



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (39) 2007

NR 4

2007

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

WYWIAD Z WOLFGANGIEM GÖTZEM, DYREKTOREM EMCDDA..... 1

Badania, raporty

KONFERENCJA „CZŁOWIEK ŻYJĄCY Z HIV W RODZINIE I SPOŁECZEŃSTWIE” 4

SPRAWOZDANIE ROCZNE EMCDDA

Artur Malczewski..... 5

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ..... 9

Współpraca międzynarodowa

MIĘDZYINSTYTUCJONALNE SPOTKANIE KOORDYNACYJNE

Piotr Jabłoński..... 9

UDZIAŁ POLSKI W EUROPEJSKIM PROJEKCIE „FRED GOES NET”

Agata Kręt..... 11

KALENDARIUM WYDARZEŃ..... 12

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

NOWY SYSTEM ZBIERANIA DANYCH Z PLACÓWEK LECZNICZYCH

Ewa Sokółowska 13

PO KL – PROCEDURY SKŁADANIA PROJEKTÓW, KRYTERIA KONKURSOWE

Michał Bonin..... 16

Profilaktyka

PILNUJ DRINKA

Danuta Muszyńska 21

LOKALNA KAMPANIA SPOŁECZNA – PRAKTYCZNE ASPEKTY REALIZACJI

Tomasz Zakrzewski..... 22

Badania, raporty

BADANIA Z OBSZARU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE

Marta Struzik, Michał Kidawa..... 27

STRUKTURA OSOBOWOŚCI I POZIOM NADZIEI NA SUKCES U OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY W OŚRODKACH MONAR

Jarosław Jastrzębski, Małgorzata Kruk..... 33

Wydarzenia

WIZYTY W RAMACH WSPÓŁPRACY UNDP I W RAMACH PROJEKTU EC/UNDP

Marta Struzik..... 39

SPOTKANIE KRAJOWYCH KOORDYNATORÓW DS. NARKOTYKÓW

Łukasz Jędruszak..... 40

Społeczności lokalne, regiony

LOKALNY MONITORING: CELE, ZAŁOŻENIA I KONCEPCJA

Artur Malczewski..... 42

PODSUMOWANIE PROJEKTU „WSPARCIE REGIONALNYCH I LOKALNYCH SPOŁECZNOŚCI W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII”

Bogusława Bukowska 45

Prezentacje

NOWA PUBLIKACJA EMCDDA

Michał Kidawa..... III okładka

Wywiad został przeprowadzony w trakcie XIV konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” w Warszawie, podczas której Wolfgang Götz zaprezentował „Sprawozdanie roczne 2007 o stanie problemu narkotykowego w Europie”.

WYWIAD Z WOLFGANGIEM GÖTZEM, DYREKTOREM EMCDDA



– *Pierwsze ogólne pytanie od naszych czytelników: jaką rolę w Unii Europejskiej spełnia Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)?*

– EMCDDA ma na celu dostarczenie Unii Europejskiej i jej krajom członkowskim obiektywnych i wiarygodnych

informacji dotyczących problemu narkotyków i narkomanii, lub inaczej, ma zapewniać niezbędne dane, które będą podstawą dla procesu kreowania polityki narkotykowej. Współpracujemy z decydentami (ang. *policy makers*) zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim oraz z reprezentantami innych grup docelowych, np. specjalistami uzależnień, naukowcami, a także mediami.

– *Kto należy do najważniejszych partnerów sieci EMCDDA?*

– Najważniejszymi partnerami są punkty referencyjne (ang. National Focal Points) w krajach członkowskich, takie jak Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹ w Polsce. Uważam, że taka sieć krajowych punktów referencyjnych jest unikalna i żadna inna organizacja nie posiada tak stabilnej struktury nastawionej na wspólny rozwój oraz systemu gromadzenia danych działającego w oparciu o uzgodnione standardy i metodologię ich zbierania. Punkty referencyjne są jednocześnie partnerem w zakresie rozpowszechniania informacji EMCDDA na poziomie krajowym.

– *Jakich zmian możemy oczekiwać w odniesieniu do sieci punktów referencyjnych?*

– Przede wszystkim należy stwierdzić, że system ten działa bardzo dobrze. Oczywiście działalność sieci punktów (noszącej nazwę sieci Reitox) powinna nieustannie się rozwijać. Myślę, że jest wiele elementów, które w sposób stały powinny usprawniać nasze procedury gromadzenia danych. Musimy wspólnie działać w tym zakresie, upewniając się, że nie wymagamy od krajowych punktów referencyjnych żadnych informacji, z których nie będziemy docelowo korzystać, mając stale na uwadze rozwój EMCDDA i rozwój obszarów zbierania danych, co pozwoli aktywnie uzupełniać nasz system danych o nowe elementy.

Drugim zagadnieniem jest brak pełnego wdrożenia systemu zbierania danych we wszystkich krajach członkowskich dotyczących pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA². Nie jest to winą punktów referencyjnych, jednak powinniśmy wspólnie z nimi i krajami członkowskimi poprawiać sytuację i starać się, by system zbierania danych związanych z kluczowymi wskaźnikami coraz lepiej funkcjonował w każdym z państw.

– *Czy według Pana owe pięć wskaźników wystarcza do monitorowania sceny narkotykowej w Europie?*

– Nie możemy korzystać tylko z pięciu wskaźników. Należy wspomnieć, że ta „piątka” stanowi liczbę symboliczną. Pięć głównych wskaźników wprowadziliśmy, jak pamiętam, ok. 1996 roku, gdy nasze prace były skoncentrowane na epidemiologii. Nadal jest to jeden z ważnych obszarów naszych zainteresowań, jednak ciągle rozwijane są działania prowadzone na innych polach. W odniesieniu do epidemiologii nie widzę potrzeby opracowywania dodatkowych wskaźników.

Co do innych tematów, to potrzebujemy wyraźniejszych wskaźników diagnozujących popyt i podaż, dotyczących np. cen, czystości narkotyków itp. Myślę, że takie wskaźniki będą dodawane. Czy nazwiemy je wskaźnikami kluczowymi, czy damy im inną nazwę, tego jeszcze nie wiem.

– Jaka jest polityka EMCDDA w stosunku do substancji innych niż narkotyki? Pytanie takie pojawia się np. w odniesieniu do użytkowników łączących narkotyki z substancjami dozwolonymi.

– Myślę, że należy rozważyć kilka spraw. Obecnie priorytetem są zmiany obowiązujących przepisów, które uzupełnią zadania EMCDDA o dodatkowe elementy. Myślę, że najważniejszy jest problem łączenia różnych narkotyków (ang. *polydrug*), a także wdrożenie najlepszych praktyk i usprawnienie komunikacji z krajami członkowskimi w odniesieniu do nowych trendów na scenie narkotykowej. Jeżeli chodzi o łączenie substancji, po raz pierwszy nasze działania dotyczą substancji dozwolonych, jednak wyłącznie w przypadku zażywania ich w połączeniu z substancjami niedozwolonymi. Sądzę, że na początku musimy się przyjrzeć kokainie łączonej z alkoholem oraz marihuanie w połączeniu z alkoholem. W tym zakresie głównie powinniśmy się skupiać na osobach młodych i bardzo młodych. Sądzę również, że inną ważną zmianą powinno być rozszerzenie analiz dotyczących używania narkotyków m.in. o dane odnoszące się do ich rozpowszechniania i ograniczania podaży.

– Chciałbym zapytać o Komitet Naukowy, ponieważ wiem, że w tym organie nastąpiły pewne zmiany. Jaka jest nowa rola Komitetu?

– Dotychczas w skład Komitetu Naukowego wchodziło 27 naukowców, po jednym z każdego kraju członkowskiego, wskazanych przez władze państwowe. Teraz nastąpiły zmiany. Przestała obowiązywać zasada obecności w tym organie reprezentanta każdego kraju członkowskiego. Komitet składa się z 15 naukowców, wybieranych na podstawie dwóch kryteriów. Pierwszym (i głównym) jest profesjonalizm kandydatów, drugim natomiast ich niezależność od krajów członkowskich. Dzisiaj koncentrujemy się wyłącznie na wyborze najlepszych kandydatów. We

wrześniu 2007 roku wystosowaliśmy zaproszenie do składania deklaracji zainteresowania współpracą (opublikowane w Dzienniku Urzędowym UE, promowane i publikowane również w specjalistycznych czasopiśmie naukowych). Otrzymaliśmy zgłoszenia od 72 osób³.

– Chciałbym również zapytać o Grupę Pompidou, ponieważ właśnie zakończyło się jej spotkanie. Jakie są możliwości współpracy Grupy Pompidou z EMCDDA i innymi instytucjami Unii Europejskiej?

– Grupa Pompidou była pierwszą organizacją europejską, która zaczęła opracowywać i monitorować problemy narkomanii i propagować wiedzę o metodach i działaniach, które należy podejmować w tym obszarze. Na przykład wskaźnik dotyczący zgłaszalności do leczenia, którym zajmuje się obecnie EMCDDA, jest parametrem wprowadzonym przez Grupę Pompidou. W miarę rozwoju EMCDDA i zwiększania się liczby państw członkowskich, wiele krajów UE częściej współpracuje z nami w zakresie problematyki narkomanii niż z Grupą Pompidou.

W oparciu o wyniki wieloletnich doświadczeń obu organizacji dotyczących podziału funkcji i jakości współpracy oraz zgodnie z zawartym porozumieniem, regularnie aktualizujemy plany działania i staramy się unikać dublowania podejmowanych zadań. Uważam, że pracy wystarczy dla obu instytucji, a Grupa Pompidou zajmuje się kilkoma bardzo ważnymi elementami, które są poza zainteresowaniem EMCDDA (należą do nich m.in. prawa człowieka, rozwój demokracji itp.). Ponadto Grupa Pompidou obejmuje swoim zakresem znacznie więcej państw członkowskich Rady Europy niż my. Uważam, że od ostatniego spotkania Rady Europy z Ministrem Grupy Pompidou ma ona stabilne perspektywy rozwoju. Nasza współpraca przebiega sprawnie i bez problemów. Myślę, że Polska może wiele osiągnąć, ponieważ Przewodniczący Zespołu Stałych Członków (ang. Permanent Correspondants) Grupy Pompidou, Piotr Jabłoński, jest jednocześnie członkiem Zarządu EMCDDA i Komitetu Wykonawczego EMCDDA, więc nie może być lepszego połączenia pomiędzy obiema instytucjami.

– O ile się orientuje, EMCDDA rozpoczęło współpracę z innymi krajami, szczególnie z Rosją. Czego można się spodziewać po tej współpracy?

– Pod względem regionalnym mamy jeden cel, na którym się koncentrujemy, czyli przede wszystkim kontakty z krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Następnie współpracujemy z krajami spoza Unii, które podpisując porozumienie z EMCDDA, stają się jej członkami. Obecnie jest to tylko Norwegia, ale porozumienie z Turcją będzie ratyfikowane przez władze tureckie w ciągu najbliższych kilku tygodni, a przed końcem 2007 roku lub na początku 2008 roku członkiem EMCDDA będzie również Chorwacja.

Drugim obszarem naszych zainteresowań jest strefa państw sąsiadujących z Unią Europejską i Rosją. Z Rosją sytuacja jest bardzo szczególna, ponieważ w strategii „Roadmap” dla obszaru sprawiedliwości, wolności i bezpieczeństwa uzgodnionej pomiędzy Rosją i Unią Europejską zawarto zapis określający, że EMCDDA i Federalne Służby Kontroli Narkotyków (FDCS) w Rosji, wraz z rosyjskim Ministerstwem Zdrowia, powinny ustalić warunki współpracy. Na tej podstawie, uzgodnionej na najwyższym szczeblu politycznym, wynegocjowaliśmy z rosyjskim FDCS porozumienie podpisane 26 października 2007 roku, przy okazji szczytu UE – Rosja. Miało to symboliczne znaczenie, ponieważ w Portugalii spotkali się wtedy przywódcy obu organizacji i Prezydent Rosji. Wspomniane porozumienie ustala pewne reguły dotyczące regularnego przekazywania informacji między stronami i możliwości wymiany specjalistów. Już teraz współpracujemy ze specjalistami i naukowcami z Rosji, którzy uczestniczą w roli obserwatorów w wielu spotkaniach dotyczących głównych wskaźników monitorowania sceny narkotykowej.

– Czy sądzi Pan, że w przyszłości może powstać w Rosji punkt referencyjny, tak jak w przypadku Norwegii?

– To, co nazywamy członkostwem w EMCDDA, oznacza podpisanie porozumienia pomiędzy Unią Europejską i danym krajem w zakresie współpracy lub partnerstwa i jest negocjowane przez dane państwo i Komisję Europejską, gdyż to Komisja posiada polityczny mandat do takich działań. Gdy pojawi się wniosek o członkostwo w EMCDDA, Komisja rozpocznie negocjacje i zobaczymy, jaki będzie ich rezultat.

– Jakie według Pana sukcesy odniosło EMCDDA w ostatnich dwóch, trzech latach?

– Myślę, że jest ich kilka. Po pierwsze, dzięki stworzeniu EMCDDA posiadamy obecnie we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej krajowy system monitoringu. Nie istniał on przed powołaniem tej instytucji. Nie było go w większości krajów członkowskich. Po drugie, stworzyliśmy wspólny język dyskusji o problemach związanych z narkotykami i narkomanią na poziomie Unii Europejskiej. Po trzecie, osiągnęliśmy wysoki poziom porównywalności danych dotyczących narkomanii, zbieranych w poszczególnych krajach europejskich. Obecnie jesteśmy w stanie przedstawić osobom odpowiedzialnym za tworzenie polityki obraz sytuacji narkotykowej w Europie. Dysponujemy także wiedzą na temat tego, jakie przedsięwzięcia i programy sprawdziły się w danym państwie, jaka była ich skuteczność. Przedstawiciele innych państw mogą się przyjrzeć „dobrym praktykom” i zastanowić, czy dane rozwiązanie może się przyjąć również u nich, biorąc oczywiście pod uwagę zróżnicowanie wynikające z kontekstu kulturowego, ekonomicznego i społecznego.

Dziękuję za rozmowę

Wywiad przeprowadził: Artur Malczewski

¹ Polski Focal Point powstał w 2002 roku. Rolę punktu referencyjnego pełni jeden z działów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

² Podstawowym elementem systemu zbierania danych EMCDDA jest pięć kluczowych wskaźników epidemiologicznych: 1. rozpowszechnienie i wzory używania narkotyków wśród całej populacji; 2. liczba problemowych użytkowników narkotyków; 3. rozpowszechnienie chorób zakaźnych (HIV, HCV); 4. zgony związane z narkotykami oraz umieralność wśród narkomanów; 5. zgłaszalność do leczenia z powodu problemu narkotykowego.

³ W skład Komitetu Naukowego EMCDDA wchodzi aktualnie również reprezentant Polski prof. Krzysztof Krajewski.

PROBLEMATYKA NARKOMANII PODCZAS KONFERENCJI „CZŁOWIEK ŻYJĄCY Z HIV W RODZINIE I SPOŁECZEŃSTWIE”



W dniach 28-30 listopada 2007 roku odbyła się w Warszawie XIV konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. W ramach obrad przeprowadzona została sesja plenarna poświęcona problematyce narkotyków i narkomanii. W czasie sesji – moderowanej przez Piotra Jabłońskiego, dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) – Wolfgang Götz, dyrektor Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), przedstawił „Sprawozdanie roczne 2007 o stanie problemu narkotykowego w Europie”. Komentarz do Sprawozdania, pokazujący sytuację dotyczącą narkomanii w Polsce na tle Europy na podstawie najnowszych badań, wygłosił Artur Malczewski, kierownik Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. Z kolei Edward Brożek, Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii woj. śląskiego, zaprezentował dane epidemiologiczne dotyczące zjawiska HIV/AIDS w kontekście iniekcyjnego używania narkotyków. Celem rocznych sprawozdań o stanie problemu narkotykowego w Europie jest – jak podkreślił Wolfgang Götz – dostarczanie Wspólnocie oraz państwom członkowskim rzetelnych, obiektywnych i porównywalnych informacji na temat zjawiska narkotyków i narkomanii w Europie. Z analizy najnowszych danych (z lat 2005–2006) dotyczących 29 krajów europejskich wynika, że:

- po trwającej ponad dekadę tendencji wzrostowej w używaniu narkotyków Europa wkracza obecnie w okres większej stabilizacji,
- nastąpił ogólny spadek popularności używania heroiny i dożylnego przyjmowania narkotyków,

- obserwuje się stabilizację w zakresie poziomu używania konopi indyjskich (niewielki wzrost m.in. na Węgrzech, Słowacji i w Norwegii), w niektórych krajach nastąpił spadek popularności tego narkotyku wśród młodzieży (m.in. w Wielkiej Brytanii i Hiszpanii), wyjątkiem są Włochy, gdzie notuje się istotny wzrost konsumpcji konopi wśród młodych dorosłych; szacunkowo 1% dorosłych Europejczyków, czyli ok. 3 mln osób, przyjmuje konopie codziennie lub prawie codziennie,
- zarejestrowano ponowny wzrost używania kokainy; w minionym roku używało jej szacunkowo 4,5 mln Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat); równocześnie zanotowano rekordową ilość skonfiskowanej kokainy,
- w 2005 roku odsetek przypadków przenoszenia wirusa HIV między osobami używającymi narkotyków dożylnie był niski w większości krajów UE, ale zarejestrowano 3,5 tys. nowych zakażeń, najwięcej w Portugalii – ok. 850 nowych zakażeń w 2005 roku,
- notuje się wysoki poziom zgonów związanych z narkotykami: 7-8 tys. zgonów rocznie wskutek przedawkowania, w najnowszych danych nie odnotowano tendencji spadkowej,
- rejestrowany jest wysoki stopień zakażeń HCV (wirus zapalenia wątroby typu C); wirusem HIV zakażonych jest ok. 200 tys. osób, które używały narkotyków dożylnie, natomiast wirusem HCV ok. 1 mln osób, które w ten sposób przyjmowały narkotyki.

Z przedstawionego przez Artura Malczewskiego porównania danych dotyczących Polski i Europy wynika, że:

- w Polsce obserwujemy relatywnie niskie na tle innych krajów UE rozpowszechnienie używania kokainy,
- używanie konopi jest w naszym kraju niższe niż w większości krajów UE; obserwujemy podobny trend jak w krajach UE – spadek używania tego narkotyku,

- najbardziej popularnym stymulantem w Polsce jest amfetamina, przy czym odnotowujemy spadek i stabilizację jej używania,
- w odniesieniu do zgonów z powodu narkotyków w Polsce występuje podobna tendencja do tej obserwowanej w UE – spadek, choć w 2005 roku nastąpił niewielki wzrost w porównaniu z rokiem 2004.

Edward Bożek podkreślił w swoim wystąpieniu spadkową tendencję zakażeń HIV wśród narkomanów w latach 1990–2005, przy jednoczesnym wzroście liczby osób uzależnionych leczonych stacjonarnie w latach 1990–2005, także leczonych pierwszy raz w życiu. Z danych zbieranych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych prowadzących testy w kierunku zakażenia HIV wynika, że odsetek zakażeń wykrytych w latach 2002–2006 plasuje iniekcyjnych użytkowników

narkotyków (32%) na drugim miejscu – za osobami heteroseksualnymi nieużywającymi narkotyków (39%), a przed homoseksualistami nieużywającymi narkotyków (24%).

Informacje przekazane w trakcie sesji plenarnej poświęconej narkomanii skłaniają do ostrożnego optymizmu. Zarówno w Europie, jak i w Polsce obserwowane jest zahamowanie trendu wzrostowego używania narkotyków. Także zakażenia HIV nie są wśród konsumentów narkotyków tak powszechne jak jeszcze kilka lat temu. Te pozytywne tendencje nie zwalniają jednak z konieczności kontynuowania intensywnych działań antynarkotykowych, gdyż problem w dalszym ciągu istnieje, a zahamowanie wzrostu nie oznacza, że niebezpieczeństwo zostało zażegnane.

Redakcja

Przedstawiamy najważniejsze dane z najnowszego raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). W niektórych miejscach informacje zawarte w raporcie uzupełnione zostały dodatkowymi danymi z biuletynu statystycznego EMCDDA oraz wynikami najnowszych danych krajowych. Najistotniejsza informacja zawarta w „Sprawozdaniu rocznym 2007 o stanie problemu narkotykowego w Europie” dotyczy tego, iż po trwającym ponad dekadę trendzie wzrostowym w używaniu narkotyków, Europa wydaje się wkraczać w okres stabilizacji.

SPRAWOZDANIE ROCZNE EUROPEJSKIEGO CENTRUM MONITOROWANIA NARKOTYKÓW I NARKOMANII O STANIE PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE ORAZ WYBRANE ASPEKTY SYTUACJI W POLSCE

Artur Malczewski

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

Na podstawie najnowszych danych EMCDDA zauważalny jest spadek używania heroiny i dożylnego przyjmowania narkotyków w Europie. Z kolei wskaźnik spożycia konopi indyjskich, który w minionym okresie wciąż wzrastał, utrzymuje się na stałym poziomie. Inaczej wyglądają dane dotyczące zgonów z powodu narkotyków. Wskaźnik przedawkowań nie zmniejszył się i jest na wysokim poziomie. Wzrosła też liczba przypadków używania kokainy.

Marihuana i haszysz – stabilizacja w używaniu

Pochodne konopi są najczęściej stosowanym nielegalnym narkotykiem w Europie. Jednak nowe dane dotyczące trendów pozwalają na ostrożny optymizm. W Unii Europejskiej prawie jedna czwarta dorosłych (ok. 70 mln osób w wieku od 15 do 64 lat) używała konopi przynajmniej raz w życiu (wskaźnik ekspe-

rymentowania z narkotykiem), a około 7% (23 mln osób) przyjęło narkotyk w ciągu ostatniego roku (wskaźnik aktualnego sięgania po narkotyk).

Z najnowszych danych wynika, że po nasilającym się wzroście używania konopi indyjskich w latach 90. i raczej niewielkim trendzie wzrostowym po roku 2000, obecnie wskaźnik używania konopi stabilizuje się lub spada, zwłaszcza w krajach o wysokim poziomie rozpowszechnienia tego narkotyku. Ponadto w niektórych państwach UE widać oznaki spadku popularności tej substancji wśród młodszych grup wiekowych. Według nowego sprawozdania średnio 13% młodych Europejczyków (w wieku od 15 do 34 lat) używało konopi w ciągu ostatniego roku. Najwyższe wskaźniki dotyczą Hiszpanii, Czech, Francji, Włoch i Wielkiej Brytanii. Analizując trendy w tych krajach widać, że w Hiszpanii odnotowano stabilizację używania lub spadek tego narkotyku. Z kolei w Czechach, Francji i Wielkiej Brytanii obserwujemy 3-4 procentowy spadek, a we Włoszech nastąpił wzrost.

