wskaźników epidemiologicznych zjawiska narkomanii, zorganizowano trzy seminaria zagraniczne (Portugalia, Francja, Niemcy). Ostatnia wizyta studyjna odbyła się w dniach 23-27 kwietnia 2007 roku w Hamburgu oraz we Frankfurcie nad Menem w Niemczech, a jej celem było zapoznanie Ekspertów Wojewódzkich z niemieckim systemem zbierania danych oraz ze sposobami prowadzenia dokumentacji w niemieckich palcówkach świadczących pomoc osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Wizyta odbyła się w ramach programu Transition Facility 2004 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym”, projekt Twinning Light (PL2004/IB/JH/01/TL2004/016-829.05.01.01), współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej i rządu RP.

Główne obszary współpracy pomiędzy Ekspertami Wojewódzkimi i Centrum Informacji dotyczą przygotowania raportu wojewódzkiego prezentującego wyniki monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w województwie oraz działania podejmowane na terenie regionu w odpowiedzi na zdiagnozowane problemy. Raporty sporządzane przez Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii prezentują sytuację w obszarze zagrożenia narkomanią w 16 regionach Polski w danym roku. Rekomenduje się, aby przedstawiać w raportach jak najbardziej aktualne dane oraz statystyki odnoszące się do poruszanej problematyki. Wartościowe jest także przeprowadzanie porównań oraz pogłębionych analiz tematycznych w stosunku do danych z lat ubiegłych. Z uwagi na aspekt funkcjonalny raportów, zaleca się dokonywanie szacowań w zakresie stopnia zaspokojenia bieżących potrzeb oraz umieszczanie propozycji rozszerzenia posiadanych w województwie zasobów. Może to bowiem stanowić źródło cennych rekomendacji do planowania dalszych działań i tworzenia wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii. Centrum Informacji opracowało szczegółowy przewodnik do sporządzania raportu z precyzyjnym określeniem zawartości merytorycznej rozdziałów, określeniem wskaźników oraz wskazaniem źródeł danych.

Oprócz sporządzenia powyższych sprawozdań Eksperci Wojewódzcy zajmują się także koordynacją zbierania danych z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za dany rok sprawozdawczy z gmin poszczególnych województw. Gminy wypełniają kwestionariusze sprawozdawcze, które stanowią ważne źródło informacji o działaniach prowadzonych przez władze lokalne w obszarze profilaktyki, rehabilitacji, postrehabilitacji, redukcji szkód oraz kosztów wydatkowanych na realizację KPPN. Informacje te uwzględniane są w sprawozdaniu z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, które jest przedstawiane Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej.

Otwartą pozostaje kwestia sporządzenia porozumień między urzędami marszałkowskimi a Krajowym Biurem, regulujących zasady współpracy między Ekspertami Wojewódzkimi a Centrum Informacji. Celem porozumienia byłoby doprecyzowanie zapisów ustawy oraz wzmocnienie roli Ekspertów poprzez określenie praw i obowiązków oraz dookreślenie ich zadań. Porozumienie powinno zawierać: podstawy prawne działalności Eksperta, zakres obowiązków oraz działania (raporty, zbieranie danych), jak również przywileje. Jednakże różne usytuowanie stanowiska Eksperta w strukturze urzędu marszałkowskiego utrudnia przygotowanie jednego wzoru dokumentu dla wszystkich województw. Podpisanie porozumienia będzie wymagało długich negocjacji z każdym z województw dotyczących zarówno kwestii merytorycznych, jak i prawnych.

Rzecznik sieci Ekspertów Wojewódzkich

Aby wzmocnić i rozwijać sieć Ekspertów Wojewódzkich, zaproponowano w tym roku wyłonienie w drodze demokratycznego wyboru osoby pełniącej funkcję rzecznika sieci Ekspertów. Funkcja ta zakłada usprawnienie współpracy i poprawę pozycji Ekspertów. Dzięki niej planuje się sformalizowanie sieci Ekspertów i stworzenie nowych kanałów informacji, które będą służyć wymianie doświadczeń oraz prezentacji sytuacji w danym województwie. Rzecznik prezentowałby stanowisko Ekspertów, a z drugiej strony przekazywałby Ekspertom ważne informacje zebrane podczas konferencji i seminariów.