Używanie konopi

Pomimo tego, że niewielki odsetek użytkowników konopi przyznaje się do regularnego lub intensywnego przyjmowania tego narkotyku, w liczbach bezwzględnych stanowią oni znaczącą grupę. EMCDDA ocenia, że blisko jedna piąta (18%) z 70 mln dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat), którzy kiedykolwiek przyjmowali konopie indyjskie, używała tego narkotyku w ostatnim miesiącu. Jest to ponad 13 mln Europejczyków. Ponadto szacuje się, że 1% dorosłych Europejczyków, czyli około 3 mln osób, może zażywać haszysz lub marihuanę codziennie lub prawie codziennie. Wskaźniki rozpowszechnienia są wyższe w młodszych grupach wiekowych, zwłaszcza wśród młodych mężczyzn.

W latach 1999–2005 liczba osób wymagających leczenia z powodu używania konopi indyjskich potroiła się, ale obecnie trend wzrostowy wyda-

je się stabilizować. W tym okresie liczba nowych pacjentów zgłaszających się do leczenia z powodu używania konopi indyjskich wzrosła z 15 439 do 43 677. W 2005 roku natomiast ponad jedna czwarta (29%) wszystkich nowych zgłoszeń miała związek z używaniem konopi.

Wzrost używania kokainy

W przypadku kokainy raport donosi o ponownym wzroście danych szacunkowych. W 2005 roku narkotyku tego używało około 4,5 mln Europejczyków w wieku 15-64 lata, w poprzednim raporcie szaco-

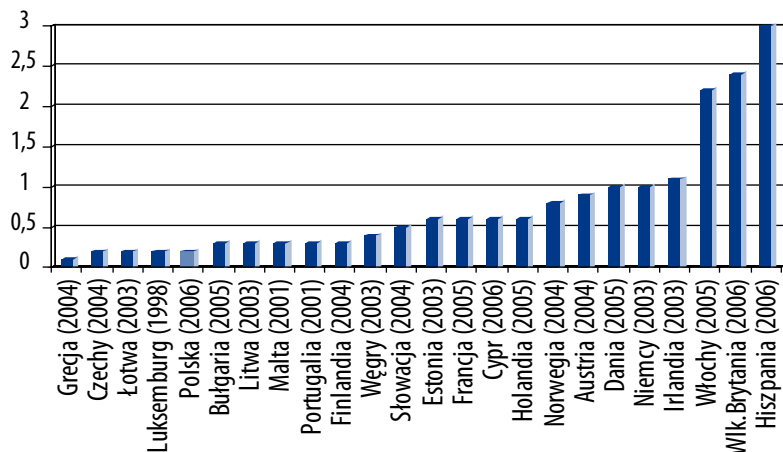
Badania przeprowadzone w latach 2004–2005 wykazały ogólnie wysoką zapadalność na HCV wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki. Większość krajów (17) zgłosiła wskaźniki wynoszące ponad 60% w co najmniej jednej badanej grupie osób przyjmujących w ten sposób narkotyki. W przeciwieństwie do widocznej skuteczności w zapobieganiu HIV, wydaje się, że profilaktyka i ograniczanie szkód odnosi słabszy skutek w przypadku HCV – „ukrytej epidemii na terenie Europy”.

wano tę liczbę na poziomie 3,5 mln. Oznacza to, że kokaina, pomimo zróżnicowania między krajami, jest najczęściej używaną substancją stymulującą. Choć raz w ciągu życia kokainę zażyło około 12 mln Europejczyków (4% wszystkich dorosłych), a około 2 mln osób przyjęło narkotyk w ciągu ostatniego miesiąca (to prawie dwukrotnie więcej niż oszacowana liczba używających ecstazy). Po konopiach kokaina jest najczęściej używanym narkotykiem. W Hiszpanii i Wielkiej Brytanii, czyli w krajach o najwyższym

rozpowszechnieniu używania tego narkotyku, wśród młodych osób dorosłych wzrost ten był stosunkowo mały. Z kolei wyraźny wzrost odnotowano w Danii i we Włoszech.

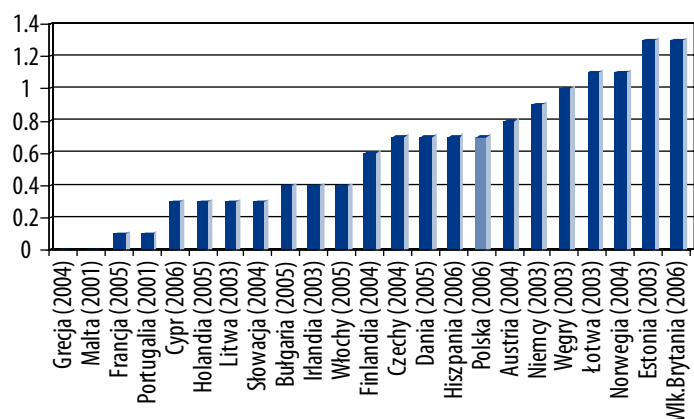
O tym, jak kokaina wpływa na zdrowie publiczne, można się przekonać analizując dane z lecznictwa. Według ostatnich informacji nastąpił wzrost liczby osób, które zgłosiły się na leczenie w związku z używaniem tego narkotyku. W 2005 roku blisko jedna czwarta (22%) wszystkich nowych zgłoszeń na leczenie w Europie miała związek z kokainą (w 2005 roku było to 33 027 pacjentów, a w 1999 roku 12 633). Wśród pacjentów zgłaszających się na leczenie odnotowano duży odsetek użytkowników kokainy w Hiszpanii i Holandii. Z tych krajów pochodzi większość

Wykres 1. Używanie kokainy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób w wieku 15-64 lata w krajach europejskich – odsetek badanych



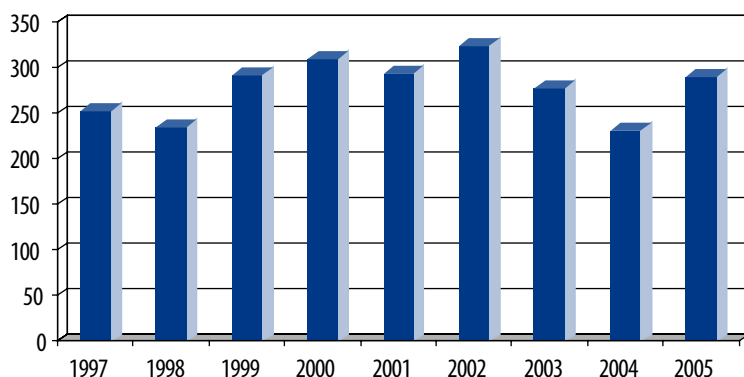
Źródło: EMCDDA 2007a – Biuletyn statystyczny, Tab. GPS – 10.

Wykres 2. Używanie amfetaminy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród osób w wieku 15-64 lata w krajach europejskich – odsetek badanych



Źródło: EMCDDA 2007a – Biuletyn statystyczny, Tab. GPS – 10.

Wykres 3. Liczba zgonów w Polsce z powodu używania narkotyków w latach 1997–2005 (zgony wg kodów ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14)



Źródło: Malczewski 2007, Serwis Informacyjny NARKOMANIA.

przypadków związanych z leczeniem osób uzależnionych od kokainy.

Ponadto według najnowszego raportu w Europie odnotowano rekordowe konfiskaty kokainy. W latach 2000–2005 wzrosła zarówno liczba konfiskat, jak i ilość zarekwirowanej kokainy. Szacuje się, że w 2005 roku w Europie doszło do 70 tys. przypadków konfiskaty kokainy, co odpowiada 107 tonom przejętego narkotyku i stanowi ilościowy wzrost o około 45% w stosunku do 2004 roku.

Sytuacja w Polsce – kokaina i amfetamina

W Polsce używanie kokainy nie jest tak rozpowszechnione jak w innych krajach UE. Jak widać na wykresie 1., Polska znajduje się wśród państw o niewielkim odsetku (0,2%) osób aktualnie używających kokainy.

Od kokainy częściej używaną substancją stymulującą jest amfetamina. Wśród substancji nielegalnych jest drugą po marihuanie najczęściej używaną w Polsce (Malczewski 2007). Jak widać na wykresie 2., Polska znajduje się wśród krajów o średnim poziomie (0,7%) rozpowszechnienia używania tej substancji w populacji generalnej.

HIV i HCV

W 2005 roku odsetek osób używających dożylnie narkotyków, wśród których stwierdzono występowanie wirusa HIV, był niski w większości krajów UE. Ta pozytywna sytuacja może mieć związek ze wzrostem dostępności działań profilaktycznych, leczniczych oraz z obszaru ograniczania szkód, a także ze spadkiem popularności dożylnego używania narkotyków w niektórych krajach. Dzięki rozszerzeniu zakresu usług w dużym stopniu zdołano uniknąć epidemii HIV

w Europie. Używanie narkotyków w iniekcjach stało się czynnikiem mniej istotnym przy nowych zakażeniach, ale mimo to w 2005 roku w UE wskutek takiego wzoru używania odnotowano jeszcze około 3,5 tys. nowo zdiagnozowanych zakażeń. Wirusem HIV zakażonych jest od 100 do 200 tys. osób, które kiedykolwiek przyjmowały substancje psychoaktywne dożylnie. Większym problemem wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków jest wirus HCV. Szacuje się, że problem ten dotyczy 1 mln osób, które kiedykolwiek używały narkotyków dożylnie. Badania przeprowadzone w latach 2004–2005 wykazały ogólnie wysoką zapadalność na HCV, o czym świadczy fakt, że większość krajów (17) zgłosiła wskaźniki wynoszące ponad 60% w co najmniej jednej badanej grupie osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W przeciwieństwie do widocznej skuteczności w zapobieganiu HIV, wydaje się, że profilaktyka i ograniczanie szkód odnosi słabszy skutek w przypadku HCV – „ukrytej epidemii na terenie Europy”.

Zgony z powodu narkotyków

Według EMCDDA przedawkowanie jest jedną z głównych przyczyn zgonów wśród młodych Europejczyków. Najnowsze dane mówią, że w UE i Norwegii w 2005 roku doszło do 7-8 tys. zgonów związanych z narkotykami, a zwłaszcza z zażywaniem opiatów. W niektórych krajach (Grecja, Austria, Portugalia i Finlandia) widać wyraźny wzrost liczby zgonów, nawet o ponad 30%. W przeszłości zgony z powodu narkotyków były wynikiem przede wszystkim używania opiatów i iniekcji przyjmowania narkotyków. Obecnie sytuacja w tym obszarze uległa stabilizacji, dlatego należy się przyjrzeć, co może być nową przyczyną wzrostu. Niepokojące jest, że część zgonów wynika z niewłaściwego zażywania środków leczenia substytucyjnego. EMCDDA podkreśla, że w 2006 roku wyprodukowano około 6 610 ton opium, z czego 92% przypada na Afganistan.

Szacuje się, że globalny potencjał produkcji heroiny wzrósł z 472 ton w 2005 roku do 606 ton w 2006 roku. Może to oznaczać, że ogólna poprawa sytuacji związanej z używaniem opiatów może być tylko chwilowa, ponieważ rekordowa produkcja opium dopiero pojawi się na rynku europejskim.

Według najnowszego raportu EMCDDA w Europie odnotowano rekordowe konfiskaty kokainy. W latach 2000–2005 wzrosła zarówno liczba konfiskat, jak i ilość zarekwirowanej kokainy. Szacuje się, że w 2005 roku w Europie doszło do 70 tys. przypadków konfiskaty kokainy, co odpowiada 107 tonom przejętego narkotyku i stanowi ilościowy wzrost o około 45% w stosunku do 2004 roku.

W Polsce w 2005 roku również odnotowaliśmy w porównaniu z rokiem 2004 niewielki wzrost liczby zgonów związanych z używaniem narkotyków. Oznacza to, że nasza sytuacja układa się niestety zgodnie z tendencjami europejskimi (w 2005 roku odnotowano 291 przypadków zgonów, a w 2004 roku 231).

Wolfgang Götz mówi: „Ponad 7 tys. przypadków śmiertelnych rocznie to niezbity dowód na to, że nie postępujemy prawidłowo

w sprawie zapobiegania przedawkowaniu w Europie. Poczyniliśmy znaczne postępy w ograniczeniu zakażeń HIV wśród użytkowników narkotyków. Teraz musimy połączyć to z równie skutecznymi działaniami w celu ograniczenia zgonów związanych z narkotykami. Będzie to wymagać innowacji, determinacji i wizji, a w końcu zaangażowania się polityków, aby przeznaczyli środki na programy zapobiegania przedawkowaniu”.

Bibliografia

- EMCDDA, „Sprawozdanie roczne 2006 o stanie problemu narkotykowego w Europie”, EMCDDA, Lizbona 2006.
- EMCDDA, „Sprawozdanie roczne 2007 o stanie problemu narkotykowego w Europie”, EMCDDA, Lizbona 2007.
- EMCDDA (2007a), Biuletyn statystyczny EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/GPS> [stan na 10.12.07].
- 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.
- Malczewski A., „Zgony z powodu narkotyków”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA 2 (37) 2007.

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ – WYNIKI BADAŃ ANKIETOWYCH

W dniu 1 grudnia 2007 roku odbyła się konferencja prasowa poświęcona wynikom najnowszych badań nad używaniem alkoholu i narkotyków przez młodzież. W konferencji udział wzięli Krzysztof Brzózka, dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wyniki badań zaprezentował Janusz Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Ogólnopolskie badania ankietowe młodzieży prowadzone według metodologii ESPAD¹ zrealizowano w Polsce już po raz czwarty (kolejne edycje przeprowadzono w maju-czerwcu 1995 roku, 1999 roku, 2003 roku oraz obecnie, tj. w 2007 roku) wśród uczniów w wieku 15-16 lat i 17-18 lat. Dzięki temu możliwe jest śledzenie trendów charakteryzujących wzory konsumpcji alkoholu i innych środków odurzających wśród polskich nastolatków. Główne wnioski dotyczące

doświadczeń młodzieży z narkotykami potwierdzają trend rejestrowany w innych badaniach wykonanych w ciągu ostatnich 2 lat: nastąpił spadek lub stabilizacja rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych wśród młodzieży – największy w przypadku amfetaminy. Według oceny badanych nastąpił też spadek dostępności substancji psychoaktywnych. Badani rzadziej spotykali się z propozycjami użycia narkotyków. Mimo tego, że rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych jest w dalszym ciągu znaczne (najczęściej młodzież ma kontakt z konopiami), to doświadczenia z narkotykami są o wiele rzadsze niż konsumpcja przez młodzież legalnych środków psychoaktywnych (alkoholu). Pełny tekst raportu dostępny jest w KBPN oraz w PARPA.

Redakcja

¹ ESPAD – Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków.

W dniach 28-29 listopada 2007 roku w Warszawie odbyło się Międzyinstytucjonalne Spotkanie Koordynacyjne zorganizowane pod auspicjami Grupy Pompidou Rady Europy.

MIĘDZYINSTYTUCJONALNE SPOTKANIE KOORDYNACYJNE

*Piotr Jabłoński
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Międzyrządowa Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczenia Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami – Grupa Pompidou – powstała w 1971 roku w celu prowadzenia efektywnej polityki dotyczącej problemu nadużywania oraz przemytu narkotyków w Europie. Od 1980 roku Grupa działa w ramach Rady Europy. W listopadzie 2006 roku na okres 4 lat przewodnictwo w niej przejęła Polska. Jednym z priorytetów działalności Grupy Pompidou jest promowanie współpracy pomiędzy europejski-

mi instytucjami i organizacjami zajmującymi się problemem narkomanii w Unii Europejskiej i poza jej granicami. W Europie działania nakierowane na przeciwdziałanie zjawisku narkomanii realizowane są przez liczne organizacje i instytucje zarówno na poziomie krajowym, jak i ponadnarodowym. Jednak najczęściej nie są one ze sobą w sposób planowy skoordynowane ani powiązane. Głównym celem warszawskiego spotkania było znalezienie możliwości usprawnienia współpracy i koordynacji działań pomię-

dzy europejskimi organizacjami przeciwdziałającymi zjawisku narkomanii.

W spotkaniu udział wzięli przedstawiciele poprzedniej, niemieckiej prezydencji UE, aktualnej portugalskiej i przyszłej (w pierwszej połowie 2008 roku) słoweńskiej, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Grupy Pompidou.

Przedstawiciele państw i organizacji uczestniczących w spotkaniu w pełni dostrzegają potrzebę współpracy pomiędzy różnymi międzynarodowymi organizacjami. Współpraca „*inter-agency group*” jest szczególnie ceniona przez profesjonalistów pracujących przy konkretnych projektach i wdrażaniu programów.

Przeszkodami w nadawaniu formalnego charakteru zewnętrznej, instytucjonalnej współpracy są często trudności strukturalne istniejące wewnątrz danej instytucji oraz trudności o charakterze politycznym. Jednak z drugiej strony wiele przykładów pokazuje, że współpraca na praktycznych i technicznych poziomach jest możliwa i przynosi wielostronne korzyści. Prowadzone wcześniej wspólne działania dawały często efekt synergii i podniesienia wartości podejmowanych inicjatyw.

W czasie spotkania uznano, że sukces współpracy w niemal każdym przypadku zależy od umiejętności nawiązywania kontaktów przez osoby realizujące programy oraz ich indywidualnego zaangażowania. Stwierdzono jednocześnie, że ze względu na fakt występowania istotnych różnic w strukturze organizacyjnej, metodach pracy i procesie podejmowania decyzji wśród organizacji międzynarodowych na obecnym etapie formalny mechanizm współpracy byłby uciążliwym i powolnym instrumentem. Dlatego nieformalne forum współpracy uznano zgodnie za optymalną drogę rozwoju, jednak pod warunkiem, że wszystkie zainteresowane strony będą zaangażowane w rozwijanie idei „*inter-agency cooperation*”.

Uczestnicy spotkania uznali, że współpraca „*inter-agency*” powinna na obecnym etapie rozwoju mieć następujący kształt:

1. „*Inter-agency group*” będzie stanowić platformę i stwarzać warunki, które umożliwią głównym międzynarodowym instytucjom i politycznym partnerom nawiązanie kontaktów i realizowanie następujących celów:

- uzyskanie wszechstronnej wiedzy na temat zakresu działania innych instytucji i organizacji,
 - rozpoznanie i wykorzystanie konkretnych zasobów i kompetencji innych organizacji,
 - szukanie wspólnych elementów w zakresie priorytetów i zadań,
 - określenie tematów, których podjęcie wzmocni możliwości synergii i uzyskania wartości dodanej w poszczególnych działaniach.
2. Zgodnie uznano, że żadna organizacja nie będzie uważana za kierującą pracą w „*inter-agency group*”. Zadanie zwołania i organizowania posiedzenia grupy powinno się powierzyć państwu członkowskiemu, a nie organizacji lub instytucji uczestniczącej.
 3. W celu uzyskiwania jak największej praktycznej skuteczności działań, m.in. poprzez redukcję uciążliwych procedur selekcji lub wyboru, członkowie zwrócili się z prośbą do polskiego rządu (tj. ministra zdrowia sprawującego prezydencję Grupy Pompidou do roku 2010) o przygotowanie następnego spotkania „*inter-agency group*”. Uznano, że czteroletni mandat prezydencji jest wystarczająco długi, by zapewnić ciągłość i stabilność funkcjonowania grupy.

Dodatkowo postanowiono również, że:

- Międzyinstytucjonalna Grupa powinna stać się forum ułatwiającym nawiązywanie nieformalnych kontaktów pomiędzy instytucjami międzynarodowymi a szczeblem politycznym,
- z politycznych i praktycznych powodów skład Międzyinstytucjonalnej Grupy powinien zostać ograniczony jedynie do europejskich organizacji i instytucji, jednak Europę należy tu rozumieć nie tylko jako UE, ale jako kontynent,
- do prac Międzyinstytucjonalnej Grupy należy zaprosić Europę,
- w celu zapewnienia ciągłości działań powinna zostać przyjęta formuła spotkań Trojka + 1, czyli uczestnictwo w spotkaniach państw tzw. Trojki (tj. byłej, obecnej i przyszłej prezydencji UE) oraz jeszcze jednego w kolejności państwa przygotowującego się do przewodnictwa w Radzie UE,
- Polska – jako państwo sprawujące aktualnie przewodnictwo w Grupie Pompidou – została poproszona o objęcie swego rodzaju patronatem spotkań „*inter-agency group*” i zorganizowanie kolejnego w kwietniu 2008 roku.

UDZIAŁ POLSKI W EUROPEJSKIM PROJEKCIE „FRED GOES NET”

Agata Kręt

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W dniach 26-27 listopada 2007 roku odbyło się w Warszawie spotkanie przedstawicieli 17 państw biorących udział w trzyletnim projekcie „FreD goes net”. Projekt dofinansowywany jest przez Unię Europejską w ramach Programu Zdrowia Publicznego (Public Health Programme). Ma on na celu przystosowanie i rozpowszechnienie w Europie metody krótkiej interwencji profilaktycznej, stosowanej wobec osób młodych, które po raz pierwszy zostały zatrzymane w związku z narkotykami (tzw. *first noticed drug users*). Koordynatorem projektu jest niemieckie biuro do spraw narkomanii Landschaftsverband Westfalen Lippen – Koordinationsstelle Sucht. W spotkaniu „FreD goes net – the kick off meeting” uczestniczyli: przedstawiciel PHEA (Public Health Executive Agency), koordynatorzy projektu z LWL, przedstawiciele krajów mających przeprowadzić pilotażową wersję programu (Austria, Belgia, Irlandia, Islandia, Łotwa, Polska, Rumunia i Szwajcaria) oraz reprezentanci krajów stowarzyszonych (Dania, Luksemburg, Litwa, państwa niderlandzkie, Szwecja, Słowenia oraz Cypr). Na spotkaniu zabrakło przedstawiciela Wielkiej Brytanii. Stronę polską reprezentowała Anna Radomska, kierownik Działu Realizacji Zadań Profilaktyczno-Rehabilitacyjnych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Program FreD

Podstawą opracowanej w Niemczech metody FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) jest ścisła współpraca z policją i wymiarem sprawiedliwości. Uczestnikami programu FreD są osoby młode, które po raz pierwszy zostały zatrzymane w związku z wykroczeniem na tle narkotykowym. Udział w nim jest dla nich alternatywą wobec postępowania sądowego. W ramach programu został wypracowany mechanizm ścisłej współpracy pomiędzy policją, która zachęca zatrzymanego do zgłoszenia się do programu, pracownikami socjalnymi, którzy mogą

wydać rekomendację do udziału w programie oraz oskarżycielem, który ma prawo wycofać oskarżenie wobec osób, które program ukończyły.