Pierwszym rzecznikiem sieci Ekspertów Wojewódzkich została wybrana Marta Mordarska, Ekspert

Województwa Małopolskiego, Pełnomocnik Zarządu Województwa Małopolskiego do spraw Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Ustalono, że kadencja rzecznika będzie obejmować jeden rok. Pierwszy rok działalności rzecznika służyć będzie m.in. doprecyzowaniu zakresu zadań i obowiązków, a także zebraniu oczekiwań wobec nowej funkcji. Zwyczajowo jedno z dwóch corocznych spotkań Ekspertów odbywać się będzie na terenie województwa Rzecznika. Rzecznik będzie odpowiedzialny za reprezentowanie sieci Ekspertów na spotkaniach organizowanych przez Krajowe Biuro. W porozumieniu z Ekspertami może on również inicjować nowe kierunki aktywności. Eksperci zaakcentowali potrzebę przeprowadzania spotkań wewnętrznych z rzecznikiem celem podzielenia się swoimi doświadczeniami, wątpliwościami, sukcesami czy potrzebami. Planuje się zatem zwiększenie aktywności sieci Ekspertów Wojewódzkich, poprawę jakości ich działań oraz wzmocnienie wsparcia dla Ekspertów Wojewódzkich, szczególnie w obliczu nowego zadania, jakim jest monitoring lokalny. Rzecznik Ekspertów Wojewódzkich mógłby wspierać Centrum Informacji przy organizowaniu corocznych spotkań, inicjować współpracę pomiędzy województwami, brać udział w organizowanych przez Centrum Informacji spotkaniach, konferencjach i seminariach, które mogą dotyczyć Ekspertów, a następnie przekazywać uzyskane informacje.

Nowe wyzwania dla sieci Ekspertów Wojewódzkich

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii planuje wdrożenie intensywnego wsparcia informatycznego dla Ekspertów w postaci strony internetowej o ograniczonym dostępie jako platformy wymiany informacji, gdzie będzie można znaleźć pliki do pobrania (programy spotkań, kwestionariusze KPPN, zbiory danych i inne) oraz do zamieszczania na stronie (zgłoszenia na szkolenia i wyjazdy, przekazywanie danych liczbowych dotyczących zjawiska narkotyków i narkomanii, raportów wojewódzkich i inne). Każdy z Ekspertów byłby administratorem własnego obszaru tematycznego. Dodatkowo system generowałby powiadomienie poprzez pocztę e-mailową o umieszczeniu nowych treści na stronach o ograniczonym dostępie, tak aby każdy Ekspert mógł się zapoznać z aktualną sytuacją.

W związku ze szkoleniami realizowanymi przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej w ramach programu twinningowego „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w zapobieganiu narkomanii na poziomie lokalnym”, adresowanego do gminnych samorządów oraz społeczności lokalnych, planuje się dalszy udział Ekspertów Wojewódzkich w szkoleniach dotyczących tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. W ramach powyższych szkoleń powstają Fora Koordynatorów i Realizatorów GPPN przy Regionalnych Ośrodkach FRDL, których celem jest kontynuowanie prac nad tworzeniem gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.

Należy także zwrócić uwagę na nowy obszar działania Ekspertów, jakim jest tworzenie sieci współpracy na poziomie gmin w ramach monitoringu lokalnego. Idea monitoringu lokalnego zakłada zbieranie informacji

na temat sytuacji dotyczącej narkotyków i narkomanii w poszczególnych województwach na poziomie regionalnym i lokalnym. Kolejne konferencje Ekspertów Wojewódzkich mają sprzyjać zdobywaniu dalszej wiedzy w tym obszarze.