Po odbyciu rozmowy wstępnej osoby zakwalifikowane do programu biorą udział w ośmiogodzinnych zajęciach grupowych. Są one prowadzone w formie wywiadu motywacyjnego. Ich celem jest pobudzenie uczestników do refleksji, podniesienie poziomu ich wiedzy na temat używania narkotyków, zachęcenie ich do świadomego postępowania, oceny ryzyka i odpowiedzialności, zmiana nastawienia i zachowania w stosunku do używania narkotyków oraz zapoznanie ich z ofertą lokalnego systemu pomocowego. Tematami poruszonymi na spotkaniach są: prawodawstwo, wiedza o narkotykach, zdrowie, zachowania społeczne oraz system pomocowy.

Projekt FreD goes net

Efektywność metody, dobre wyniki ewaluacji oraz szybkie rozpowszechnienie programu FreD na terenie całych Niemiec stały się podstawą do stworzenia projektu „FreD goes net”. Jego celem jest popularyzacja metody na terenie Europy. Z 17 państw biorących udział w projekcie, w 9 (w tym w Polsce) zostanie przeprowadzona jego wersja pilotażowa. Pozostałe 8 krajów stowarzyszonych zaangażowanych jest w działania mające na celu przystosowanie niemieckiej metody do warunków innych krajów europejskich. Ze względu na ograniczone środki przeznaczone na dofinansowanie „FreD goes net”, państwa stowarzyszone mogą zdecydować się na wdrożenie pilotażowej wersji programu na terenie swojego kraju pod warunkiem samodzielnego pokrycia jego kosztów.

W trakcie spotkania w Warszawie omówione zostały poszczególne zadania i etapy realizacji projektu. Ustalono, że do marca 2008 roku kraje biorące udział w projekcie mają za zadanie przeprowadzić diagnozę za pomocą metody RAR, której efektem powinien być przegląd istniejącej

oferty pomocowej, opis problemu oraz wytypowanie grupy współpracującej przy naborze uczestników do programu. Metoda RAR (Rapid Assessment and Response – Szybka Ocena i Reakcja) pozwala na szybką – choć nie zawsze precyzyjną – ocenę sytuacji. Obejmuje ona przegląd dostępnych źródeł informacji oraz przeprowadzenie wywiadów i grup fokusowych z kluczowymi informatorami z różnych środowisk. Wyniki uzyskane po przeprowadzeniu diagnozy tą metodą pozwolą ustalić, z jakim rodzajem instytucji (pomoc społeczna, policja, szkoła) zostanie nawiązana ścisła współpraca w każdym z krajów. W wyniku tego w każdym z nich powstanie specyficzny model współpracy. Otrzymane wyniki staną się również podstawą do modyfikacji opracowanego na potrzeby programu FreD podręcznika.

Partnerzy biorący udział w projekcie, którzy mają przeprowadzić wersję pilotażową programu, będą uczestniczyć w sześciodniowym szkoleniu. Po jego odbyciu każdy z nich wydeleguje dwóch ekspertów, którzy w oparciu o wdrożony model współpracy będą realizowali program na terenie własnego kraju przez kolejny rok. W fazie pilotażowej programem ma zostać objętych 1170 młodych ludzi. Wyniki uzyskane w tym czasie posłużą do dalszej modyfikacji i stworzenia finalnej wersji podręcznika.

Ostatecznym celem projektu jest rozpowszechnienie metody FreD w całej Europie (również w krajach nie biorących udziału w projekcie), a pomoc w tym mają nowo powstały podręcznik oraz wyniki ewaluacji projektu.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA I-IV 2008		
Spotkanie Grupy Dublińskiej	23 stycznia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	24 stycznia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU-LAC	25 stycznia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	4 lutego	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	27 lutego	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki i zainteresowanych państw członkowskich z delegacją Afganistanu	28 lutego	Bruksela, Belgia
Akademia REITOX dotycząca public relation	28-29 lutego	Bukareszt, Rumunia
I wizyta studyjna CINN w Hiszpanii	3-7 marca	Hiszpania
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	1 kwietnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki i zainteresowanych państw członkowskich z delegacją Ukrainy i Bałkanów Zachodnich	2 kwietnia	Bruksela, Belgia
II wizyta studyjna CINN w Hiszpanii	14-18 kwietnia	Hiszpania
Akademia REITOX dotycząca wskaźnika zgłaszalności do leczenia	kwiecień	-
SPOTKANIA KRAJOWE I-IV 2008		
XIII spotkanie Ekspertów Wojewódzkich	5-7 lutego	Kraków
I szkolenie dla gmin dotyczące lokalnego monitoringu w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	11-15 lutego	Falenty
Spotkanie dotyczące standardów programu profilaktycznego w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	3-7 marca	Warszawa
II szkolenie dla gmin dotyczące lokalnego monitoringu w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	7-12 kwietnia	-
Grupa Pompidou, spotkanie Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej, w którym udział wezmą przedstawiciele Komisji Europejskiej, państw członkowskich EMCDDA, EUROPOLU, UNODC, WHO, Grupy Pompidou	kwiecień	Warszawa

W numerze 3/07 Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA został przedstawiony nowy system monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków (TDI). Opisano w nim zarówno instytucjonalne, jak i metodologiczne podstawy nowego systemu statystycznego. W niniejszym artykule szerzej omówiona zostanie komputerowa aplikacja TDI Manager, służąca do zbierania danych o klientach, proces pracy z danymi w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz aktualny stan projektu pilotażowego i związane z nim plany na przyszłość.

NOWY SYSTEM ZBIERANIA DANYCH Z PLACÓWEK LECZNICZYCH część II

Ewa Sokołowska

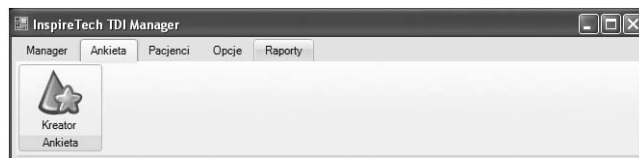
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

TDI Manager – elektroniczna forma zbierania danych

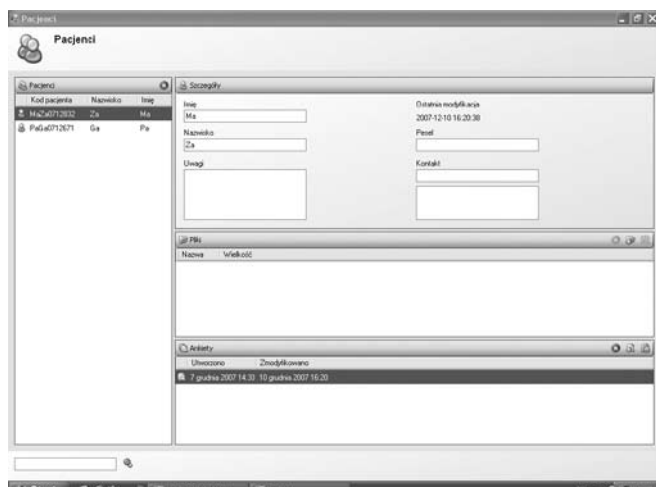
Aplikacja TDI Manager stworzona została na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) na potrzeby systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków. Aplikacja ta może pełnić rolę bazy danych wszystkich klientów zgłaszających się do placówki, nie tylko tych, którzy robią to z powodu narkotyków, ale również tych, którzy zgłaszają się z powodu np. picia alkoholu. KBPN gromadzi informacje tylko o pacjentach leczonych z powodu problemu narkomanii. Istnieje zatem możliwość, aby dane dotyczące pacjentów z problemem alkoholowym nie były wysyłane do KBPN. Służy temu funkcja odznaczenia check-boxu na końcu ankiety.

Program TDI Manager jest intuicyjny w obsłudze. Składa się z kilku sekcji. Pierwszą jest Ankieta Kreator, która pozwala na wypełnienie kwestionariusza. Kilka funkcji, jakie posiada ta zakładka, ułatwia i przyspiesza wprowadzanie danych. I tak, kod klienta uzupełnia się automatycznie, po podaniu koniecznych do jego utworzenia danych klienta (imię i nazwisko, data urodzenia oraz płeć). Również automatycznie uzupełniane jest pole kod placówki (po zainstalowaniu aplikacji należy określić w sekcji Opcje Parametry m.in. kod placówki, który staje się elementem stałym każdej kolejnej ankiety). Bardzo dużym ułatwieniem, w porównaniu do korzystania z wersji papierowej narzędzia, jest automatyczne tworzenie się kodu GUS

dla miejscowości, w której mieszka klient. Nie trzeba odszukiwać kodu w oddzielnej książce, wystarczy tylko podać dane niezbędne do jego utworzenia, czyli nazwę województwa, powiatu/miasta na prawach powiatu oraz gminy/miasta/dzielnicy.



Kolejną sekcją jest lista klientów placówki (Pacjenci). Można tu bardzo łatwo znaleźć klienta, posługując się zarówno nazwiskiem, jak i konkretnym kodem. Do każdego klienta dołączone są wszystkie wypełniane dla niego ankiety. Ponadto można w tym miejscu uzupełnić informacje o kliencie, jego numer PESEL czy dane kontaktowe. Można też w polu Uwagi wpisać dodatkowy komentarz lub informację, np. datę kolejnego spotkania, ważną informację, o której terapeuta nie chce zapomnieć. Istnieje również możliwość dołączenia do wybranego klienta plików w formie elektronicznej, np. opinii o nim napisanej przez pracownika placówki czy też zaświadczenia wydane danej osobie. Bardzo ważny jest fakt, że przy eksportowaniu danych do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) wszystkie te dodatkowe informacje nie są wysyłane. Warto w tym miejscu podkreślić, że do CINN nie docierają również informacje o imieniu i nazwisku klienta, trafiają do niego wyłącznie kod klienta i dane zawarte w samej ankiecie.



Aplikacja wyposażona jest w szereg funkcji pozwalających na zautomatyzowanie procesu raportowania oraz na tworzenie własnych zestawień oraz analiz danych zebranych w placówce. Dużą zaletą programu TDI Manager jest możliwość wyeksportowania danych z aplikacji do pliku o formacie csv (ang. *comma separated values*). Format dobrze współpracuje z większością powszechnie używanych programów kalkulacyjnych (jak np. Excel), co pozwala na tworzenie własnych analiz na potrzeby placówki. Jeśli w placówce nie ma możliwości przeprowadzania własnych pogłębionych analiz, można skorzystać z prostych zestawień, których tworzenie umożliwia aplikacja. W sekcji Raporty można mianowicie krzyżować ze sobą następujące wymiary: czas zgłoszenia do leczenia (miesiąc/rok), miejsce zamieszkania pacjenta (województwo/powiat/gmina), płeć, narkotyk podstawowy oraz wiek pacjenta. Aplikacja pozwala również na stworzenie zestawienia statystycznego, które placówki ambulatoryjne muszą przysyłać do Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) – MZ-15. TDI Manager umożliwia wyliczenie zestawienia MZ-15 za rok poprzedni oraz bieżący (z danych o klientach, którzy zgłosili się do leczenia w aktualnym roku). Raport MZ zawiera dane wszystkich klientów zapisanych w programie komputerowym, bez względu na to, czy są to dane wysyłane do KBPN, czy też nie.

Jak widać, korzystanie z komputerowej wersji narzędzia do zbierania danych o klientach zgłaszających się do leczenia z powodu problemu narkotyków daje placówce dodatkowe możliwości, jak chociażby tworzenie własnych zestawień i analiz i ułatwia wywiązywanie się z obowiązku sprawozdawczego wobec Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Raportowanie na

potrzeby KBPN jest zautomatyzowane, nie powinno zatem zabierać wiele czasu.

Po przedstawieniu narzędzia do zbierania danych, warto przyjrzeć się, co dalej dzieje się z informacjami przesłanymi do KBPN.

Praca z danymi

Podstawową jednostką informacyjną w systemie monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków jest epizod leczniczy. Na potrzeby systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia termin ten został inaczej zdefiniowany dla placówek ambulatoryjnych, a inaczej dla stacjonarnych. W przypadku placówek stacjonarnych epizod leczniczy to czas pobytu klienta w placówce od momentu jego przyjęcia do wypisu. Klient rozpoczyna kolejne leczenie, gdy ponownie przyjmowany jest do placówki. Taka sama definicja epizodu leczniczego obowiązuje dla placówek leczenia substytucyjnego. Z punktu widzenia funkcjonowania systemu nie jest istotne, z jakich przyczyn nastąpił wypis z ośrodka lub programu – obojętne, czy leczenie zostało zakończone, czy też zostało przerwane. W przypadku placówek ambulatoryjnych na potrzeby systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków przyjęto, że epizod leczniczy 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 każdy kwestionariusz, który dociera do CINN dotyczy jednego epizodu leczniczego, a nie jednej osoby. Liczbę osób, które podjęły leczenie w danym roku można sprawdzić dzięki temu, że każdy kwestionariusz opatrzony jest unikalnym kodem klienta. Podczas analizowania danych można wziąć pod uwagę tylko ostatni kwestionariusz wypełniony i przesłany dla danej osoby (zgodnie ze standardami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii), a więc ostatni epizod leczniczy tego klienta (osoby o danym identyfikatorze). W ten sposób, bez względu na to, jak wiele razy dana osoba podejmowała w danym roku leczenie, będzie ona policzona tylko raz.

Po tej krótkiej dygresji dotyczącej eliminowania wielokrotnego liczenia tego samego klienta

(tzw. *double-counting*), warto wrócić do tego, co dzieje się z kwestionariuszami, które są przesyłane do CINN. W siedzibie KBPN kwestionariusze w wersji papierowej skanowane są za pomocą czytnika OMR (ang. *Optical Mark Recognition*). Jeśli pola kwestionariusza zostały prawidłowo zaznaczone, kwestionariusz jest akceptowany przez system i w wyniku skanowania tworzone są elektroniczne pliki wynikowe w formacie csv, które zawierają dane z kwestionariusza (jeden kwestionariusz stanowi jeden rekord w pliku csv). Jeśli wystąpiły jakieś błędy w zaznaczaniu pól (zostały niedokładnie zamalowane bądź są one zamalowane długopisem, którego czytnik nie rozpoznaje), skaner odrzuca kwestionariusze, a pracownik CINN kontaktuje się z osobą odpowiedzialną za TDI w danej placówce i wyjaśnia zaistniałe problemy. Pliki przesłane w formie elektronicznej jako eksport z aplikacji TDI Manager, po deszyfrowaniu danych przez aplikację CINN KBPN, również zapisywane są w formacie csv.

Kiedy już w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii wszystkie dane są w formie elektronicznej, następuje kontrola plików. Aby zachować jak najwyższą jakość danych, planuje się, że proces weryfikacji ich poprawności będzie dosyć rozbudowany i podzielony na kilka etapów. System jest aktualnie wdrażany. Proces kontroli rozpoczyna się od ogólnego sprawdzenia danych przez pracownika CINN, aby wychwycić podstawowe błędy, jak chociażby brak zaznaczonych pól obowiązkowych, takich jak kod placówki, kod klienta lub data zgłoszenia się do leczenia. Tak ogólnie przejrane dane zostają następnie importowane do głównego systemu danych. W trakcie tego procesu poprawność plików sprawdzana jest przez system. W pierwszej kolejności weryfikowane jest właśnie wypełnienie pól obowiązkowych oraz zakresy pól, czyli np., czy kod placówki składa się z właściwej liczby cyfr. Jest to tzw. walidacja pierwszego stopnia. Przeprowadzany jest również proces walidacji drugiego stopnia, czyli sprawdzanie spełniania reguł logicznych zależności między polami. Do systemu wprowadzane są tylko te rekordy (informacje o epizodach leczniczych w formie elektronicznej), które spełniają warunki walidacji pierwszego stopnia. Równocześnie system tworzy raport z importu plików. Zawiera on informacje m.in. o plikach odrzuconych. Pracownik

CINN odpowiedzialny za weryfikację danych, po skonsultowaniu się z osobą odpowiedzialną za przekazywanie danych w placówce, poprawia odrzucone rekordy i ponownie je importuje. Kiedy już wszystkie rekordy znajdują się w bazie wstępnej, weryfikowana jest poprawność danych z rekordów zaznaczonych jako niespełniające reguł walidacji drugiego stopnia. Wówczas pracownik CINN ponownie sprawdza, na drodze konsultacji z przedstawicielem danej placówki, czy zaistniałe nieścisłości są wynikiem pomyłki, czy są zgodne ze stanem faktycznym. Po takich uzgodnieniach decyduje, które rekordy należy zaakceptować od razu, a w których należy poprawić błędy. Kiedy już wszystkie rekordy są poprawne i zostają zatwierdzone, trafiają do tzw. bazy produkcyjnej, gdzie wykonywane są wszelkie analizy i zestawienia.

Prace pilotażowe i plany

W październiku 2007 roku dostarczono papierową wersję narzędzia do 5 placówek, które chcą z niej korzystać. W listopadzie natomiast do kolejnych 40 rozesłano wersję elektroniczną. Przesyłki zawierały również wszystkie niezbędne materiały tworzące podstawę metodologiczną zbierania danych. Już w listopadzie do CINN spłynęły pierwsze wypełnione kwestionariusze papierowe. Tak więc można oczekiwać, że niebawem pojawią się pierwsze uwagi i komentarze do narzędzi i materiałów rozesłanych do placówek. Taka forma testowania systemu służyć ma jego udoskonalaniu. Im więcej placówek będzie teraz z niego korzystać, tym więcej zostanie zebranych doświadczeń, a co za tym idzie, tym lepszy stanie się ten system w przyszłości. W każdej chwili wszystkie zainteresowane placówki mogą jeszcze przystąpić do projektu pilotażowego pn. „Monitorowanie zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków”. W 2008 roku planowane jest spotkanie placówek najbardziej zaangażowanych w projekt. Będzie to szansa na wspólne podsumowanie dotychczasowych prac, przebiegu projektu oraz okazja do przedyskutowania pomysłów dotyczących kierunku dalszego rozwoju systemu. W przyszłym roku planowane są również dalsze szkolenia dla pracowników kolejnych placówek, które zdecydują się uczestniczyć w projekcie pilotażowym.

W numerach 2/07 i 3/07 Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA przedstawiono generalne dane dotyczące Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki planowanego na lata 2007–2013. Poniższy artykuł szczegółowo opisuje zasady i kryteria wyboru projektów konkursowych oraz zasady towarzyszące ocenie formalnej i merytorycznej.

PROGRAM OPERACYJNY KAPITAŁ LUDZKI – PROCEDURY SKŁADANIA PROJEKTÓW, KRYTERIA KONKURSOWE

Michał Bonin

Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości

Województwa podkarpackie i dolnośląskie jako pierwsze ogłosiły nabór wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym działań w ramach komponentu regionalnego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL). W chwili obecnej dotyczy to jedynie wybranych działań, mających charakter pilotażowy, służący potwierdzeniu (lub zanegowaniu) sensu wspierania danych obszarów (np. określonych grup społecznych, wiekowych). Warto przyjrzeć się ocenie wniosków w ww. konkursach, podejściu Instytucji Wdrażającej do dyskusyjnych kwestii, zapoznać się z najczęściej popełnianymi błędami. Pozwoli to uniknąć z jednej strony powielania błędów, a z drugiej przełożyć teorię na praktykę.

Ogłoszenie konkursu

Konkursy na projekty w ramach danego Działania (lub Poddziałania) są ogłaszane i prowadzone przez Instytucje Pośredniczące II stopnia (IPII). Dla działań ogólnopolskich rolę instytucji pośredniczących pełnią poszczególne departamenty we właściwych resortach lub agencje rządowe, natomiast dla działań regionalnych – wojewódzkie urzędy pracy, regionalne ośrodki pomocy społecznej lub inne wyznaczone jednostki wdrażające programy unijne.

Nabór wniosków o dofinansowanie jest publiczny. Instytucja Organizująca Konkurs (IOK) w celu wyłonienia projektów do dofinansowania w trybie konkursowym ogłasza konkurs co najmniej w dwóch miejscach: na własnej stronie internetowej oraz w swojej siedzibie, w miejscu publicznie dostępnym.

Ogłoszenie „internetowe”, zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy¹, określa co najmniej:

- rodzaj projektów podlegających dofinansowaniu;

- rodzaj podmiotów, które mogą ubiegać się o dofinansowanie;
- kwotę środków przeznaczonych na dofinansowanie projektów;
- poziom dofinansowania projektów (wyznaczony jako odsetek wartości projektu);
- maksymalną kwotę dofinansowania projektu, o ile kwota taka została ustalona;
- kryteria wyboru projektów;
- termin rozstrzygnięcia konkursu;
- wzór wniosku o dofinansowanie projektu;
- termin, miejsce i sposób składania wniosków o dofinansowanie projektu;
- wzór umowy o dofinansowanie projektu.

IOK w dniu ogłoszenia konkursu zamieszcza informację o nim w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim (w przypadku Priorytetów wdrażanych centralnie) lub regionalnym (w przypadku Priorytetów wdrażanych regionalnie).

Ogłoszenie „prasowe”, zgodnie z art. 29 ust. 3 ustawy, zawiera w szczególności informacje dotyczące:

- rodzaju projektów podlegających dofinansowaniu;
- rodzaju podmiotów, które mogą ubiegać się o dofinansowanie;
- kwoty środków przeznaczonych na dofinansowanie projektów;
- adresu strony internetowej, na której zamieszczono ogłoszenie o konkursie.

Nabór wniosków w ramach PO KL ma charakter konkursu otwartego lub konkursu zamkniętego.

W konkursie otwartym nabór wniosków i ich ocena prowadzone są w sposób ciągły, do wyczerpania określonego limitu środków lub do zamknięcia konkursu uzasadnionego odpowiednią decyzją IOK. Raz w miesiącu na stronie internetowej IOK należy jedynie zamieszczać

informację przypominającą o trwaniu naboru projektów oraz o stanie wykorzystania alokacji przeznaczonej na konkurs. Konkurs zamknięty organizowany jest cyklicznie. Z góry wyznacza się w nim jeden (jeśli konkurs będzie organizowany tylko raz) lub kilka następujących po sobie terminów naboru wniosków. IOK ogłasza konkurs, określając daty otwarcia oraz zamknięcia naboru wniosków, tj. okres, w którym będą one przyjmowane. Pomiedzy datą ogłoszenia naboru a ostateczną datą składania wniosków nie może upłynąć mniej niż 30 dni. Konkurs ogłaszany jest na wybrane lub wszystkie typy projektów w ramach Poddziałania lub Działania, przy uwzględnieniu potrzeb zidentyfikowanych przez IP oraz w celu osiągnięcia założonych wskaźników realizacji Programu (Priorytetu).

IOK może stworzyć rezerwę finansową w wysokości 5% wartości jednego konkursu z przeznaczeniem na ewentualne negocjacje projektów.

Wniosek o dofinansowanie projektu beneficjent składa w instytucji wskazanej w ogłoszeniu o konkursie. Wnioskodawca składa wniosek opatrzony pieczęciami, podpisany przez osobę do tego upoważnioną, w nie więcej niż 2 egzemplarzach papierowych oraz jego wersję elektroniczną (na dyskietce lub płycie CD/DVD – zgodnie z wymogami określonymi przez IOK).

Ocena wniosku

Po złożeniu i rejestracji wniosku następuje ocena formalna. Składa się ona z dwóch etapów, podczas których następuje sprawdzenie, czy wniosek spełnia ogólne kryteria formalne oraz kryteria dostępu. Obowiązek spełniania **ogólnych kryteriów formalnych** wymagany jest przy **wszystkich rodzajach projektów**. Te kryteria dotyczą zagadnień związanych ze spełnieniem wymogów rejestracyjnych oraz wypełnieniem wniosku zgodnie z ogólnie przyjętymi dla PO KL zasadami.

Konieczność spełnienia kryteriów dostępu oznacza, iż możliwość aplikowania o środki PO KL mają jedynie wskazani beneficjenci i/lub wniosek musi spełniać dodatkowe merytoryczne kryteria. Wnioski, które nie spełniają kryteriów dostępu, są odrzucane. Kryteria dostępu mogą dotyczyć konieczności spełnienia przez projekt jednego lub wielu wymogów.

Szczegółowe kryteria dostępu są obowiązkowe dla wszystkich wnioskodawców i podlegają weryfikacji podczas oceny formalnej wniosku. Projekty, które

nie spełniają kryteriów dostępu, są odrzucane. Kryteria dostępu mogą dotyczyć np. wnioskodawcy, grup docelowych, obszaru realizacji projektu, poziomu wymaganego wkładu własnego itp.

Instytucja, która prowadzi nabór wniosków, zobowiązana jest do dokonania oceny formalnej, czyli sprawdzenia kompletności i poprawności złożonej dokumentacji w ciągu 14 dni od daty złożenia wniosku (w przypadku naboru ciągłego) lub 14 dni od daty zamknięcia konkursu (w przypadku konkursów zamkniętych). W uzasadnionych przypadkach, np. dużej liczby wniosków, IOK może wydłużyć powyższe terminy do 21 dni.

Weryfikacji formalnej dokonuje się przy pomocy Karty oceny formalnej wniosku o dofinansowanie projektu w ramach PO KL. Jeżeli wniosek nie spełnia któregośkolwiek z ogólnych kryteriów formalnych lub kryteriów dostępu, zostaje odrzucony i nie jest rejestrowany w systemie informatycznym. Odrzucony wniosek nie podlega korektom ani uzupełnieniom. W ciągu 5 dni od rozpatrzenia wniosku (wypełnienia Karty oceny formalnej) IOK informuje wnioskodawcę o odrzuceniu wniosku na etapie oceny formalnej, wraz z podaniem przyczyn odrzucenia, a także o możliwości złożenia protestu.

Wniosek spełniający wszystkie ogólne kryteria formalne oraz wszystkie kryteria dostępu przekazywany jest do oceny merytorycznej, zaś wnioskodawca otrzymuje od instytucji prowadzącej nabór wniosków, w terminie 5 dni od dnia przekazania wniosku do oceny merytorycznej, pismo o zarejestrowaniu wniosku w krajowym systemie informatycznym i nadaniu mu niepowtarzalnego numeru identyfikacyjnego.

Następnie dochodzi do oceny merytorycznej wniosku, przeprowadzanej w oparciu o ogólne kryteria merytoryczne (i horyzontalne) oraz kryteria strategiczne. Ogólne kryteria merytoryczne dotyczą ogólnych zasad odnoszących się do treści wniosku, wiarygodności i zdolności projektodawcy do podjęcia realizacji projektu oraz zasad finansowania projektów w ramach PO KL. Ogólne kryteria merytoryczne mają charakter uniwersalny, tj. odnoszą się do wszystkich projektów realizowanych w ramach Programu. Natomiast ogólne kryteria horyzontalne mają charakter przekrojowy i zatwierdzone są przez Komitet Monitorujący w toku realizacji Programu w związku z koniecznością zapewnienia realizacji strategicznych celów na poziomie całego PO KL, np.:

- zgodności z właściwymi politykami i zasadami wspólnotowymi (w tym polityką równych szans i koncepcją zrównoważonego rozwoju) oraz prawodawstwem wspólnotowym;
- zgodności z prawodawstwem krajowym;
- zgodności ze Szczegółowym Opisem Priorytetów PO KL obowiązującym w dniu ogłoszenia konkursu.

Kryteria strategiczne dotyczą preferowania pewnych typów projektów przez IP2 lub IP. W przeciwieństwie do kryteriów dostępu, kryteria strategiczne mogą, ale nie muszą być spełnione, by projekt mógł uzyskać pozytywną ocenę merytoryczną.

Wniosek, który spełnia kryteria strategiczne i jednocześnie uzyskał co najmniej 60 punktów podczas oceny spełniania ogólnych kryteriów merytorycznych, a także przynajmniej 60% punktów (z zaokrągleniem w górę, do liczb całkowitych) w poszczególnych elementach oceny merytorycznej (zawartych w Karcie oceny merytorycznej), otrzymuje dodatkowo premię punktową w wysokości określonej przez IP, nie większą niż 20% maksymalnej liczby punktów przypadających na ocenę spełniania ogólnych kryteriów merytorycznych (wynoszącej 100 punktów). Zatem wniosek spełniający w pełni ogólne kryteria merytoryczne oraz kryteria strategiczne może uzyskać do 120 punktów.

Wniosek, który nie spełnia wszystkich kryteriów strategicznych, nie otrzymuje dodatkowych punktów. Spełnienie tylko niektórych z nich nie pozwala na przyznanie jakiegokolwiek premii punktowej. Niespełnienie kryteriów strategicznych nie wyklucza jednocześnie uzyskania maksymalnej liczby punktów za spełnianie ogólnych kryteriów merytorycznych (100 punktów).

Oceną merytoryczną projektów zajmują się Komisje Oceny Projektów (KOP), które umiejscowione są w IP (IP2). W przypadku gdy oceniający dostrzeże, że wniosek nie spełnia ogólnych kryteriów formalnych bądź kryteriów dostępu (ponieważ uchybienia te nie zostały zauważone na etapie weryfikacji formalnej), jako niepodlegający ocenie merytorycznej, trafia on ponownie do oceny formalnej.

Ocena każdego z projektów dokonywana jest przez dwie osoby wybrane w drodze losowania przeprowadzonego przez przewodniczącego. Ogólne kryteria merytoryczne dotyczą treści wniosku, wiarygodności i zdolności beneficjenta (projektodawcy) do podjęcia realizacji projektu oraz zasad finansowania projektów w ramach PO KL. Mają one charakter uniwersalny, tj. odnoszą

się do wszystkich projektów realizowanych w ramach Programu, np.:

- jakość projektu:
 - uzasadnienie potrzeby realizacji projektu w kontekście celów szczegółowych określonych dla danego Priorytetu PO KL;
 - sposób wyboru i zapewnienia udziału w projekcie określonych grup docelowych;
 - wartość dodana projektu;
 - adekwatność doboru instrumentów służących realizacji projektu do sytuacji i potrzeb grupy docelowej;
 - rezultaty projektu;
 - racjonalność harmonogramu działań;
- beneficjent (projektodawca):
 - wiarygodność – doświadczenie w zarządzaniu projektami, potencjał instytucjonalny (w tym potencjał kadrowy i finansowy);
 - sposób zarządzania projektem (czytelność zasad realizacji);
- finansowanie projektu:
 - niezbędność wydatku w stosunku do realizacji projektu i osiągnięcia jego celów;
 - efektywność wydatków projektu (relacja nakład/rezultat);
 - kwalifikowalność wydatków.

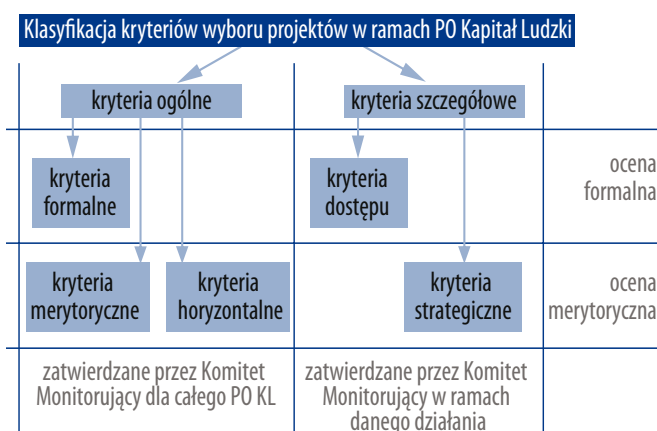
Po przedstawieniu każdej z dwóch niezależnych od siebie opinii, obliczana jest średnia arytmetyczna, która stanowi końcową ocenę projektu. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania za spełnianie kryteriów merytorycznych wynosi 100. W przypadku rozbieżności sięgających 30% ogólnej sumy punktów i więcej pomiędzy opiniami tych dwóch osób (przy czym ocena przynajmniej jednej z nich musi wynosić minimum 60 punktów), projekt poddawany jest powtórnej ocenie, którą przeprowadza trzeci oceniający, również wylosowany przez przewodniczącego KOP. Jeśli IOK tak zdecyduje, przed dokonaniem trzeciej oceny można zasięgnąć opinii eksperta, o której mowa w art. 31 ustawy. Ocena trzeciego oceniającego jest wiążąca i ostateczna.

Każdy oceniający zobowiązany jest do przedstawienia opisowego komentarza stanowiącego uzasadnienie wystawionej oceny. Jeśli oceniający uzna, że zapisy projektu są niezgodne z którąkolwiek z zasad (przepisów) weryfikowanych podczas pierwszego etapu oceny merytorycznej (zgodność z prawodawstwem wspólnotowym i krajowym oraz z politykami i zasadami wspólnotowymi), odnotowuje ten fakt na Karcie oceny merytorycznej.

Negatywna opinia dwóch oceniających skutkuje odrzuceniem wniosku.

Projekt może zostać przyjęty do dofinansowania, jeśli uzyska minimum 60% ogólnej liczby punktów, zaś w poszczególnych elementach oceny merytorycznej, gdy uzyska przynajmniej 60% punktów (z zaokrągleniem w górę, do liczb całkowitych). Pozwoli to uniknąć zatwierdzania projektów, w których jedna z części składowych wyraźnie nie spełnia wymogów stawianych projektom realizowanym w ramach PO KL.

Poniższy schemat przedstawia klasyfikację kryteriów wyboru projektu. Warto zapamiętać główne kryteria, a w przypadku kryteriów szczegółowych mieć na uwadze, iż są zmienne.



Budżet i partnerstwo

Przy konstruowaniu budżetu musimy pamiętać o trzech pojęciach: kosztach bezpośrednich, kosztach pośrednich oraz cross-financingu. Koszty pośrednie są ograniczone następującymi limitami:

- do 20% bezpośrednich kosztów w przypadku projektów o wartości do 2 mln złotych włącznie;
- do 15% bezpośrednich kosztów w przypadku projektów o wartości od 2 do 5 mln złotych włącznie;
- do 10% bezpośrednich kosztów w przypadku projektów o wartości powyżej 5 mln złotych.

Przypomnę tylko, iż w Poddziałaniu 7.2.1 – Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym poziom cross-financingu wynosi do 15% i został ograniczony do zakupu sprzętu i wyposażenia oraz dostosowywania pomieszczeń i miejsc pracy (m.in. do potrzeb osób niepełnosprawnych). Natomiast w Poddziałaniu 9.1.2 – Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów z grup o utrudnionym dostępie do edukacji

oraz zmniejszanie różnic w jakości usług edukacyjnych jego poziom został ograniczony do 10% kosztów kwalifikowanych i może obejmować dostosowanie 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).

Przy tworzeniu budżetu należy pamiętać o takim skalkulowaniu wydatków, aby zaplanowane przez nas działania zostały osiągnięte. I tak, jeśli np. zakup wyposażenia do laboratorium jest naszym głównym celem, musimy tak skonstruować budżet, aby zakup ten nie przekroczył 10% kosztów kwalifikowanych – poszerzyć zakres usług w ramach projektu, wprowadzić dodatkowy komponent związany z projektem. Jeżeli natomiast przewidujemy, iż wydatki w ramach kosztów pośrednich będą istotną częścią naszego budżetu, np. charakter projektu będzie wymagał częstych podróży po kraju kadry zarządzającej lub utworzenia i utrzymania wielu punktów pierwszego kontaktu/świetlic środowiskowych, również musimy zacząć budowanie budżetu po określeniu właśnie wysokości kosztów pośrednich.

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż projekt może być realizowany w partnerstwie. W przypadku projektów składanych w ramach PO KL nie ma ograniczeń co do typów podmiotów, z którymi można współpracować przy ich realizacji, jednak ostatecznie za wykonanie projektu odpowiedzialny jest beneficjent (projektodawca), którego podstawowe funkcje, takie jak np. rozliczanie projektu, obowiązki w zakresie sprawozdawczości, kontroli czy audytu, nie mogą być realizowane przez partnera.

Na etapie składania wniosku beneficjenta (projektodawcę) i jego partnerów musi wiązać umowa (lub porozumienie), jednoznacznie określająca reguły partnerstwa, a przede wszystkim wskazująca wiodącą rolę jednego podmiotu, reprezentującego partnerstwo i odpowiedzialnego za całość projektu i jego rozliczanie wobec IP. Umowa powinna zawierać w szczególności:

- cel partnerstwa;
- obowiązki partnera wiodącego (lidera projektu – beneficjenta) oraz zadania i obowiązki partnerów w związku z realizacją projektu;
- zasady zarządzania finansowego;
- zasady komunikacji i przepływu informacji;
- zasady podejmowania decyzji;

- sposób monitorowania i kontroli projektu.

Część projektu może także zostać zrealizowana przez podmiot wyłoniony w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych, zwany wówczas podwykonawcą. Zasadą rozliczeń pomiędzy beneficjentem (projektodawcą) a zleceńbiorcą (wykonawcą) jest wówczas faktura (rachunek) na realizację usługi/zamówienia. Gdy beneficjent (projektodawca) zakłada zlecenie pewnych usług w ramach projektu, odpowiednie zapisy muszą zostać zawarte już na etapie składania wniosku o dofinansowanie realizacji projektu. W przeciwnym wypadku wydatki poniesione na realizację zleconych usług przez podwykonawcę mogą zostać uznane za niekwalifikowalne na etapie rozliczania projektu.

Czy mamy pieniądze na projekt?

Po zatwierdzeniu listy projektów wnioskodawca otrzyma pismo informujące o:

- przyjęciu wniosku do realizacji;
- możliwości podjęcia negocjacji;
- niemożności finansowania działań z powodu braku środków finansowych, pomimo pozytywnego rozpatrzenia wniosku;
- odrzuceniu wniosku (wraz z uzasadnieniem).

W dwóch ostatnich przypadkach wnioskodawca ma prawo złożenia protestu od wyników oceny.

Zatrzymajmy się jednak przy negocjacjach. Negocjacje mogą dotyczyć zarówno zakresu merytorycznego, jak i finansowego (budżet) projektu, w tym kwoty dofinansowania. Wnioskodawca powinien je podjąć w terminie 5 dni od otrzymania pisma informującego i zakończyć je w ciągu kolejnych 15 dni. Jeżeli w toku negocjacji zmieni się zakres merytoryczny i/lub budżet projektu, wnioskodawca ma obowiązek złożenia w terminie 5 dni od zakończenia negocjacji skorygowanego wniosku o dofinansowanie.

Wnioskodawca, którego projekt nie został wyłoniony do dofinansowania, może złożyć pisemny protest w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji w tej sprawie. Wnie-sienie protestu po terminie skutkuje jego odrzuceniem. Protest może dotyczyć zarówno oceny formalnej, jak i merytorycznej (szczegółowe informacje o wymogach i trybie rozpatrywania protestu znajdują się w rozdziale I Zasady dokonywania wyboru projektów dokumentu System Realizacji PO Kapitał Ludzki dostępnego na

stronie internetowej www.efs.gov.pl). Protest podlega rozpatrzeniu w terminie jednego miesiąca od dnia jego otrzymania przez Instytucję Pośredniczącą, która może protest uwzględnić lub rozpatrzyć go negatywnie.

W przypadku negatywnego rozpatrzenia protestu, ubiegający się o dofinansowanie może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji w tym zakresie, skierować wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy do Instytucji Zarządzającej PO KL. Wniesienie wniosku do innej instytucji lub złożenie go po terminie skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

Wnioskodawca, który otrzymał pismo informujące o przyjęciu wniosku do realizacji lub z pozytywnym skutkiem zakończył negocjacje, ma obowiązek złożenia wszystkich wymaganych dokumentów, np. kopii statutu lub innego dokumentu stanowiącego podstawę prawną działalności beneficjenta/projektodawcy – potwierdzonych za zgodność z oryginałem (dokumenty te nie są wymagane od: jednostek sektora finansów publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, uczelni wyższych); aktualnego wyciągu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego właściwego rejestru (np. ewidencja działalności gospodarczej) z okresu nie dłuższego niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku lub innego dokumentu potwierdzającego formę i charakter prowadzonej działalności wraz z danymi osób upoważnionymi do podejmowania decyzji wiążących w imieniu beneficjenta/projektodawcy (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem); pełnomocnictwa do reprezentowania ubiegającego się o dofinansowanie (dokument wymagany, gdy wniosek jest podpisywany przez osobę/y nie posiadające statutowych uprawnień do reprezentowania wnioskodawcy lub gdy z innych dokumentów wynika, że uprawnionymi do podpisania wniosku są co najmniej dwie osoby).

Pozostaje mi już tylko na koniec życzyć powodzenia w kolejnych konkursach oraz zachęcić do odwiedzania stron internetowych Ministerstwa Rozwoju Regionalnego oraz poszczególnych Instytucji Wdrażających w celu uzupełnienia i poszerzenia wiedzy niezbędnej do prawidłowego aplikowania o środki strukturalne. Warto także śledzić ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursów, aby nasza wiedza na temat realizowanych w naszym regionie projektów była jak najpełniejsza. Pozwoli to uniknąć powielania projektów i przysłowiowego „wydzierania” sobie beneficjenta oraz zweryfikować skuteczność prowadzonych działań.

¹ Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2006, Nr 227, poz. 1658).

Ruszyła nowa kampania informacyjna Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dotycząca bezpieczeństwa młodzieży podczas imprez muzycznych w klubach i dyskotekach.

PILNUJ DRINKA

Danuta Muszyńska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W ostatnich latach coraz częściej słychać o wykorzystaniu substancji odurzających w celach przestępczych i o tragicznych często skutkach wydarzeń z tym związanych. Ponieważ ofiarami tych przestępstw bywają najczęściej kobiety, substancje te zostały nazwane „pigułkami gwałtu”.

Najbardziej znaną z tych substancji jest GHB (gamma-hydroksymaślan), ale to nie jedyny środek wykorzystywany do oszłamiania upatrzonych osób w celu dokonania gwałtu, kradzieży lub innego przestępstwa. Rzecz jednak nie w nazwach, lecz w niebezpiecznym i podstępym działaniu tych preparatów, które ze względu na ich specyfikę można dodać do napoju bez wiedzy potencjalnej ofiary. Substancje te są na ogół bezbarwne, bezzapachowe i praktycznie bez smaku, występują w postaci płynu, proszku, tabletek lub granulatu. Podane w małych ilościach wywołują stan zbliżony do upojenia alkoholowego, osłabiając czujność i zwiększając uległość. Większe dawki powodują uczucie oszołomienia, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, problemy z logicznym i wyraźnym mówieniem. Powodują jednocześnie stan nieświadomości oraz zanik pamięci bez utraty przytomności. Substancje mieszane z alkoholem potęgują działanie depresyjne. Osoba pod wpływem takiej substancji sprawia wrażenie mocno zamroczonej alkoholem, dlatego łatwo wyprowadzić ją z lokalu pod pozorem udzielenia pomocy. Miejsca masowych imprez, takich jak dyskoteki czy kluby muzyczne, sprzyjają sytuacjom przestępczym, ponieważ naturalnym elementem zabaw tanecznych są napoje, a spotkania młodzieżowe z założenia służą poznawaniu innych osób i niezwykle łatwo w takich sytuacjach zapomnieć o wszelkich zagrożeniach. Mając to na uwadze, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zainicjowało kampanię informacyjną skierowaną do młodych bywalców imprez muzycznych, pod hasłem „Pilnuj drinka”. Kampania rozpoczęła się pod koniec listopada 2007 roku i objęła prawie 80 klubów w całej Polsce, w których umieszczono kilkaset plakatów zwracających uwagę na istniejące niebezpieczeństwa związane z substancjami przestępczymi.

Akcja będzie prowadzona do końca 2007 roku w formie nazwanej „W4OCZY”, ponieważ plakaty prezentowane są w specjalnych ramkach znajdujących się w toaletach klubowych. Dla wzmocnienia i upowszechnienia przekazu informacyjnego prowadzona jest jednocześnie akcja banerowa w internecie na stronach często odwiedzanych przez młodzież. Wszystkie elementy kampanii promują adres strony www.pilnujdrinka.pl, na której znajdują się informacje o substancjach, ich niebezpiecznym działaniu oraz porady, jak ustrzec się i co robić, gdy mimo wszystko padnie się ofiarą przestępstwa. Pod tym adresem można dowiedzieć się znacznie więcej na temat zasad bezpiecznej zabawy, gdyż internauta zachęcany jest do odwiedzenia strony prowadzonej przez realizatorów programu promującego zdrowie i bezpieczeństwo w społecznościach klubowych pod nazwą „Alternative Dance”. Ponieważ grupą docelową tego programu są młodzi ludzie, bywalcy imprez muzycznych, potencjalnie narażeni na możliwość zetknięcia się z substancjami psychoaktywnymi, jest to doskonale uzupełnienie prowadzonej kampanii i stanowi jednocześnie dodatkowe źródło wiedzy o zagrożeniach, pierwszej pomocy i narkotykach.

Krajowe Biuro zaprosiło do współpracy wszystkie samorządy wojewódzkie oraz osoby prowadzące programy partyworkerskie w klubach młodzieżowych. Kampania została przyjęta z dużym zainteresowaniem i sukcesywnie włączają się w nią kolejni chętni do prowadzenia działań w środowiskach lokalnych. W chwili obecnej już dziewięć województw oraz ponad dwadzieścia dużych miast zgłosiło swój udział w propagowaniu akcji w swoich regionach, natomiast pozostałe planują włączenie się z początkiem 2008 roku. Nie ma precyzyjnie określonego terminu zakończenia akcji i w każdej chwili można zgłosić swój akces do kampanii. Wszystkich zainteresowanych bezpieczeństwem młodzieży gorąco zachęcamy do wspólnego przedsięwzięcia, dzięki któremu być może uda się zapobiec wielu tragediom.

Plakat dotyczący kampanii znajduje się na IV okładce.