Bibliografia

Malczewski A., „Zasady współpracy CINN z siecią Ekspertów Wojewódzkich. Materiały z XII Konferencji Ekspertów Wojewódzkich 09-11 lipca 2007 r. w Krakowie”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Warszawa 2007.

Sierosławski J., „Systemy informacji o narkotykach i narkomanii w Polsce i Niemczech” (w:) Zapobieganie narkomanii. Doświadczenia współpracy bliźniaczej Polski i Niemiec (red.) Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2006.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U.2005.179.1485) <http://www.narkomania.gov.pl/>

OGŁOSZENIE

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację w roku 2008 zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Wykaz zadań konkursowych oraz środki finansowe przeznaczone na ich realizację.

Nr	Nazwa zadania	Środki finansowe w roku 2007 (zł)	Środki finansowe w roku 2008 (zł)
1.	Równieśnicza edukacja zdrowotna	190 600	250 000
2.	Wsparcie programów profilaktyki narkomanii w środowisku akademickim	57 000	40 000
3.	Programy profilaktyczne dla osób zagrożonych uzależnieniem, eksperymentujących z narkotykami	3 330 160	3 050 000
4.	Programy wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję	882 000	880 000
5.	Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych uzależnieniem, używających i uzależnionych od narkotyków	481 240	500 000
6.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków	120 000	150 000
7.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków	350 000	370 000
8.	Programy wspierające leczenie substytucyjne	20 000	50 000
9.	Programy dla osób uzależnionych będących rodzicami	34 000	60 000
10.	Programy profilaktyki narkomanii w miejscu pracy	0	30 000
11.	Szkolenie „Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych”	35 000	40 000
12.	Szkolenie „Doskonalenie metod i technik pracy w obszarze ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych”	10 000	15 000
13.	Szkolenie „Metody diagnozy w obszarze uzależnienia”	0	15 000
14.	Publikacje o charakterze informacyjno-edukacyjnym	250 000	250 000
15.	Publikacja „Serwis Informacyjny. Narkomania”	60 000	60 000
16.	Ewaluacja programów specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych	0	55 000
17.	Poradnia internetowa	80 000	0

Kwota środków publicznych przeznaczonych w roku 2008 na realizację zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu wynosi 5 815 000 zł.

Ogólna kwota środków publicznych przeznaczonych na realizację zadań w roku 2007 wyniosła 5 900 000 zł.

Ogólna kwota środków publicznych przeznaczonych na realizację zadań w roku 2006 wyniosła 5 960 000 zł.

Szczegółowe warunki konkursu oraz regulamin postępowania Komisji Konkursowej wraz z wzorami wymaganych dokumentów są dostępne na stronie internetowej Biura: www.narkomania.gov.pl oraz w siedzibie Biura w Warszawie przy ul. De-reniowej 52/54.

W pozostałych kwestiach nieunormowanych wymienionym regulaminem zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązujące.

Termin składania ofert upływa z dniem 26 października 2007 r.

Oferty w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach powinny być dostarczone osobiście lub pocztą do siedziby Krajowego Biura ul. Dereniowa 52/54 02-776 Warszawa. Oferty, które wpłyną po ww. terminie, nie będą brały udziału w konkursie.

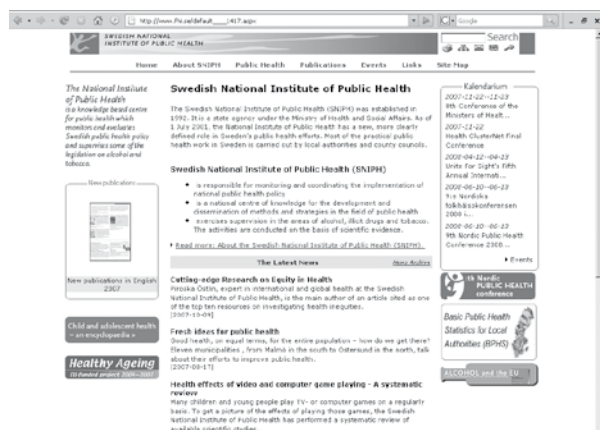
Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez dyrektora Biura, uwzględniając:

- 1) możliwości realizacji zadania przez oferenta,
- 2) kalkulację kosztów realizacji zadania, w szczególności w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,
- 3) ocenę jakości programu merytorycznego, w tym rekomendacje i opinie organów administracji i jednostek samorządu terytorialnego,
- 4) wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania.

Komisja dokona wyboru ofert w terminie do dnia 21 grudnia 2007 r.

INTERNET. WYBRANE „NARODOWE PUNKTY OBSERWACYJNE”

Narodowe punkty obserwacyjne (National Focal Points) pełnią podwójną rolę: z jednej strony – stanowiąc element Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – są „ambasadorami” EMCDDA w danym kraju, z drugiej – zbierają informacje na temat narkotyków i przekazują je do swojej europejskiej centrali.



SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH – SZWECJA

Szwedzki Punkt Obserwacyjny ds. Narkotyków i Narkomanii mieści się w strukturach *Swedish National Institute of Public Health*, który istnieje od roku 1992. Do priorytetowych zadań SNIPH należy nadzór nad realizacją polityki zdrowotnej w obszarze prewencji narkotykowej, alkoholowej i nikotynowej. W ramach działalności został w strukturze placówki wyłoniony zespół zajmujący się statystyką publiczną związaną z alkoholem oraz narkotykami, a także dział badawczy, analizujący zjawisko na poziomie krajowym i współpracujący z EMCDDA.

Rozbudowana wersja angielska strony internetowej prezentuje Narodową Strategię w Obszarze Zdrowia Publicznego, w której zawarte są również priorytety dotyczące prewencji narkotykowej i badań nad zjawiskiem. Na stronie znajdziemy także encyklopedię zdrowia publicznego dla młodzieży i dorosłych z wyszukiwarką artykułów, doniesienia z konferencji krajowych i zagranicznych, publikacje, raporty i prezentacje w języku angielskim, podsumowania szwedzkich badań nad problema-

tyką uzależnień, w tym dane epidemiologiczne. Instytut prowadzi też szeroką działalność wydawniczą w języku angielskim. Na stronie www.fhi.se/shop/index.asp?lang=eng istnieje sklep internetowy, w którym można kupić bądź zamówić bezpłatne publikacje w języku angielskim i szwedzkim. Ponieważ nie sposób wymienić wszystkich zasobów (także w jęz. angielskim) strony www.fhi.se, zapraszam do jej odwiedzenia.



DRUG CONTROL DEPARTMENT – LITWA

Departament Nadzoru ds. Problematyki Narkotykowej powstał na Litwie w 2003 roku. Na stronie www.nkd.lt/index.php?id=1-0-0 znajdziemy Narodową Strategię Antynarkotykową, raporty dotyczące sytuacji narkotykowej na Litwie w latach 1998–2006, raporty roczne dla EMCDDA, litewski raport z badań ESPAD oraz wiele innych. W wersji angielskiej w dziale „Fakty i liczby” opublikowane są skrócone podsumowania epidemiologiczne oraz raporty na temat przestępczości narkotykowej.

Rozbudowany dział prawny prezentuje ustawy, konwencje, rezolucje Sejmu i rządowe rozporządzenia. Na stronie znajdziemy także informacje na temat Międzynarodowego Forum Państw Regionu Bałtyckiego dotyczące Problemu Narkotykowego, któremu oprócz litewskiego rządu patronuje też United Nations Office on Drugs and Crime.