Jak przeprowadzić antynarkotykową kampanię społeczną adresowaną do społeczności lokalnej (miasta, gminy, powiatu)? Artykuł identyfikuje poszczególne etapy pełnego procesu realizacji projektu lokalnej akcji medialnej i szczegółowo opisuje pierwszy etap – planowanie kampanii.

LOKALNA KAMPANIA SPOŁECZNA – PRAKTYCZNE ASPEKTY REALIZACJI

Tomasz Zakrzewski
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Nowoczesne społeczeństwo jest ze wszystkich stron atakowane informacjami i różnorodnymi komunikatami perswazyjnymi nadawanymi przez media. Ten przesyt informacyjny powoduje, że przekaz medialny traktowany jest wybiórczo, filtrowany przez odbiorcę pod kątem jego indywidualnych potrzeb. Informacje rozpoznawane jako zbędne są odrzucane, nie docierając nawet na poziom świadomości odbiorcy. Z drugiej strony istnieje uzasadniona społecznie konieczność edukowania i wpływania na zachowania ludzi w celu minimalizacji negatywnych zjawisk, w tym zachowań ryzykownych związanych z narkotykami. Ponieważ przebicie się z komunikatem perswazyjnym jest nie lada sztuką, w szczególności w kontekście niskich lokalnych budżetów na profilaktykę, istotne jest, aby dobierając narzędzia i sposoby komunikacji z lokalną społecznością, korzystać z dobrych praktyk i sprawdzonych zasad.

Dlaczego kampania społeczna?

Kampania społeczna jest metodą realizacji celów lokalnej strategii profilaktycznej. To zespół działań ukierunkowanych na osiągnięcie niekomercyjnego celu, wykorzystujący narzędzia reklamy i public relation do rozwiązania (bądź przybliżenia się do rozwiązania) problemów o charakterze społecznym. Jak każdy ze sposobów wpływania na odbiorcę, kampania społeczna ma ograniczenia, ale jednocześnie – ze względu na swoją specyfikę – daje dodatkowe możliwości. Po pierwsze, jest masowa – może dotrzeć do większej liczby osób niż tradycyjne komunikaty. W związku z tym jest także ekonomicznie uzasadniona – właśnie ze względu na szerszy krąg oddziaływania (stosunek poniesionych nakładów w przeliczeniu na jednego

beneficjenta jest bardzo korzystny). Powszechność oddziaływania na określoną grupę docelową wzmacnia poczucie wspólnoty, a działania są efektywniejsze, ponieważ odpowiadają wprost na terytorialnie określone potrzeby mieszkańców. Po drugie, lokalna kampania może być działaniem nowatorskim, a przez to zauważalnym w społeczności. Nowatorskie i oryginalne podejście do działań edukacyjnych, perswazyjnych czy informacyjnych, szczególnie w środowisku ludzi młodych, jest warunkiem niezbędnym w nowoczesnej profilaktyce. Po trzecie, ma ważny charakter wizerunkowy. Pozwala poczuć odbiorcy, że nadawca jest nim zainteresowany. Wzmacnia to proces zaufania społecznego, buduje społeczeństwo obywatelskie, co z kolei procentuje w innych obszarach życia gminy, powiatu czy miasta.

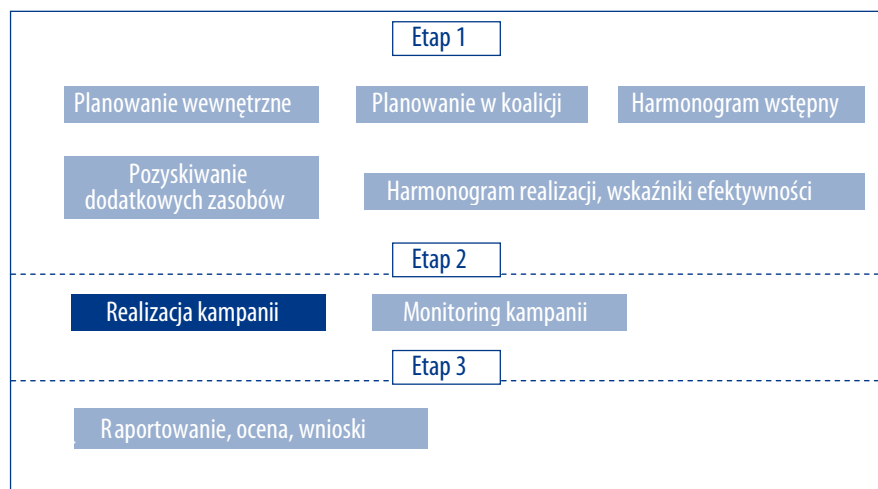
W końcu dobrze zaplanowana kampania informacyjna jest stosunkowo łatwo mierzalna, a wskaźniki jej efektywności można monitorować na bieżąco.

Projekt lokalny – kampania społeczna

Z punktu widzenia zarządzania kampania społeczna jest wieloetapowym projektem. Wieloetapowość jest strategią realizacji celu kampanii. Projekt składa się z trzech podstawowych etapów: planowania, realizacji i oceny (rys. 1.). Strategia ukierunkowana na cel ma za zadanie z jednej strony uporządkować działania, z drugiej zaś efektywnie wykorzystać możliwe zasoby, aby ów cel osiągnąć.

Strategię projektu można porównać do trzech kroków, z których każdy kolejny wynika z poprzedniego. Krok pierwszy – planowanie – dzieli się na planowanie wewnątrz instytucji wiodącej – projektodawcy kampanii, planowanie w koalicji z innymi instytucjami

Rys. 1. Schemat relacji pomiędzy etapami projektu – kampania społeczna



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

– partnerami kampanii, opracowanie wstępnego harmonogramu projektu, pozyskiwanie dodatkowych zasobów zapewniających środki na realizację kampanii, opracowanie ostatecznego harmonogramu realizacji, określenie wskaźników oceny efektywności oraz wskaźników monitorowania realizacji projektu. Krok drugi to realizacja z podziałem na zadania dla partnerów i instytucji wiodącej oraz bieżące monitorowanie przebiegu procesu w celu rozwiązywania problemów pojawiających się na tym etapie. Krok trzeci to zbieranie informacji, ocena ich przydatności, formułowanie wniosków – czyli ocena efektywności. Najwięcej nieudanych projektów wynika z błędów popełnionych już na początku, na etapie planowania kampanii. Z tego względu dalsze rozważania koncentrują się na tym kluczowym etapie.

Dlaczego planowanie jest tak istotne?

Planować trzeba etapowo, po przeprowadzeniu wcześniejszej analizy problemu. Kampania społeczna powinna wynikać bezpośrednio ze strategii lokalnej. Konieczne jest zadanie sobie kilku pytań. Jaki jest cel strategiczny lokalnych działań o charakterze profilaktycznym? Jakie problemy na poziomie konkretnej społeczności są najważniejsze w obszarze zjawiska narkomanii? Czy istnieją lokalne badania, lokalna diagnoza problemów? Tę część planowania wewnętrznego nazywamy analizą.

Nie każdy problem można rozwiązać przy pomocy kampanii społecznej, dlatego należy przeprowadzić analizę

problemów poprzez ich zidentyfikowanie, przeprowadzenie wywodu przyczynowo-skutkowego, antycypację pożądanych skutków działań. Następnym krokiem powinno być określenie celów wynikających z każdego z lokalnych problemów i zadanie pytania: czy strategia oparta na kampanii perswazyjnej, edukacyjnej i/lub informacyjnej jest w stanie te cele zrealizować?

Analiza oparta na diagnozie lokalnej sytuacji powinna doprowadzić do określenia jasnych celów i zidentyfikowania grupy docelowej wraz z jej lokalną charakterystyką.

Znając problem, wiedząc, z czego on wynika, antycypując wizję sytuacji pożądanej i formułując pierwszy, najważniejszy cel kampanii społecznej w gminie czy mieście, animator powinien określić kilka celów operacyjnych o charakterze wstępnym

Planowanie wewnętrzne

Określając cel decydent musi przy planowaniu dokonać przeglądu zasobów zarówno ludzkich, jak i materialnych oraz finansowych; powinien przeprowadzić wraz z pracownikami „burzę mózgów” dotyczącą tych zasobów. Na trzecim etapie planowania wygenerowane pomysły powinny zostać urealnione – przełożone na budżet akcji (z uwzględnieniem zasobów sponsorskich, patronackich itp.). Po wstępnym budżetowaniu należy stworzyć wstępny harmonogram, dokonać analizy SWOT w celu udoskonalenia testowanej wizji realizacji i jeszcze raz punkt po punkcie skorygować wstępny plan projektu, biorąc pod uwagę wnioski z analizy. Dopiero po urealnieniu pomysłów można rozpocząć budowę koalicji lokalnej, tworzyć ostateczny budżet, harmonogram i określić wskaźniki oceny przedsięwzięcia.

1. „Samemu się nie uda...” – monitoring zasobów
Planując kampanię należy określić wewnątrzinstytucjonalne zasoby ludzkie (np. samorządu). Ważne jest, aby pozyskać dla kampanii maksymalnie duże zasoby kadrowe wewnątrz instytucji, np. biuro prasowe, wydelegowane osoby do współpracy z innymi działami, a co najważniejsze znaczące osoby z instytucji, które będą wspierać działania występując

w roli patronów kampanii (np. wójt, burmistrz, prezydent miasta). Należy dokonać analizy poziomu motywacji poszczególnych wewnętrznych partnerów i poziomu ich osobistego zaangażowania. Ważna jest identyfikacja ewentualnych przeciwników kampanii oraz potencjalnego przeciwdziałania wynikającego z konkurencji np. pomiędzy osobami lub działaniami. Potrzebne jest także dokonanie analizy kompetencji osób uczestniczących w kampanii. Zbudowanie silnego zespołu wewnątrz instytucji, zmotywowanego do realizacji projektu oraz rozpoznanie potencjalnych zagrożeń związanych z działaniem zespołu jest niezwykle ważne, bo optymalizuje początek działań.

Następnie samodzielnie, a potem wraz z zespołem, należy przeprowadzić analizę zasobów zewnętrznych – z otoczenia instytucji. Analiza ta – w kontekście celu kampanii oraz zidentyfikowanej grupy docelowej – będzie podstawą do budowy koalicji z partnerami. Kluczowe jest pozyskanie mediów. Bez ich współpracy kampania w ogóle nie dojdzie do skutku. Jeśli na przykład w urzędzie gminy nie ma profesjonalnego działu public relation, należy stworzyć listę teleadresową lokalnych mediów (prasa, telewizja kablowa, radio, sieć tablic ogłoszeniowych, lokalne strony internetowe itp.), uzyskać informacje na temat wysokości nakładów prasy, zasięgu i profilu mediów oraz przeanalizować możliwości wpływu na media – stworzyć listę propozycji dla danego specyficznego medium. Jeśli ta oferta nie będzie możliwa do realizacji, potencjalni partnerzy medialni nie dadzą się nakłonić do współpracy. Zasoby zewnętrzne powinny być identyfikowane i oceniane kontekstowo, w oparciu o cele kampanii i charakterystykę grupy docelowej. Warto dysponować wiedzą na temat miejsca zamieszkania odbiorców kampanii, tego, co robią, jaki styl życia preferują. Ta wiedza może też być przydatna przy składaniu oferty innym – poza mediami – instytucjom otoczenia zewnętrznego, które z racji swej specyfiki mogłyby być zainteresowane wsparciem koalicji (np. szkoły, uczelnie wyższe, policja, straż miejska, pomoc społeczna, ośrodki kultury, spółdzielnie mieszkaniowe, firmy dystrybuujące produkty, sklepy, kościół, organizacje wyznaniowe, organizacje pozarządowe itp.).

Efektom tego etapu planowania jest lista potencjalnych zasobów w podziale na zasoby wewnątrz

instytucji (ludzkie, materialne, w tym sprzęt do wykorzystania, i finansowe) i zasoby na zewnątrz instytucji (antycypowane ludzkie, materialne i finansowe/sponsorskie).

2. Bank pomysłów („burza mózgów”)

Przydatną metodą planowania koalicji oraz tego, jak to zrobić, jest tzw. burza mózgów przeprowadzana wewnątrz instytucji. Każdy z uczestników zespołu wypełnia tabelę składającą się z trzech kolumn:

- Kto może nam pomóc w realizacji kampanii?
- Dlaczego będzie chciał nam pomóc?
- Co trzeba zrobić, aby nam pomógł?

Wszystkie pomysły są dobre, uczestnicy nie powinni ich oceniać. Po 10-15 minutach „burzy mózgów” moderator powinien spisać na tablicy wszystkie propozycje, a następnie przedyskutować je z grupą, ocenić i wyodrębnić najlepsze.

3. Budżetowanie (urealnianie)

Urealnienie pomysłów musi mieć przełożenie na budżet kampanii. Budżet kampanii powinien być zaczynem dla kolejnych działań zewnętrznych instytucji. Powinien być na tyle duży, aby sfinansować po kosztach co najmniej jeden kanał komunikacji o największym lokalnym zasięgu. Dodatkowo budżet powinien stworzyć warunki współpracującym przy kampanii instytucjom do ich promocji na poziomie lokalnym. W budżecie należy przewidzieć, na co należy wydać pieniądze, aby inni dołożyli swój wymierny wkład. Pozwoli to – przy niskim budżecie wyjściowym – na zwiększenie szans pozyskania dodatkowych zasobów i zoptymalizowanie zasięgu lokalnej akcji.

Wiele spraw można załatwić bez środków finansowych bądź przy minimalnych zasobach. Przykłady w tabeli 1.

Przy budżetowaniu warto dodatkowo wziąć pod uwagę:

- łączenie budżetów w koalicji publiczno-publicznej lub publiczno-prywatnej z ustaleniem podziału zadań współpracujących instytucji;
- rozpoznawanie rynku w celu znalezienia najtańszej oferty;
- rabaty społeczne jako formy współpracy z firmami komercyjnymi (realizacja zadań „po kosztach”);
- minimalizację kosztów logistycznych;
- zbiórki pieniędzy na konkretny cel przez współpracujące organizacje pozarządowe;

Tabela 1. Co można zrobić w ramach kampanii za pieniądze i bez pieniędzy?

Za pieniądze lokalne można sfinansować:	Bez pieniędzy:
<ul style="list-style-type: none"> • lokalne materiały akcydensowe z logotypami sponsorskimi i patronackimi, lokalnymi telefonami pomocowymi, adresami placówek • organizację wydarzeń (festyny, spotkania, seminaria, konferencje, happeningi), na których lokalne firmy mogą się zaprezentować lokalnym klientom • artykuły sponsorowane w prasie • lokalną konferencję prasową z prezentacją lokalnej koalicji • telefony konsultacyjne (informacja) 	<ul style="list-style-type: none"> • logistyka – dystrybucja pozyskanych materiałów z instytucji centralnych (przy pomocy istniejących zasobów organizacyjnych, przede wszystkim szkoły, sklepy, tablice informacyjne, placówki służby zdrowia, apteki, dyskoteki itp.) • punkt konsultacyjno-dystrybucyjny w ramach planowanych wydarzeń poza kampanią • sponsoring (media – artykuły, wywiady w lokalnej prasie, telewizji, radiu z zaproszonymi gośćmi, reklama społeczna – darmowe ekspozycje w lokalnej prasie, inserty, sponsoring rzeczowy – nagrody w konkursach, półfabrykaty niezbędne do druku)

- zabieganie o wykorzystanie nowych źródeł finansowania (np. założenie fundacji rozwoju regionalnego i aplikowanie do programów unijnych);
- pozyskiwanie materiałów kampanijnych z zewnątrz.

4. Zarządzanie czasem (harmonogramy)

Projekt odbywa się w czasie i zarządzanie tym elementem jest jednym z aspektów zarządzania zasobami. Czas jest również zasobem i posiada swoją wymiarną cenę, dlatego dobry projekt musi opierać się na realistycznym harmonogramie. Harmonogram powinien uwzględniać: czas potrzebny na etapie analizy na zdobycie informacji, czas planowania wstępnego, pozyskiwania wsparcia zewnętrznego, czas planowania w koalicji. Nieprzypadkowy powinien być także wybór terminu startu samej akcji. Datę należy dopasować do branej pod uwagę grupy docelowej, do jej stylu życia, przyzwyczajzeń i nawyków. Długość oddziaływań perswazyjnych ma wpływ na ich skuteczność, musi być zoptymalizowana. W harmonogramie należy określić terminy włączania w akcję poszczególnych mediów. Warto na początek nagłośnić samą ideę oraz pośrednio wypromować koalicjantów. Następna faza powinna – poprzez działania perswazyjne – wzbudzać u odbiorców motywację do poszukiwania rozwiązań pożądaných ze społecznego punktu widzenia. Akcja powinna mieć swoją kulminację (centralne wydarzenie), nagłośnioną również poprzez współpracujące media oraz nurt „pracy u podstaw”, np. przekazywanie materiałów edukacyjnych, informacyjnych itp. Akcja powinna pozostać w społeczności lokalnej „coś” namacalnego, co by o niej przypominało np. za rok, przed następnymi działaniami. Harmonogram musi także obejmować etap raportowania i oceny.

Warto wiedzieć, że:

- Harmonogram należy podzielić na etapy, z których każdy powinien kończyć się spotkaniem grupy roboczej (przedstawiciele koalicji).
- Każde zadanie w harmonogramie powinno być przypisane konkretnemu koalicjantowi.
- Harmonogram powinien być tworzony na podstawie kalendarza dziennego (nie tygodniowego) wraz z datami.
- Harmonogram powinien mieć także wersję elektroniczną (dla ułatwienia jego aktualizacji).
- Harmonogram powinien uwzględniać miejsce na notatki.
- Harmonogram (wydruk papierowy) powinien być przystosowany do powieszenia na ścianie.
- Harmonogram powinien być kontrolowany raz w tygodniu.
- Harmonogram powinien być szczegółowy.
- Priorytety w harmonogramie powinny być zaznaczone zgodnie z hierarchią ważności, np. kolorami.
- Należy opracować dodatkowy harmonogram dla mediów (tzw. całościowy mediaplan) na potrzeby kontroli i monitoringu (tzw. harmonogram sponsorski).

5. Analiza SWOT (udoskonalanie)

Przy planowaniu warto zrobić prostą analizę SWOT w celu prześledzenia mocnych i słabych stron projektu w kontekście organizacji. Nazwa analizy oparta jest na skrócie angielskich wyrażen: Strengths – mocne strony wewnątrz organizacji, Weakness – słabe strony wewnątrz organizacji, Opportunities – szanse występujące w otoczeniu organizacji, Threats – zagrożenia występujące w otoczeniu organizacji.

Schemat analizy SWOT



Analiza SWOT pozwala na uporządkowanie informacji, opisując ważne pozytywne i negatywne cechy stanu aktualnego oraz na antycypację problemów, które mogą wystąpić w trakcie realizacji projektu. Jest prostym narzędziem zapisywanym w formie czterodzielnej macierzy, w której lewa połowa zawiera dwie kategorie czynników pozytywnych, a prawa – dwie kategorie czynników negatywnych. Wypełnienie każdego z czterech pól polega na odpowiedzi na pytania dotyczące poszczególnych kwadratów (por. schemat analizy SWOT).

Planowanie w koalicji

Następnym etapem jest planowanie w koalicji wraz z partnerami pozyskanymi do projektu. Musi się ono odbywać na zasadach otwartości i zaufania, dlatego oferta przedstawiona partnerom powinna uwzględniać ich potrzeby zidentyfikowane podczas wcześniejszej analizy. Ponadto musi brać pod uwagę specyfikę pracy oraz klimat organizacyjny danej instytucji. Planowanie wraz z partnerami ma za zadanie urealnić listę zasobów (ludzkich, materialnych i finansowych), przełożyć konkretne zasoby na zadania wynikające z celów kampanii lokalnej oraz doprowadzić do powstania

harmonogramu, optymalnego zarówno dla instytucji wiodącej, jak i partnerów. Przed planowaniem należy wszystkich zapoznać z celami kampanii, wynikającymi z lokalnej diagnozy oraz przedstawić każdemu z partnerów zarówno ofertę, jak i wizję współpracy. Koalicja powinna prowadzić działania na podstawie urealnionego harmonogramu. Każdy z partnerów powinien znać swoje funkcje i zadania w kontekście całości projektu i zaakceptowanego przez wszystkich partnerów planu działań. Warto otworzyć dodatkowe kanały komunikacji pomiędzy instytucją wiodącą a partnerami (specjalny telefon, forum na stronie internetowej dostępne wyłącznie dla uczestników koalicji, lista mailingowa) w celu zapewnienia łatwiejszego i pełnego przepływu informacji. Planowanie w koalicji powinno odbywać się poprzez monitorowanie zasobów, „burzę mózgów”, budżetowanie, wypracowywanie wspólnego harmonogramu i analizę SWOT, tak jak przy planowaniu wewnętrznym. Efektem etapu planowania musi stać się: wspólny budżet (określenie zasobów ludzkich, materialnych i finansowych), wspólny harmonogram oparty na zadaniach do realizacji dla każdego z koalicjantów oraz określenie realnych wskaźników efektywności projektu.

Podsumowanie

Planowanie jest pierwszym krokiem lokalnej kampanii społecznej. Narzędzie masowej edukacji prozdrowotnej musi być oparte na racjonalnych przesłankach wynikających z diagnozy problemu narkotykowego w mieście, powiecie czy gminie. Niniejszy artykuł jest pierwszą częścią cyklu, którego celem jest przedstawienie pełnego procesu realizacji projektu lokalnej akcji medialnej. W następnym artykule zostaną przedstawione praktyczne wskazówki, w jaki sposób pozyskiwać partnerów do opisywanego przedsięwzięcia profilaktycznego, na co należy zwracać uwagę, planując efektywną i mierzalną kampanię, jakie problemy można napotkać w procesie realizacji, a także w jaki sposób przeprowadzić monitorowanie i końcową ocenę efektów.

*W Polsce obserwuje się rosnący wpływ badań naukowych na prowadzenie polityki antynarkotykowej, czego dowodem jest umieszczenie badań i monitoringu jako jednego z pięciu obszarów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Podejście to związane jest także z wymogami, jakie stawia Unia Europejska, gdzie szeroko promowana jest tzw. *evidence based policy*, czyli prowadzenie polityki w oparciu o twarde dane, fakty czy badania i analizy naukowe.*

BADANIA Z OBSZARU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE

Marta Struzik, Michał Kidawa
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Promowanie badań naukowych z zakresu narkotyków i narkomanii to jedna z kluczowych aktywności zawartych w Planie Działania Unii Europejskiej na lata 2005–2008. W związku z powyższym zaistniała potrzeba dokonania przeglądu stanu badań z tego obszaru. Inicjatywa ta została podjęta przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, które opracowało wytyczne dotyczące sporządzenia szczegółowego raportu na powyższy temat. Okazuje się bowiem, iż wiedza o realizowanych projektach badawczych na poziomie europejskim jest niekompletna i mało precyzyjna. Wskazuje się na potrzebę uporządkowania dostępnych informacji, a dzięki temu usprawnienie współpracy pomiędzy instytucjami badawczymi, przekazanie informacji o możliwościach finansowania badań oraz przeprowadzenie analizy wpływu wyników badań na krajowe strategie przeciwdziałania narkomanii.