HUNGARIAN NATIONAL FOCAL POINT – WĘGRY

Hungarian National Focal Point znajdziemy na stronie www.drogfokuszpont.hu/dfp.web. Oprócz informacji na temat NFP, znajdziemy tutaj statystyki i raporty w ramach współpracy z EMCDDA. Na podstronie z zakresu polityki antynarkotykowej prezentowane są węgierskie rozwiązania prawne oraz narodowa strategia antynarkotykowa. Na stronie znajdziemy także artykuły omawiające raport ESPAD (2003), informacje na temat projektu *Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA)* – wraz z opublikowanymi newsletterami oraz kontaktem do administratora bazy danych. Na stronie zamieszczane są newslettery w ramach Drugnet Europe i podstawowe informacje na temat *Systemu Wczesnego Ostrzegania o Narkotykach Syntetycznych* wdrażanego przez węgierski Focal Point. Węgierska wersja strony zawiera forum dla specjalistów.

INTERNET. WYBRANE „NARODOWE PUNKTY OBSERWACYJNE”



HEALTH RESEARCH BOARD – IRLANDIA

Health Research Board jest główną agendą w Irlandii, wspierającą i finansującą badania w zakresie polityki zdrowotnej, portal zaś jest internetową platformą informacyjną. Celem instytucji jest przede wszystkim formułowanie na podstawie badań priorytetów narodowej polityki zdrowotnej w różnych dziedzinach, w tym polityki związanej z przeciwdziałaniem narkomanii. Badania mają także na celu tworzenie strategii skuteczniejszego systemu ochrony zdrowia w Irlandii. Prezentowane na stronie badania można podzielić na trzy kategorie: badania dotyczące zarządzania systemem (w tym zarządzania zasobami ludzkimi); badania dotyczące rozwoju struktury samego systemu opieki zdrowotnej w kraju oraz badania nad polityką zdrowotną, oceną polityki oraz relacji międzynarodowych. Na stronie, oprócz informacji o HRB oraz informacji na temat sposobu aplikacji o granty, znajdziemy różne publikacje, w tym *Drugnet Ireland* – periodyk on-line na temat obecnej sytuacji sceny narkotykowej, a także link do on-lineowej biblioteki (*The Cochrane Library*), w której można znaleźć dużą liczbę publikacji badawczych nie tylko z Irlandii. Krajowe

publikacje internetowe dotyczące używania narkotyków można znaleźć poprzez hiperłącze z dedykowaną stroną *National Documentation Centre on Drug Use*. Baza danych publikacji (Library > NDC Database) jest podzielona tematycznie według słów kluczowych (np. metadon, polityka narkotykowa, profilaktyka, narkotyki i przestępczość, heroina, leczenie, młodzież a narkotyki, alkohol, edukacja zdrowotna, choroby towarzyszące narkomanii). Warto także w ramach strony NDC odwiedzić sekcję linków do stron europejskiego piśmiennictwa naukowo-badawczego na temat narkotyków. Zapraszamy na stronę: www.hrb.ie.



THE GREEK REITOX FOCAL POINT – GRECJA

Stronę *The Greek Reitox Focal Point* możemy znaleźć pod adresem www.ektepn.gr. Greckie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii zostało powołane w ramach sieci 26 narodowych obserwatoriów i znajduje się w strukturach Uniwersyteckiego Instytutu Badań nad Zdrowiem Psychicznym (UMHRI). Na stronie, oprócz opisu celów i misji Focal Pointa, znajdziemy dane epidemiologiczne, informacje na temat greckiego prawa antynarkotykowego, raporty z badań krajowych, bazę danych Systemu Wczesnego Ostrzegania (w strefie zastrzeżonej), a także bibliografię publikacji greckich, europejskich oraz wydanych przez WHO. Na szczególną uwagę zasługuje on-lineowa baza danych prac naukowo-badawczych – udostępnionych w sferze zastrzeżonej i gromadzących badania już od roku 1975. Bibliografia greckich badań jest w języku angielskim.

Na stronie możemy także znaleźć informacje o bieżących programach europejskich, w których grecki FP bierze udział. Strona *The Greek Reitox Focal Point* odsyła nas również do portalu Elisad (www.addictionsinfo.eu), opisywanego w poprzednim Serwisie.

Wyboru dokonał: Tomasz Zakrzewski, KBPN



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

Pismo bezpłatne