Badania naukowe a polityka antynarkotykowa państwa

W Polsce obserwuje się rosnący wpływ badań naukowych na prowadzenie polityki antynarkotykowej, czego dowodem jest umieszczenie badań i monitoringu jako jednego z pięciu obszarów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) na lata 2006–2010. Podejście to związane jest także z wymogami, jakie stawia Unia Europejska, gdzie szeroko promowana jest tzw. *evidence based policy*, czyli prowadzenie polityki w oparciu o twarde dane, fakty czy badania i analizy naukowe.

Analizując rolę badań w kreowaniu oraz prowadzeniu racjonalnej polityki, należy podkreślić ich główne znaczenie podczas ewaluacji działań podejmowanych w ramach Krajowego Programu. Realizacja KPPN na lata 2000–2005 została poddana ewaluacji, a rekomendacje ewaluatorów zostały w dużej mierze wykorzystane przy tworzeniu nowego Krajowego Programu.

Istnieje także potrzeba analizy skuteczności implementowanych programów profilaktycznych oraz leczniczych. Wyniki badań dostarczają zatem informacji o osiągniętych rezultatach i efektywności działań, co jest niezwykle ważne dla instytucji finansujących rozmaite projekty. Istotny nacisk kładzie się bowiem na określenie zależności pomiędzy osiągniętymi wynikami a poniesionymi kosztami (ang. *cost efficiency*).

Badania w ujęciu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Krajowy Program na lata 2006–2010 definiuje kierunki badań naukowych w zakresie narkotyków i narkomanii. Głównym celem Obszaru 5. „Badania i monitoring” jest dostarczenie informacji o realizacji KPPN. W obszarze tym sprecyzowano kierunki oraz szczegółowe działania, jakie powinny być podejmowane przez podmioty odpowiedzialne za ich realizację.

W ramach Obszaru 5. realizowane będą trzy kierunki działań:

1. Monitorowanie epidemiologiczne problemu narkotyków i narkomanii w Polsce na tle Europy.

2. Monitorowanie reakcji społecznych na problem narkotyków i narkomanii, w tym ewaluacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.
3. Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii.

W niniejszym artykule omówione zostaną dwa pierwsze kierunki, ponieważ są one bezpośrednio związane z tematyką badań.

W ramach monitorowania epidemiologicznego narkotyków i narkomanii w Polsce przewidziano realizację kilku rodzajów badań. Pierwszym są badania ankietowe prowadzone w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej, których celem jest określenie rozpowszechnienia używania narkotyków oraz jego dynamiki. Drugim są badania z wykorzystaniem metod jakościowych, których celem jest dostarczenie informacji na temat wzorów używania narkotyków i problemów z tym związanych oraz identyfikacja czynników marginalizacji społecznej związanej z używaniem narkotyków. Trzeci kierunek stanowią badania kohortowe wśród użytkowników narkotyków, których celem jest z jednej strony monitorowanie rozmiarów umieralności, a z drugiej obserwacja czynników ryzyka zgonów wśród narkomanów. Ponadto zaleca się realizować badania przekrojowe dotyczące zakażeń HIV i HCV wśród użytkowników narkotyków, których celem jest określenie rozmiarów występowania zakażeń HIV i HCV w tej grupie oraz identyfikacja czynników ryzyka zakażeń. W katalogu obszarów badawczych wskazanych do realizacji w Krajowym Programie znalazło się także oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków. Krajowy Program zawiera ponadto zapis, w którym wskazuje się i zobowiązuje podmioty do inicjowania i wspierania badań naukowych w obszarze redukcji popytu na narkotyki, które przyczyniają się do lepszego zrozumienia tego zjawiska.

W Polsce trwają prace nad ukonstytuowaniem się Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami. Jest to inicjatywa niezależna od administracji państwowej. W chwili obecnej przygotowany jest jego statut oraz trwają formalności związane z rejestracją. Celem Stowarzyszenia jest m.in. promowanie, inicjowanie, wspieranie i prowadzenie interdyscyplinarnych badań naukowych nad problemami związanymi z uzależnieniami oraz promowanie i wspieranie krajowej i międzynarodowej współpracy naukowej w tej dziedzinie.

Drugi kierunek Krajowego Programu związany z badaniami naukowymi obejmuje monitorowanie reakcji społecznych na problem narkotyków i narkomanii. W ramach tego kierunku przewidziano do realizacji badania ankietowe w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej, których celem jest charakterystyka trendów w zakresie postaw wobec narkotyków, narkomanii i narkomanów oraz postaw wobec polityki w tym obszarze. KPPN przewiduje także realizację badań z wykorzystaniem metod jakościowych, których

celem jest ocena systemu pomocy osobom uzależnionym oraz pogłębiona ocena postaw społecznych wobec użytkowników narkotyków. Ponadto w ramach badań nad reakcją społeczną na problem narkotyków i narkomanii wskazane jest monitorowanie prasy oraz szacowanie kosztów związanych z problemem narkotyków i narkomanii. Dodatkowo przewidziane jest przeprowadzenie dwuetapowej ewaluacji Krajowego Programu. Pierwszy etap planowany jest na rok 2008, czyli na półmetku realizacji programu, a drugi na rok 2011, po jego zakończeniu. W Krajowym Programie wskazano podmioty odpowiedzialne za realizację określonych działań, a także

uściślono terminy, czyli lata, w których aktywności powinny być implementowane. Podmiotami zaangażowanymi w działania z obszaru badań są zarówno instytucje będące realizatorami badań, np. Państwowy Zakład Higieny (PZH) czy Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), jak również jednostki finansujące badania, takie jak np. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Podsumowując, należy zauważyć, że Krajowy Program kładzie wyraźny nacisk na realizację badań z obszaru zdrowia publicznego oraz badań społecznych, natomiast w mniejszym stopniu eksponuje potrzebę badań biomedycznych. Istnieje jednak zapis nakładający na podmioty obowiązek inicjowania

i wspierania badań naukowych, w którym nie określono precyzyjnie ich dziedziny. Zatem badania o profilu biomedycznym mogą być również finansowane. Jednak w praktyce takie badania rzadko są finansowane z budżetu przeznaczonego na realizację Krajowego Programu. Są najczęściej prowadzone w ramach statutowej działalności instytucji, takich jak np. Instytut Psychiatrii i Neurologii lub z grantów międzynarodowych.

Podstawy instytucjonalne i finansowe działalności badawczej

W Polsce w ramach systemu prawnego i administracyjnego nie funkcjonuje podmiot, który miałby uprawnienia oraz wyznaczone zadania mające na celu koordynowanie podejmowanych w skali kraju badań naukowych dotyczących problematyki narkomanii. Związane jest to m.in. z faktem, iż nie istnieje jeden wspólny rejestr, dzięki któremu możliwe byłoby administrowanie dostępnymi projektami badawczymi w zakresie narkotyków i narkomanii. W Polsce zlecaniem, finansowaniem lub realizowaniem projektów w obszarze działalności naukowej zajmują się poszczególne instytucje administracji rządowej, instytuty i placówki badawcze, pracownie badań społecznych oraz stowarzyszenia. Wskazano jedynie podmiot koordynujący realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie badań i monitoringu, którym jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Krajowe Biuro jest ponadto instytucją zlecającą i finansującą projekty badawcze dotyczące narkotyków i narkomanii. Dzięki dysponowaniu własnym budżetem, przyznawanym przez Ministerstwo Zdrowia, może rozdzielać środki przeznaczone na realizację zadań zleconych m.in. w ramach ogłaszanych konkursów na badania.

Innym źródłem finansowania projektów badawczych jest Komitet Badań Naukowych (KBN), którego przewodniczącym jest minister właściwy do spraw nauki. KBN oferuje możliwość uzyskania funduszy na badania naukowe. Jest on organem administracji rządowej do spraw polityki naukowej i naukowo-technicznej, dokonującym, na podstawie wniosków

właściwych zespołów Komitetu, podziału środków finansowych pomiędzy jednostki naukowe.

Liczne projekty badawcze realizowane są także dzięki grantom przyznanym z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz programom międzynarodowym.

Działalność naukową w obszarze narkotyków i narkomanii w ramach zadań statutowych prowadzi Instytut Psychiatrii i Neurologii. Instytut jest ośrodkiem naukowym specjalizującym się w rozwijaniu nowych metod leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych i neurologicznych, przez co dysponuje także własnymi środkami na realizację projektów badawczych. Priorytetowe kierunki badań w zakresie uzależnień dotyczą epidemiologii, uwarunkowań psychospołecznych, mechanizmów neurobiologicznych oraz nowych metod terapii. IPIiN realizuje także projekty z innymi ośrodkami badawczymi z terenu całej Polski. Poza badaniami prowadzonymi w ramach swojej statutowej działalności, instytucja ta realizuje badania z grantów międzynarodowych oraz badania na zlecenie KBPN.

Państwowy Zakład Higieny prowadzi badawczą i usługową działalność diagnostyczną oraz profilaktyczną na rzecz ochrony zdrowia, zwłaszcza w zakresie projektowania, organizowania i prowadzenia badań oraz opracowywania naukowych podstaw działania w dziedzinie epidemiologii, statystyki medycznej, bakteriologii, wirusologii i immunopatologii. W ramach tych obszarów prowadzi badania z zakresu chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków, w szczególności z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcyjną. PZH realizuje również badania z grantów międzynarodowych oraz badania na zlecenie KBPN.

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii w ramach swojej działalności podejmuje się także realizacji niektórych projektów badawczych, jednak ich zakres jest ograniczony. Badania te najczęściej finansowane są przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Realizację zleconych badań z zakresu narkomanii prowadzą również funkcjonujące na polskim rynku agencje badawcze, szczególnie Pracownia Badań Społecznych PBS DGA, Centrum Badania Opinii Społecznej oraz TNS OBOP.

Tabela 1. Przegląd wybranych badań finansowanych lub realizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2002–2007

Lp.	Rok	Temat badania	Instytucja badawcza	Autor
1.	2007	Ogólnopolskie badania szkolne na temat używania substancji psychoaktywnych ESPAD	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Janusz Sierosławski
2.	2007	Oszacowanie wielkości skutków używania narkotyków w Polsce w 2005 roku	Wyższa Szkoła Zarządzania i Nauk Społecznych im. ks. Emila Szramka w Tychach	Zofia Mielecka-Kubień
3.	2007	Stosowanie przez młodzież leków psychoaktywnych bez zalecenia lekarza	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Agnieszka Pisarska
4.	2007	Problem narkotyków w zakładach karnych i aresztach śledczych	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Janusz Sierosławski
5.	2006	Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Ogólnopolskie badania ankietowe zrealizowane w 2006 roku	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	Janusz Sierosławski
6.	2006	Pilotażowe wdrożenie i ewaluacja funkcjonowania testów PUM i PUN w procesie interwencji wobec nastolatków używających przetworów konopi i innych narkotyków	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka, Agnieszka Pisarska, Katarzyna Kocof
7.	2006	Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Janusz Sierosławski
8.	2006	Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Krakowie i Warszawie. Projekt Multi-City Study. Raport z monitorowania zgłaszalności do leczenia za rok 2005	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	Janusz Sierosławski
9.	2006	Optymalny model zaspokajania potrzeb leczniczych ludzi uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Wanda Langiewicz, Jacek Moskalewicz, Janusz Sierosławski, Katarzyna Dąbrowska, Grażyna Świątkiewicz, Bogusław Habrat
10.	2005 2004	Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji, ze szczególnym uwzględnieniem: migracji pomiędzy krajami (2005), miast o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód (2004)	Państwowy Zakład Higieny	Magdalena Rosińska (2005) Magdalena Rosińska, Andrzej Zieliński (2004)
11.	2005	Ogólnopolskie badania szkolne na temat używania substancji psychoaktywnych	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Janusz Sierosławski
12.	2003	Młodzież 2003	Centrum Badania Opinii Społecznej	
13.	2002	Wzory używania narkotyków i problemy z tym związane wśród mieszkańców Warszawy, Krakowa, Poznania i Wrocławia. Oszacowanie liczby narkomanów w Polsce	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Antoni Zieliński, Janusz Sierosławski

Raporty z badań dostępne są na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.narkomania.gov.pl>

Metody rozpowszechniania wyników badań

Rozpowszechnianiem informacji o wynikach badań i analiz dotyczących zjawiska narkomanii zajmuje się Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Informacje o wdrażanych aktualnie projektach badawczych zbierane są od instytucji i ekspertów współpracujących z CINN. Centrum Informacji prowadzi oraz rozwija metody monitoringu sceny narkotykowej w Polsce oraz inicjuje, wykonuje i zleca do realizacji badania. Ponadto zajmuje się nadzorem merytorycznym zleczanych projektów badawczych. Centrum Informacji pełni rolę punktu informacyjnego dotyczącego badań i analiz na temat narkotyków

i narkomanii, co oznacza, że pracownicy odpowiadają na wszelkie pytania od profesjonalistów, badaczy oraz dziennikarzy na temat dostępnych badań i danych. W ramach swoich obowiązków pracownicy CINN biorą udział w konferencjach i seminariach, gdzie prezentują wyniki badań i analiz. Rozpowszechnianie danych odbywa się także poprzez sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, pełniących podobną funkcję co CINN na szczeblu lokalnym (Struzik, 2007). Konferencje Ekspertów Wojewódzkich organizowane są minimum dwa razy w roku i służą wymianie informacji na temat epidemiologii narkomanii na terenie Polski oraz poszczególnych jej województw i obszarów terytorialnych.

Centrum Informacji wykorzystuje kilka kanałów rozpowszechniania dostępnych informacji. Wszystkie wyniki badań publikowane są na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, na której odnaleźć można pełne wersje raportów z projektów badawczych. Dodatkowo zamieszczone jest zestawienie linków do instytucji centralnych, instytutów naukowo-badawczych, organizacji międzynarodowych i krajowych zajmujących się problematyką narkomanii i promocją zdrowia.

Niewystarczające źródła finansowania są ciągle najważniejszym i najbardziej ograniczającym badania nad uzależnieniem od narkotyków czynnikiem. W Polsce istnieje zaledwie kilka źródeł finansowania tego typu projektów i stosunkowo mała liczba instytucji czy organizacji dysponuje grantami z obszaru narkomanii.

Ponadto Krajowe Biuro wydaje kwartalnik Serwis Informacyjny NARKOMANIA, w którym zamieszczone są opracowania z badań. Czasopismo adresowane jest do praktyków z obszaru przeciwdziałania narkomanii. W przypadku badań o zasięgu ogólnokrajowym prowadzonych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej, oprócz publikacji stosownego

raportu, organizowana jest konferencja prasowa, podczas której dziennikarzom są przekazywane wyniki badań oraz ich interpretacja. W ostatnim czasie odbyły się konferencje na temat raportu z badań realizowanych w ramach europejskiego projektu badań szkolnych ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Konferencje z zakresu problematyki uzależnień od różnych środków psycho-

aktywnych organizowane są również przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Problemy i ograniczenia

Realizowanie badań naukowych z obszaru narkotyków i narkomanii związane jest z kilkoma zasadniczymi problemami i ograniczeniami. Pierwszym z nich są zmieniające się uregulowania prawne wpływające na sposoby zbierania danych i prowadzenie statystyk (np. przejście z 9 do 10 rewizji ICD). Powoduje to brak ciągłości danych i uniemożliwia obserwowanie trendów długoterminowych. Kolejny problem to coraz większy nacisk na ochronę danych osobowych, w szczególności w przypadku osób uzależnionych. Utrudnia to np. śledzenie kontaktów osób z wieloma instytucjami czy badania podłużne, w przypadku których po pewnym czasie planuje się powrót do badanej zbiorowości.

Nadal nurtującą kwestią podczas prowadzenia badań naukowych jest trudna do oceny jakość danych źródłowych, z jakich korzystają badacze. Bardzo często muszą oni analizować dane, na których jakość nie mają żadnego wpływu, czasami nawet nie wiedzą dokładnie, w jaki sposób są one zbierane. Innym bardzo waż-

nym ograniczeniem jest problem finansowania badań o charakterze interdyscyplinarnym. Niejednokrotnie zakres kompetencji instytucji zlecających badania jest zawężony. Pojawia się wtedy problem z finansowaniem projektów, które podchodzą do pojawiających się zjawisk w sposób szerszy i całościowy, obejmując wiele zakresów i dziedzin.

Niewystarczające źródła finansowania są ciągle czynnikiem najważniejszym i najbardziej ograniczającym badania nad uzależnieniem od narkotyków. W Polsce istnieje zaledwie kilka źródeł finansowania tego typu projektów i stosunkowo mała liczba instytucji czy organizacji dysponuje grantami z obszaru narkomanii.

Pomimo tego, że widoczny jest pewien wpływ wyników badań i analiz na prowadzoną politykę, to nadal jest on niewystarczający. Brakuje np. zinstytucjonalizowanych mechanizmów określających sposoby podejmowania i planowania działań w oparciu o naukowe podstawy, a także uwarunkowanych prawnie lub organizacyjnie zasad współpracy pomiędzy badaczami a decydentami. Należy przypuszczać, że zaangażowanie naukowców w dostarczanie rekomendacji płynących z badań jako materiału do tworzenia racjonalnej polityki państwa wobec zjawiska narkomanii będzie w następnych latach wzrastać.

Perspektywy na przyszłość

W Polsce trwają prace nad ukonstytuowaniem się Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami. Jest to inicjatywa niezależna od administracji państwowej. W chwili obecnej przygotowujący jest jego statut oraz trwają formalności związane z rejestracją. W jego skład wchodzi badacze już realizujący projekty z zakresu uzależnień oraz ci, którzy są zainteresowani w przyszłości takimi badaniami. Celem Stowarzyszenia jest promowanie, inicjowanie, wspieranie i prowadzenie interdyscyplinarnych badań naukowych nad problemami związanymi z uzależnieniami oraz promowanie i wspieranie krajowej i międzynarodowej współpracy naukowej w tej dziedzinie.

Do zadań Stowarzyszenia będzie także należała popularyzacja wiedzy związanej z problematyką uzależnień w formie wykładów publicznych, wydawanie publikacji i organizowanie szkoleń oraz prowadzenie doradztwa naukowo-badawczego, konsultacji i wy-

konywanie ekspertyz, a także ogłaszanie konkursów i finansowanie badań nad wybranymi zagadnieniami tematycznymi. Ponadto do zadań Stowarzyszenia będzie należeć m.in.: współpraca z władzami państwowymi i samorządowymi oraz innymi instytucjami i organizacjami w zakresie badań naukowych, nauczania, stosowania i rozwijania myśli naukowej związanej z problematyką uzależnień; utrzymywanie kontaktów, współpraca i wymiana doświadczeń z innymi towarzystwami naukowymi, profesjonalnymi i społecznymi o podobnym profilu działania w kraju i za granicą; prowadzenie działalności wydawniczej i współpraca w tym zakresie z innymi wydawnictwami oraz prowadzenie biblioteki.

Wartością dodaną istnienia Stowarzyszenia może być integracja środowiska naukowego, a przez to możliwość koordynacji działań z zakresu badań nad uzależnieniami (w tym także nad problematyką narkomanii).

Funkcjonowanie Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami może też przynieść wiele zmian w zakresie rozpowszechniania informacji o wynikach badań i analiz, rozszerzając istniejące dotychczas kanały informacyjne.

Bibliografia

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EM-CDDA), „Guidelines for 2007 National Reporting”.

Instytut Psychiatrii i Neurologii [on-line] <http://www.ipin.edu.pl/> [z dnia 01.10.2007].

Instytut Psychiatrii i Neurologii, „Sprawozdanie z działalności 2006 roku”, Dział Planowania i Dokumentacji Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007 [on-line] <http://www.ipin.edu.pl/> [z dnia 01.10.2007].

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii [on-line] <http://www.narkomania.gov.pl/> [z dnia 01.10.2007].

Komitet Badań Naukowych [on-line] <http://kbn.icm.edu.pl/pub/kbn/sklady/okbn.html> [z dnia 01.10.2007].

Państwowy Zakład Higieny [on-line] <http://www.pzh.gov.pl/uslugi/index.html> [z dnia 01.10.2007].

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 [on-line] <http://www.narkomania.gov.pl/> [z dnia 01.10.2007].

Statut Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (wersja robocza).

Struzik M., „Sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii: struktura, zadania i funkcje”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 3 (38) 2007.

Większość osób wychodzących z uzależnienia jest przekonana o braku odpowiednich kompetencji umożliwiających im odniesienie sukcesu w życiu i poradzenie sobie z trudnościami dnia codziennego.

STRUKTURA OSOBOWOŚCI I POZIOM NADZIEI NA SUKCES U OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY W OŚRODKACH MONAR

Jarosław Jastrzębski

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Małgorzata Kruk

Klinika Chorób Wieku Dziecięcego Akademii Medycznej, Stowarzyszenie MONAR

Wprowadzenie

Prezentowane badania zostały zrealizowane w ramach finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego projektu promocji aktywnej polityki społecznej poprzez wspieranie grup szczególnego ryzyka. Zasadniczym celem tego projektu jest organizowanie pomocy dla osób z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Projekt jest prowadzony przez Rodzinną Poradnię Profilaktyki Uzależnień MONAR na terenie dwóch województw: mazowieckiego i małopolskiego. Uczestniczą w nim beneficjenci ze stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień MONAR, osoby będące w leczeniu ambulatoryjnym, w leczeniu substytucyjnym oraz przebywające w placówkach wychodzenia z bezdomności Markot.

Punktem wyjścia badań były niepokojące statystyki dotyczące skuteczności programów aktywizacji zawodowej oraz zwiększająca się liczba osób wracających do uzależnienia lub bezdomności po zakończeniu leczenia. Z informacji dotyczących losów osób kończących leczenie w placówkach MONAR wynika, że problemem nie jest znalezienie pracy, lecz stopniowe wycofywanie się tych osób z życia zawodowego i społecznego.

Na podstawie analizy danych dostępnych w literaturze przedmiotu oraz przesłanek wynikających z rozmów prowadzonych w zespołach terapeutycznych udało

się wstępnie ustalić, że podstawą stopniowego wycofywania się z życia zawodowego i społecznego są deficyty w zakresie: (1) zdolności do znajdowania rozwiązań oraz wytrwałości w realizowaniu podjętych działań, (2) umiejętności interpersonalnych związanych ze specyfiką pracy i komunikacji w grupie zadaniowej (pracowniczej), (3) umiejętności kontrolowania, rozpoznawania i wykorzystywania emocji w rozwiązywaniu problemów, (4) uruchamiania adekwatnych i efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

W związku z powyższym uczyniliśmy przedmiotem naszych badań następujące zmienne psychologiczne: nadzieja na sukces w ujęciu C.R. Snydera (2002), kompetencje społeczne (Maczak, 2001), inteligencja emocjonalna (Goleman, 1997) oraz sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych w ujęciu N.S. Endlera i J.D.A. Parkera (1994).

Celem badań było ustalenie głębokości deficytów w zakresie wymienionych mechanizmów oraz ich uwarunkowań osobowościowych. W naszym przekonaniu wiedza ta może przyczynić się do usprawnienia procesu terapeutycznego, a przez to polepszyć funkcjonowanie beneficjentów placówek MONAR.

W niniejszym artykule koncentrujemy się na wynikach dotyczących poziomu i osobowościowych uwarunkowań nadziei na sukces w ujęciu C.R. Snydera.

Charakterystyka badanych zmiennych

Nadzieja na sukces

Readaptacja do życia społecznego i zawodowego w przypadku osób wychodzących z uzależnienia wiąże się z reguły z poważnymi wyzwaniem. Pokonywanie własnych obaw i ograniczeń wymaga szczególnego rodzaju determinacji, która wyraża się w przekonaniu o możliwości osiągnięcia postawionych sobie celów. Okazuje się, że skuteczność radzenia sobie z różnymi trudnościami natury intro- i interpersonalnej zależy nie tylko od posiadania odpowiednich umiejętności, lecz wiąże się również z silnym przekonaniem o posiadaniu właściwych kompetencji umożliwiających odniesienie sukcesu. Snyder (2002) przekonanie to określa mianem nadziei.

Poziom nadziei odpowiada za efektywność zachowań jednostki, sposób pokonywania przeszkód i wytrwałość w realizacji dążeń oraz wpływa na poziom przystosowania się do życia (Łaguna, Trzebiński, Zięba, 2005).

Według Snydera (2002) nadzieja zawiera w sobie dwa podstawowe składniki. Po pierwsze przekonanie o tym, że odniesie się sukces, a po drugie przekonanie, że sukces ten zależy od własnych kompetencji. Dlatego też Łaguna, Trzebiński i Zięba (2005) proponują, aby konstrukt ten określić mianem nadziei na sukces.

Rola nadziei na sukces nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji zmęczenia ciągłym zmaganiem się z nieprzychylnością otoczenia, pokonywania rozmaitych przeszkód i wątplenia. Dzięki niej człowiek jest zdolny wytrwać na obranej przez siebie drodze do celu. Umożliwiają to dwa komponenty nadziei na sukces: silna wola oraz umiejętność znajdowania rozwiązań. Pierwszy z nich znajduje wyraz w silnym przekonaniu o możliwości zrealizowania powziętego planu oraz w przeświadczeniu o zdolności do zainicjowania dążenia i wytrwania w nim mimo napotkanych przeszkód. Z kolei umiejętność znajdowania rozwiązań łączy się ze spostrzeganiem siebie jako kogoś zaradnego, będącego w stanie znaleźć jeden lub kilka sposobów rozwiązania określonego problemu (Snyder, Cheavens, Sympson, 1997).

Wyższy poziom nadziei na sukces wiąże się z lepszym ogólnym przystosowaniem. Świadczą o tym wyniki badań, w których stwierdza się związki nadziei na sukces ze skłonnością do reagowania pozytywnymi emocjami (Snyder, Harris i in., 1991), mniejszym nasileniem

negatywnych myśli (Affleck, Tennen, 1996), wyższą samooceną, poczuciem satysfakcji z życia oraz niższą depresyjnością i lepszym radzeniem sobie ze stresem (Kwon, 2002). Ponadto poziom nadziei na sukces wiąże się dodatnio ze skutecznością i efektywnością zachowań podejmowanych w celu uporania się z trudną sytuacją (Chmielewska, Trzebiński, 2004), a jednocześnie odpowiada za poziom przystosowania się do sytuacji trudnej (Krześniak, 2003).

Interesujących przesłanek dostarczają wyniki badań Łaguny (2005), w których brały udział osoby bezrobotne. Na ich podstawie można stwierdzić, że wyższy poziom nadziei na sukces jest istotnie związany z podejmowaniem działań umożliwiających wyjście z sytuacji bezrobocia.

Nadzieja na sukces odgrywa również znaczącą rolę w funkcjonowaniu społecznym. Wysoki poziom nadziei na sukces sprawia, że jednostka borykająca się z trudnościami jest w większym stopniu skłonna zwrócić się o pomoc do osób, z którymi czuje się w jakiś sposób związana (Kwon, 2002). Poza tym osoby z wysoką nadzieją charakteryzują się większymi kompetencjami społecznymi (Snyder, Hoza i in., 1997) i są w większym stopniu tolerancyjne i skłonne wybaczać (Tierney, 1995).

Na szczególną uwagę zasługują wyniki badań, w których poszukiwano związków nadziei na sukces z postępem w psychoterapii. Snyder, Sympson i in. (2000) podkreślają, że zwiększanie nadziei na sukces ma istotne znaczenie w terapii osób zmagających się z problemem utraty bliskiej osoby lub pracy oraz w przypadku trudności z realizacją celów, które wymagają zaangażowania się w relacje z innymi.

Struktura osobowości

Przystosowanie się do życia społecznego i zawodowego w znacznej mierze zależy od pewnych indywidualnych predyspozycji oraz tendencji reagowania jednostki. Według Cattella (1957) można wśród nich wyróżnić cechy temperamentalne (związane z takimi wrodzonymi aspektami zachowania, jak szybkość reakcji, energia i wrażliwość emocjonalna), cechy dynamiczne (związane z motywacją do działania) oraz cechy zdolnościowe (związane z efektywnością, z jaką jednostka osiąga wyznaczone sobie cele). Układ tych cech, charakterystyczny dla jednostki, Cattell określa mianem osobowości. Dzięki

poznaniu owych indywidualnych wzorców zachowania możliwe jest przewidywanie, jak dana jednostka zachowa się w określonej sytuacji (Cattell, 1950).

Cattell wyodrębnił 16 uniwersalnych wymiarów osobowości i nazwał je czynnikami podstawowymi. Są to: *czynnik A* – wiązka cech określana jako Serdeczność, *czynnik B* – sposób Rozumowania, *czynnik C* – Emocjonalna stabilność, *czynnik E* – Dominacja, *czynnik F* – Żwawość, *czynnik G* – Sumiennosc, *czynnik H* – Śmiałość, *czynnik I* – Wrażliwość, *czynnik L* – Czułość, *czynnik M* – Abstrakcyjność, *czynnik N* – Skrytość, *czynnik O* – Bojaźliwość, *czynnik Q1* – Otwartość na zmianę, *czynnik Q2* – Samowystarczalność, *czynnik Q3* – Perfekcjonizm, *czynnik Q4* – Napięcie psychiczne.

Układ tych 16 wymiarów stanowi zbiór względnie trwałych indywidualnych cech (wrodzonych i wyuczonych), który jest podłożem kształtowania się innych właściwości jednostki, takich jak na przykład nadzieja na sukces.

Charakterystyka badanej grupy i metody

Badaniami objęto grupę 108 osób (23 kobiety i 85 mężczyzn) korzystających z pomocy ośrodków MONAR zlokalizowanych na terenie województwa mazowieckiego i małopolskiego. Wiek badanych wahał się między 20. a 48. rokiem życia (średnia 27 lat). Badania przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza Nadziei na Sukces (KNS), opracowanego przez Łagunę, Trzebińskiego i Ziębę (2005). Kwestionariusz przeznaczony jest do pomiaru siły oczekiwania pozytywnych efektów własnych działań, na które składają się dwa komponenty: przekonanie o posiadaniu silnej woli, czyli świadomość własnej skuteczności ujawniana w inicjowaniu dążenia do celu i trwaniu w nim oraz przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań, czyli świadomość własnej wiedzy i kompetencji intelektualnych ujawnianych w sytuacjach wymagających wymyślenia lub poznania nowych sposobów prowadzących do osiągnięcia celu.

Tabela 1. Odsetek osób uzyskujących niskie, przeciętne i wysokie wyniki w Kwestionariuszu Nadziei na Sukces w skali przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań i w skali przekonanie o własnej skuteczności i wytrwałości (N=108)

	Niskie wyniki	Przeciętne wyniki	Wysokie wyniki
Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	38,60%	40,40%	21,00%
Przekonanie o własnej skuteczności i wytrwałości	38,60%	35,10%	26,30%

Do badania struktury osobowości wykorzystaliśmy Kwestionariusz Cattella 16 PF-5 w polskiej adaptacji Kucharskiego (2004). Kwestionariusz przeznaczony jest do badania 16 dwubiegunowych wymiarów osobowości opisanych wyżej.

Zakładaliśmy, że w terapii osób wychodzących z uzależnienia główny nacisk położony jest na zmianę zachowań związanych z leczonym zaburzeniem, co może skutkować zaniedbaniem sfery funkcjonowania psychologicznego, wyrażającego się w przekonaniu o umiejętności znajdowania rozwiązań i silnej woli. W związku z tym oczekiwaliśmy niskiego poziomu nadziei na sukces u beneficjentów ośrodków MONAR.

Ponadto, biorąc pod uwagę fakt, iż wyodrębnione przez Cattella wymiary osobowości mają naturę względnie trwałych cech, oczekiwaliśmy istnienia związków między strukturą osobowości w ujęciu Cattella a poziomem nadziei na sukces.

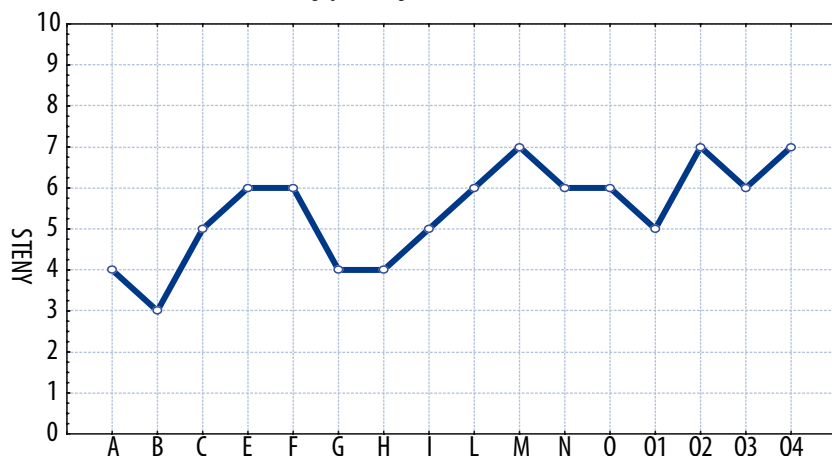
Wyniki

W tabeli 1. zestawiono wyniki beneficjentów ośrodków MONAR, które dotyczą nadziei na sukces wyrażającej się w przekonaniu o umiejętności znajdowania rozwiązań i w przekonaniu o własnej skuteczności i wytrwałości. Na tej podstawie można stwierdzić, że największy odsetek badanych stanowią osoby uzyskujące przeciętne (40,40%) i niskie (38,6%) wyniki w skali przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań. 21% osób uzyskało wyniki wysokie w tej skali. Oznacza to, że zdecydowana większość osób zmagających się z problemem uzależnienia (blisko 80%) nie jest zdolna lub jest zdolna w niskim stopniu do spostrzegania siebie jako tych, którzy mogą znaleźć skuteczne sposoby na osiągnięcie stawianych sobie celów. Zaledwie 1/5 badanych jest przekonana o tym, iż posiada odpowiednią wiedzę i kompetencje intelektualne, które pozwalają na skuteczne realizowanie własnych zamierzeń.

Podobne prawidłowości zarejestrowano w przypadku skali mierzącej poziom *przekonania o własnej skuteczności i wytrwałości*. 38,6% respondentów uzyskało wyniki niskie, 35,10% przeciętne, a 26,30% wyniki wysokie. Oznacza to, że większość badanych (nieco ponad 70%) w małej bądź przeciętnej mierze żywi przekonanie, iż potrafi zainicjować dążenie do celu po wybranej uprzednio przez siebie drodze, i że potrafi wytrwać w tym mimo napotkanych przeszkód. Zaledwie ¼ badanych to osoby posiadające silne przekonanie o własnej skuteczności w obliczu przeszkód i zmęczenia, posiadające silną wolę, umożliwiającą im wytrwanie w realizacji postawionych sobie celów.

Wykres 1. przedstawia wyrażony w skali stenowej uśredniony profil struktury osobowości osób leczących się z uzależnienia w ośrodkach MONAR. Respondenci uzyskali niskie wyniki w skali A – *Serdeczność* (4 sten), w skali B – *Rozumowanie* (3 sten), w skali G – *Świadomość reguł* (4 sten) oraz w skali H – *Śmiałość społeczna* (4 sten), natomiast wysokie (podwyższone) wyniki w skali M – *Abstrakcyjność* (7 sten), w skali Q2 – *Samodzielność* (7 sten) oraz Q4 – *Napięcie* (7 sten).

Wykres 1. Profil struktury osobowości według 16-czynnikowego modelu R.B. Cattella dla osób leczących się z uzależnienia



Interpretacja tych wyników opiera się na opisach zawartych w podręczniku do testu (Kucharski, 2004).

Osoby, które uzyskały niskie wyniki w skali A, charakteryzują się rezerwą w relacjach z innymi, tendencją do bycia ostrożnymi w angażowaniu się i przywiązywaniu do innych. Wolą wykonywać pracę samotnie i preferują zajęcia związane z zainteresowaniami mechanicznymi, intelektualnymi i artystycznymi. Źle znoszą sytuacje, które wymagają szerokich interakcji społecznych bądź bliskości emocjonalnej.

Niskie wyniki w skali B świadczą o niskiej umiejętności rozumowania, brakach w wykształceniu, depresyjności, napięciu bądź pogrążeniu we własnych problemach.

Niskie wyniki w skali G charakteryzują osoby ze skłonnością do nie przestrzegania norm, reguł i regulacji. Może to mieć związek bądź ze słabo rozwiniętą (niedojrzałą) umiejętnością odróżniania dobra od zła, dla której podstawę stanowi brak uwewnętrznionych wartości moralnych, bądź z wykształceniem niekonwencjonalnych standardów moralnych.

Niskie wyniki w skali H świadczą o tendencji do bycia społecznie bojaźliwym i ostrożnym. Osoby te charakteryzuje nieśmiałość, brak poczucia własnej wartości oraz zakłopotanie, które pojawia się zazwyczaj w nowym otoczeniu. Odczuwają one silny dyskomfort w sytuacjach wymagających od nich ekspozycji społecznej lub poddania się ocenie grupy.

Osoby uzyskujące wysokie wyniki w skali M są bardziej zorientowane na wewnętrzne procesy myślowe oraz idee niż na rzeczywistość zewnętrzną. Koncentrują się raczej na własnych wyobrażeniach i fantazjach. Są twórcze, potrafią wygenerować dużą ilość pomysłów.

Jednakowoż osoby te mogą mieć trudności w kontrolowaniu własnej uwagi lub sytuacji, a w związku z tym narażone są na popełnianie szeregu błędów i pomyłek.

Osoby uzyskujące wysokie wyniki w skali Q2 wolą spędzać czas samotnie i preferują autonomię w działaniu i podejmowaniu decyzji. Mogą wykazywać trudności we współpracy z innymi.

Osoby z wysokimi wynikami w skali Q4 są niespokojne, impulsywne, drażliwe, z tendencją do łatwego popadania w zniecierpliwienie. Wysokie napięcie może utrudniać samokontrolę, przez co będzie przyczyniać się do obniżenia skuteczności

i efektywności podejmowanych działań.

Związki cech osobowości z poziomem nadziei na sukces

W celu ustalenia związków między strukturą osobowości w ujęciu Cattella a poziomem nadziei na sukces w grupie beneficjentów ośrodków MONAR, skorelowano ze sobą wyniki kwestionariusza osobowości 16 PF-5 z wynikami Kwestionariusza Nadziei na Sukces. Uzyskane w ten

sposób dane zestawiono w tabeli 2. Wynika z nich, że ogólny poziom nadziei na sukces koreluje dodatnio: ze skalą *C* (Zrównoważenie emocjonalne) ($r=0,46$; $p<0,01$), ze skalą *E* (Dominacja) ($r=0,21$; $p<0,05$), ze skalą *G* (Świadomość reguł) ($r=0,23$; $p<0,05$) oraz ze skalą *Q3* (Perfekcjonizm) ($r=0,27$; $p<0,01$), natomiast ujemnie: ze skalą *M* (Abstrakcyjność) ($r=-0,31$; $p<0,01$), ze skalą *N* (Skrytość) ($r=-0,25$; $p<0,05$) i ze skalą *O* (Bojaźliwość) ($r=-0,24$; $p<0,05$).

Jeśli zaś chodzi o poszczególne komponenty nadziei na sukces, to skala mierząca poziom przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań koreluje dodatnio: ze skalą *C* (Zrównoważenie emocjonalne) ($r=0,34$; $p<0,01$), ze skalą *E* (Dominacja) ($r=0,20$; $p<0,05$) oraz skalą *H* (Śmiałość) ($r=0,21$; $p<0,05$), natomiast ujemnie koreluje ze skalą *M* (Abstrakcyjność) ($r=0,21$; $p<0,05$). W przypadku skali mierzącej poziom przekonania o sile woli możliwe było stwierdzenie dodatnich korelacji: ze skalą *C* (Zrównoważenie emocjonalne) ($r=0,46$; $p<0,01$), ze skalą *G* (Świadomość reguł) ($r=0,28$; $p<0,01$) oraz ze skalą *Q3* (Perfekcjonizm) ($r=0,28$; $p<0,01$), i ujemnych: ze skalą *M* (Abstrakcyjność) ($r=-0,35$; $p<0,01$), ze skalą *N* (Skrytość) ($r=-0,31$; $p<0,01$) oraz ze skalą *O* (Bojaźliwość) ($r=-0,31$; $p<0,01$).

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że wysoki poziom nadziei na sukces idzie w parze ze

stabilnością i dojrzałością emocjonalną, dominacją i stanowczością, świadomością reguł i obowiązkowością, dobrym zorganizowaniem i samodyscypliną, praktycznym nastawieniem do zadań, otwartością i szczerością oraz spokojem, pewnością i zadowoleniem z siebie.

Przekonaniu o zdolności do znajdowania rozwiązań towarzyszy stabilność i dojrzałość emocjonalna, śmiałość i przedsiębiorczość oraz praktyczne nastawienie na zadania. Natomiast przekonaniu o sile woli, a więc wytrwałości w realizowaniu raz postawionych sobie celów, sprzyjają takie właściwości, jak: stabilność i dojrzałość emocjonalna, świadomość reguł i obowiązkowość, dobre zorganizowanie i samodyscyplina, praktyczne podejście do zadań, otwartość i szczerość i wreszcie pewność oraz zadowolenie z siebie.

Wnioski

Celem naszych badań było ustalenie głębokości deficytów w zakresie nadziei na sukces oraz jej związków z cechami osobowości w grupie osób wychodzących z uzależnienia. Byliśmy przekonani, że pogłębianie wiedzy w tym zakresie rzuci więcej światła na psychologiczne aspekty niepokojącego zjawiska, jakim jest stopniowe wycofywanie się beneficjentów ośrodków MONAR z życia społecznego i zawodowego.

Tabela 2. Korelacje r Pearsona między kwestionariuszem osobowości Cattella 16 PF-5 a Kwestionariuszem Nadziei na Sukces (KNS) w grupie osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR (N=108)

Skale KNS Skale 16 PF-5	Umiejętność znajdowania rozwiązań	Siła woli	Nadzieja na sukces wynik ogólny
<i>A Serdeczność</i>	0,07	0,09	0,08
<i>B Rozumowanie</i>	-0,02	-0,04	0,00
<i>C Zrównoważenie emocjonalne</i>	0,34**	0,46**	0,46**
<i>E Dominacja</i>	0,20*	0,16	0,21*
<i>F Żywość</i>	0,02	0,08	0,07
<i>G Świadomość reguł</i>	0,10	0,28**	0,23*
<i>H Śmiałość</i>	0,21*	0,11	0,14
<i>I Wrażliwość</i>	-0,03	-0,16	-0,11
<i>L Czujność</i>	0,07	-0,09	0,02
<i>M Abstrakcyjność</i>	-0,21*	-0,35**	-0,31**
<i>N Skrytość</i>	-0,16	-0,31**	-0,25*
<i>O Bojaźliwość</i>	-0,10	-0,31**	-0,24*
<i>Q1 Otwartość na zmiany</i>	0,09	-0,08	0,01
<i>Q2 Samodzielność</i>	-0,06	-0,14	-0,12
<i>Q3 Perfekcjonizm</i>	0,18	0,28**	0,27**
<i>Q4 Napięcie</i>	-0,08	-0,14	-0,09

* $p<0,05$ (dwustronna); ** $p<0,01$ (dwustronna).

Próby ustalenia podłoża deficytów w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym skierowały nasze zainteresowanie w stronę nadziei na sukces, wyrażającej się w przekonaniu o umiejętności znajdowania rozwiązań oraz o silnej woli, a więc zdolności wytrwania w realizowaniu postawionych sobie celów. Uznaliśmy, że w przypadku osób borykających się z problemem readaptacji do życia po zakończonej terapii, odpowiednio wysoki poziom nadziei na sukces ma niebagatelne znaczenie.

Z naszych badań wynika, że:

1. Poziom nadziei na sukces u przeważającej części badanych jest niski lub przeciętny, a to oznacza, że zdecydowana większość osób wychodzących z uzależnienia jest przekonana o braku odpowiednich kompetencji umożliwiających im odniesienie sukcesu w życiu i poradzenie sobie z trudnościami dnia codziennego.
2. W przebadanej grupie dominują osoby z deficytami w zakresie kompetencji społecznych, o czym świadczą niskie wyniki w *skali A (Serdeczność)*, *H (Śmiałość społeczna)* i wysokie wyniki w *skali Q2 (Samowystarczalność)*. Oznacza to, że wśród badanych przeważają osoby zachowujące nadmierną rezerwę i ostrożność w kontaktach z innymi, mające trudności w funkcjonowaniu w bliskich związkach, odczuwające dyskomfort w sytuacji społecznej ekspozycji, izolujące się, z tendencją do zachowania nadmiernej autonomii. Ponadto niskie wyniki w *skali G (Świadomość reguł)* i wysokie w *skali M (Abstrakcyjność)* sugerują, iż mamy do czynienia z grupą osób mało zdolnych do przyswojenia konwencjonalnych reguł i funkcjonowania według nich, a jednocześnie silnie skoncentrowanych na przeżywaniu własnych stanów wewnętrznych i niezdolnych do kontrolowania własnych impulsów, co potwierdzają wysokie wyniki w *skali Q4 (Napięcie)*.
3. Poziom nadziei na sukces wiąże się w sposób istotny ze strukturą osobowości. Wysoka nadzieja na sukces idzie w parze ze zrównoważeniem i dojrzałością emocjonalną, dominacją i stanowczością, świadomością reguł i obowiązkowością, śmiałością i przedsiębiorczością oraz dobrym zorganizowaniem i samodyscypliną. Natomiast niski poziom nadziei na sukces wiąże się z orientacją na przeżywanie własnych stanów wewnętrznych (rozważania, wyob-

rażenia, fantazje), brakiem zdolności kontrolowania uwagi, skrytością, obawami przed ujawnianiem siebie, niepokojem, obniżoną samooceną i brakiem wiary we własne możliwości.

Zebrane dane pokazują, że wiedza na temat poziomu nadziei na sukces jednostki i ewentualnych deficytów w tym zakresie może być pomocna w dochodzeniu do źródeł trudności i niepowodzeń doświadczanych w pracy lub kontaktach z ludźmi. Warto podkreślić, że rozpoznanie braków w tej dziedzinie jest o tyle ważne, że nadzieja na sukces, będąc konstruktem opisującym określony system przekonań, podlega treningowi i daje się ją rozwijać np. w procesie terapeutycznym.

Bibliografia

- Affleck G., Tennen H., „Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings”, *Journal of Personality*, 64, 1996.
- Cattell R.B., „Personality: A systematic, theoretical and factual study”, McGraw-Hill, New York 1950.
- Cattell R.B., „Personality and motivation structure and measurement”, Yonkers-on-Hudson: World Book 1957.
- Chmielewska A., Trzebiński J., „Basic hope and adaptation to flood trauma”, referat na: Conference of the Society for Philosophy and Psychology, Barcelona 2004.
- Endler N.S., Parker J.D.A., „Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies”, *Psychological Assessment*, 6, 1994.
- Goleman D., „Inteligencja emocjonalna”, Media Rodzina, Poznań 1997.
- Krześniak B., „Nadzieja podstawowa, wiara we własny sukces i optymizm a reagowanie na trudną sytuację”, SWPS, niepublikowana praca magisterska, Warszawa 2003.
- Kucharski T., „Wprowadzenie do kwestionariusza 16 PF-5”, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
- Kwon P., „Hope, defense mechanisms, and adjustment: implications for false hope and defensive hopelessness”, *Journal of Personality*, 70, 2002.
- Łaguna M., „Nadzieja i optymizm a aktywne radzenie sobie z sytuacją bezrobocia”, referat na XXXII Zjeździe Naukowym PTP, Kraków 2005.
- Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M., „Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS. Podręcznik”, PTP, Warszawa 2005.
- Matczak A., „Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik”, PTP, Warszawa 2001.
- Snyder C.R., Cheavens J., Simpson S.C., „Hope: An individual motive for social commerce”, *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1, 1997.
- Snyder C.R., Harris Ch., Anderson J.R., Holleran S.A., Irving L.M., Sigmon S.T., Yoshinon L., Gibb J., Langelle Ch., Harney P., „The will and ways: development and validation of an individual-

difference measure of hope”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 1991.

Snyder C.R., Hoza B., Pelham W.E., Rapoff M., Ware L., Danovsky M., Highberger L., Rubinstein H., Sthal K.J., „The development and validation of the Children’s Hope Scale”, *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 1997.

Snyder C.R., Simpson S.C., Michael S.T., Cheavens J., „Optimism and hope constricts: variations on a positive expectancy theme”

(w:) E.C. Chang (red.) *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*, American Psychological Association, Washington 2000.

Snyder C.R., „Hope theory: rainbows in the mind”, *Psychological Inquiry*, 13, 2002.

Tierney A.M., „Analysis of a new theory of hope and personality as measured by the California Psychological Inventory”, *Dissertation Abstracts International: Section B*, 55, 1995.

WIZYTA KOMISJI DS. HIV/AIDS UKRAINY, PRZEDSTAWICIELI UNDP NA UKRAINIE ORAZ GRUPY UNICEF Z TADŻYKISTANU I TURKMENISTANU

Marta Struzik

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W dniu 4 grudnia 2007 roku w ramach Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) Polski i Ukrainy odbyło się spotkanie w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, którego uczestnikami byli członkowie Komisji ds. HIV/AIDS Ukrainy, przedstawiciele UNDP na Ukrainie oraz osoby odbywające staż UNICEF w Polsce dotyczący profilaktyki pionowej zakażeń HIV (matka–dziecko). Celem spotkania było zapoznanie delegatów z problematyką przeciwdziałania narkomanii w Polsce, szczególnie w kontekście HIV/AIDS, oraz zaprezentowanie metod zwalczania zakażeń HIV/AIDS wśród osób zażywających narkotyki. Przedstawiono także warunki współpracy organów administracji państwowej i innych instytucji w ramach zwalczania HIV/AIDS oraz system współpracy z organizacjami pozarządowymi w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Podczas spotkania zapoznano delegatów z założeniami i celami polityki antynarkotykowej w Polsce z uwzględnieniem przeciwdziałania HIV/AIDS. Szerzej omówiono założenia oraz proces realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Przedyskutowano kwestię współpracy między różnymi ministerstwami i instytucjami centralnymi przy tworzeniu i prowadzeniu polityki przeciwdzia-

łania narkomanii. Omówiono zasady finansowania świadczeń dotyczących leczenia osób uzależnionych od narkotyków oraz ocenę skuteczności programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych. Zebranych zapoznano z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi rozpowszechnienia HIV/AIDS, HCV i HBV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, wyjaśniono zasady współpracy z organizacjami pozarządowymi, takie jak np. prawne podstawy współpracy, wykonywanie zadań zleconych w ramach przeciwdziałania narkomanii, a także promowanie i wdrażanie nowatorskich programów. Uczestników spotkania interesowały również zasady przyznawania dotacji oraz system nadzorowania realizacji umów.

Ostatnim tematem wizyty była problematyka działań z zakresu redukcji szkód w Polsce. Istotną kwestią dla uczestników były dane dotyczące programów leczenia substytucyjnego, np. koszty leczenia, standardy prowadzenia programów oraz liczba programów i pacjentów.

Delegaci zapoznali się ponadto z publikacjami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz zasadami współpracy z EMCDDA w zakresie monitoringu sceny narkotykowej.

WIZYTA DELEGACJI Z BIAŁORUSI

Marta Struzik

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W ramach projektu EC/UNDP „Program Białorusko-Ukraińsko-Mołdawski Dotyczący Zapobiegania Uzależnieniu od Narkotyków, Walki z Nielegalnym Obrotem oraz Handlem Narkotykami” (BUMAD), będącego częścią Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju w Republice Białorusi, zorganizowano w dniach 18-23 listopada 2007 roku wizytę studyjną w Stowarzyszeniu MONAR w Warszawie dla specjalistów zajmujących się problematyką uzależnienia od narkotyków oraz przedstawicieli białoruskich organizacji pozarządowych. Organizacje te zajmują się działaniami z zakresu rehabilitacji osób używających narkotyków oraz podejmują działania w obszarze redukcji szkód. W spotkaniu brały udział również osoby zajmujące się zwalczaniem nielegalnego handlu narkotykami. W trakcie wizyty uczestnicy zapoznali się z działalnością wybranych placówek leczniczych Stowarzyszenia MONAR.

Dodatkowo 21 listopada odbyło się spotkanie w siedzibie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Miało ono charakter seminaryjny. Delegatom zaprezentowano prawne i instytucjonalne podstawy prowadzenia polityki przeciwdziałania narkomanii w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem roli Krajowego Biura jako podmiotu koordynującego realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. W związku z zainteresowaniem przedstawicieli Białorusi podjęciem współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, przedstawiono zasady funkcjonowania, obowiązki sprawozdawcze oraz działania statutowe Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, należącego do europejskiej sieci REITOX skupiającej krajowe punkty kontaktowe. Uczestnicy zostali także zapoznani z bieżącą sytuacją epidemiologiczną dotyczącą narkotyków i narkomanii w Polsce oraz ofertą programów redukcji szkód.

SPOTKANIE KRAJOWYCH KOORDYNATORÓW DS. NARKOTYKÓW

Łukasz Jędruszk

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Plan Działania Unii Europejskiej na lata 2005–2008 nałożył na państwa członkowskie obowiązek powołania Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków (National Drugs Coordinators). Jednocześnie państwo sprawujące aktualnie przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej jest zobligowane do zorganizowania spotkania Krajowych Koordynatorów w trakcie trwania prezydencji. Państwa członkowskie sprawują prezydencję w Radzie UE przez sześć miesięcy, tak więc w ciągu roku odbywają się dwa tego typu spotkania. Umożliwiają one wymianę informacji na temat krajowych oraz unijnych wydarzeń i osiągnięć z zakresu narkotyków i narkomanii, stanowią też forum ułatwiające dyskusję dotyczącą wspólnotowego prawodawstwa w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Warto przypomnieć, że z ramienia Polski Krajowym Koordynatorem ds. Narkotyków jest dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W spotkaniu zorganizowanym przez prezydencję portugalską 24 października 2007 roku w Lizbonie uczestniczyli, oprócz Krajowych Koordynatorów, przedstawiciele Komisji Europejskiej, Sekretariatu Rady, EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) oraz UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime).

Najważniejszymi tematami poruszonymi w trakcie spotkania były:

1. Poprawa mechanizmów współpracy i koordynacji działań pomiędzy państwami członkowskimi. Europejskie

Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii na podstawie otrzymanych danych dokonało analizy krajowych mechanizmów koordynacji narkotykowej. Potwierdziła ona, iż większość państw członkowskich posiada krajowe strategie antynarkotykowe lub plany działania wsparte mechanizmami służącymi ocenie i monitoringowi tych strategii. EMCDDA podkreśliła, że mimo tego, iż nie ma konkretnych wskaźników dotyczących efektywności działalności Krajowych Koordynatorów, to ich aktywność przekłada się na lepszą współpracę na poziomie całej UE.

2. Ocena deklaracji UNGASS¹ z 1998 roku.

Prezydencja portugalska poinformowała o rozpoczęciu prac nad wspólnym stanowiskiem UE wobec deklaracji UNGASS.

Komisja Europejska stwierdziła, że jeden uniwersalny model działania nie może być stosowany wobec całego świata. Opracowując odpowiednie strategie, należy wziąć pod uwagę regionalne uwarunkowania oraz międzynarodowe konwencje dotyczące praw człowieka. Jednocześnie Komisja podkreśliła, że europejskie, multidyscyplinarne i oparte na badaniach podejście do ograniczania zjawiska narkomanii przynosi wymierne efekty, dlatego powinno uzyskać szeroką akceptację UNODC.

3. Zazywanie kokainy oraz oferowanie usług leczniczych w tym zakresie.

EMCDDA przedstawiła informacje na temat konsumpcji kokainy w Unii Europejskiej oraz usług leczniczych dostępnych w państwach członkowskich związanych z zazywaniem tego narkotyku. Kokaina stanowi po marihuanie najpopularniejszy narkotyk i jej konsumpcja stale wzrasta – około 3,5% dorosłych Europejczyków zazywało kokainę co najmniej raz w życiu. Zazywanie kokainy jest szczególnie rozpowszechnione w Wielkiej Brytanii oraz w Hiszpanii. Wobec osób uzależnionych od tego narkotyku nie stosuje się terapii substytucyjnej.

Uczestnicy spotkania zgodzili się, że ośrodki leczenia osób uzależnionych od heroiny powinny przystosować swą ofertę do potrzeb osób zazywających kokainę.

Pomoc UE na rzecz państw trzecich w zakresie narkotyków za rok 2005.

4. Komisja Europejska przedstawiła dokument „EU drug matrix of assistance on drugs to third countries”, informujący, iż w 2005 roku państwa członkowskie UE oraz Komisja przeznaczyły około 760 mln euro na pomoc państwom trzecim (nie należącym do UE) w zakresie przeciwdziałania narkotykom. Najwięcej funduszy przypadło Afganistanowi, 2/3 wszystkich środków, oraz państwom produkującym kokainę (Kolumbia, Boliwia, Peru), prawie 1/3 całości środków. Około 70% środków pomocowych zostało przeznaczonych na promowanie alternatywnego rozwoju, 15% na budowanie instytucji, 10% na wzmocnienie organów ścigania i 5% na ograniczanie popytu.

5. Program miast partnerskich rozwijany w ramach Komisji CICAD (The Inter-American Drug Abuse Control Commission), finansowany przez KE.

Celem programu jest stworzenie powiązań partnerskich pomiędzy miastami Europy, Ameryki Łacińskiej i Karaibów. Program ten jest finansowany przez Komisję Europejską na okres trzech lat.

6. Ogólnoeuropejska konferencja poświęcona zwalczaniu dopingu w sporcie.

Portugalska Rada Antydopingowa zaprezentowała rekomendacje z tzw. Pan-European Conference on Fight Against Doping in Sport. Szczególną uwagę poświęcono używaniu substancji niedozwolonych przez młodzież i inne osoby uprawiające sport. Ponadto dyskutowano też nad ograniczeniami w dostępie do substancji zakazanych i sposobami dopingu w sporcie.

Spotkania Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków są istotnym forum pozwalającym na lepszą koordynację współpracy antynarkotykowej w ramach UE. Spotkanie zorganizowane przez Portugalię potwierdziło zasadność istnienia tego mechanizmu współpracy. Uczestnicy październikowego spotkania zgodzili się, że należy opracować wspólne stanowisko UE wobec UNGASS oraz podjąć zdecydowane działania wobec nowego zagrożenia związanego ze stałym wzrostem konsumpcji kokainy w Europie.

¹ Deklaracja ustanowiona podczas Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ (Special Session of the United Nations General Assembly UNGASS) w 1998 roku podkreśla znaczenie propagowania zrównoważonego podejścia do problemu narkotyków i narkomanii, budowania krajowych strategii i planów działania odnoszących się zarówno do ograniczania popytu, jak i podaży narkotyków. Istotnym czynnikiem deklaracji UNGASS jest motywowanie państw do prowadzenia działań z zakresu ograniczania popytu, polegających na udzielaniu rzetelnych informacji, edukacji publicznej, wczesnej interwencji, poradnictwie, leczeniu, rehabilitacji, zapobieganiu nawrotom oraz reintegracji społecznej. Deklaracja odnosi się również do koordynacji polityki antynarkotykowej na szczeblu krajowym oraz zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego w działania antynarkotykowe.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 w większym stopniu niż poprzedni nakłada na jednostki samorządu lokalnego szereg działań w obszarze badań i monitoringu. Systematyczne zbieranie danych o problemie narkotyków i narkomanii ma dotyczyć zarówno rozmiarów zjawiska, jak również instytucjonalnej i społecznej odpowiedzi na problem.

LOKALNY MONITORING: CELE, ZAŁOŻENIA I KONCEPCJA

Artur Malczewski

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

Monitoring jest jednym z zadań, które powinno być realizowane w ramach implementacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) przez gminy i województwa. Pomimo że powyższe działanie stanowi zapewne duże wyzwanie dla jednostek samorządu terytorialnego, to jednak wdrożone może przynieść szereg korzyści dla społeczności lokalnych. Rezultaty systematycznego zbierania danych dotyczących określonego problemu społecznego w gminie mogą zostać wykorzystane do różnych celów, np. do przygotowania lokalnej strategii rozwiązywania problemów narkotykowych.

Monitoring w Polsce i we Francji

Przykładem monitoringu, również na poziomie lokalnym, jest badanie Multi-City Study (MCS). W ramach tego projektu w warszawskich i krakowskich placówkach leczniczych zbierane są dane o osobach zgłaszających się do leczenia (Sierosławski 2007). Badanie MCS stanowiło podstawę prac nad implementacją polskiego wskaźnika TDI (Sokołowska 2007).

Z kolei we Francji dobrym przykładem monitoringu jest projekt TREND, realizowany na poziomie krajowym oraz na poziomie regionów. Oprócz badań ilościowych i jakościowych, w ramach jednego z komponentów dokonuje się zakupu narkotyków na nielegalnym rynku w celu ich testowania. Umożliwia to badanie czystości narkotyków oraz wczesne wykrywanie niebezpiecznych substancji (OFDT 2000).

Współpraca polsko-niemiecka

W ramach programu twinningowego z Niemcami pracownicy Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

(CINN) mieli możliwość zapoznania się z niemieckimi przykładami monitorowania w dwóch niemieckich miastach. Jednym z rezultatów powyższego programu będzie wydanie podręcznika dotyczącego prowadzenia lokalnego monitoringu. W 2007 roku odbyły się dwie wizyty studyjne przedstawicieli CINN w Hamburgu i we Frankfurcie. W tych miastach systematycznie zbierane są informacje dotyczące problemów związanych z alkoholem, narkotykami i tytoniem. Niemieccy eksperci przedstawili swoje rozwiązania również na spotkaniach w Polsce. Jedno z nich miało na celu zapoznanie przedstawicieli samorządów lokalnych, przede wszystkim z dużych miast, ze sposobami prowadzenia lokalnego monitoringu. W poniższym artykule chciałbym omówić założenia lokalnego monitoringu, jego metodologię, cele i koncepcję. W następnym numerze przedstawię konkretne działania wdrożone i realizowane w Niemczech. Zaprezentuję też polskie rozwiązania, które stosowane są m.in. w Gdańsku, Szczecinie i we Wrocławiu. Mam nadzieję, że poniższy artykuł stanie się początkiem serii publikacji z obszaru tej tematyki na łamach Serwisu.

Po co wdrażać monitoring na poziomie lokalnym?

Sukces działań podejmowanych na poziomie lokalnym zależy od wiedzy, jaką mamy o problemach, z którymi boryka się społeczność. Im więcej wiemy o sytuacji w gminie, zarówno na poziomie diagnozy sytuacji, jak również oceny zasobów, tym lepiej możemy planować i wdrażać działania mające na celu ograniczenie rozmiarów zjawiska (np. narkomanii). Przy tworzeniu lokalnej strategii czy dystrybucji często niewystarczających środków ważna jest wiedza o rozmiarze problemu, na

który chcemy odpowiedzieć. Diagnoza pozwala na lepsze dostosowanie działań do potrzeb oraz na bardziej efektywną alokację środków, jakimi dysponujemy. Monitoring może być jej podstawowym elementem.

Ponadto monitoring pozwala na elastyczne reagowanie na rozwijającą się sytuację. Stale prowadzona obserwacja jest swoistego rodzaju systemem wczesnego ostrzegania o nowych zjawiskach, na które lokalna społeczność może w miarę szybko zareagować. Corocznie powtarzana, dostarcza informacji o trendach, czyli kierunku, w jakim rozwija się zjawisko oraz o działaniach podejmowanych w celu jego ograniczenia.

Często brakuje istniejących już badań, które mogłyby zostać wykorzystane na poziomie lokalnym. W przypadku badań naukowych długi okres pomiędzy przeprowadzeniem badania a opublikowaniem raportu opóźnia, a czasami wręcz uniemożliwia podjęcie działań profilaktycznych. Większość dostępnych wyników nie ma odniesienia do poziomu lokalnego, ponieważ dotyczą one całego kraju. Co więcej, dane ogólnokrajowe nie muszą być, a często nie są, reprezentatywne dla opisu sytuacji w społeczności lokalnej. Zahamowanie trendu wzrostowego w używaniu narkotyków, który obserwujemy na podstawie najnowszych badań, nie musi dotyczyć społeczności lokalnej, gdzie sytuacja potrafi rozwijać się w zupełnie innym kierunku. Lokalna specyfika komplikuje możliwość wykorzystania badań prowadzonych na poziomie ogólnopolskim czy w innych regionach lub gminach. Scena narkotykowa często się zmienia, pojawiają się nowe substancje, wzory używania oraz nowe grupy użytkowników. Wymaga to narzędzi, które dadzą praktykom szansę na wdrożenie szybkich i skutecznych działań. Podjęcie wczesnej interwencji pozwala na ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych, jakie pojawiają się w przypadku zjawisk rozwijających się bez reakcji odpowiednich służb. Warto podkreślić, że monitoring jest tańszy od badań realizowanych co pewien czas, ponieważ za każdym razem wykorzystuje się tę samą, przygotowaną na początku metodologię.

Cechy lokalnego monitoringu

Tak naprawdę monitoring to nowa nazwa na dobrze znane systematyczne obserwacje. W wielu obszarach mamy przykłady wykorzystania tej metody, np. prognoza pogody oparta na codziennie zbieranych danych (Baumgartner 2006). Monitoring jest systematyczną,

zazwyczaj naukową, ale zawsze kontynuowaną obserwacją wybranych aspektów rzeczywistości, tak aby być przygotowanym – jeśli to będzie potrzebne – do rozpoczęcia działań profilaktycznych (Baumgartner 2006). Warto zastanowić się, jakie są zasadnicze cechy lokalnego monitoringu. Do podstawowych należy wczesna identyfikacja zjawiska. W przypadku narkotyków musimy znaleźć odpowiedzi na pytania: jakie narkotyki są używane, jaki jest zasięg problemu, jakie osoby sięgają po narkotyki, z jakich powodów i jakie są tego konsekwencje.

Kolejnym krokiem jest podjęcie decyzji, jakie działania powinny zostać podjęte w celu ograniczenia lub wyeliminowania problemu. Aby odpowiednie działania zostały wdrożone, należy zebrać informacje o rodzaju problemów, ich zasięgu i skali, typach grup docelowych, rodzajach środków. Ważna jest nie tylko analiza zjawiska, ale również zasobów – czy istniejące sieci pomocy i wsparcia na terenie gminy są w stanie zaspokoić potrzeby. Identyfikacja deficytów pozwoli na wzmocnienie tej oferty, która jest najbardziej potrzebna i niezbędna.

Immanentną cechą monitoringu jest również możliwość walidacji podjętych aktywności. W wyniku prowadzonych działań (zbierania i analizy danych) uzyskujemy informacje potrzebne do ewaluacji. Dzięki corocznie prowadzonemu monitoringowi (albo przed podjęciem i po zakończeniu działań, programu lub strategii) możemy ocenić efektywność, skuteczność i jakość wprowadzonych zmian.

Metody monitorowania i wykorzystywane narzędzia

Omawiając zadania i cechy monitoringu, nie można pominąć wykorzystywanych do jego przeprowadzania narzędzi. W monitoringowi posługujemy się zarówno jakościowymi, jak i ilościowymi metodami. Użycie obydwu pozwala na otrzymanie pełnego obrazu zjawiska. Badania jakościowe uzupełniają dane otrzymane z badań ilościowych. Podejście jakościowe pozwala na wyłuszczenie i opisanie nowych zjawisk. W zależności od potrzeb możemy przeprowadzić indywidualne wywiady pogłębione, grupy fokusowe czy analizę treści (np. metoda pola semantycznego). W przypadku wywiadów warto dotrzeć do różnych grup, np. użytkowników narkotyków, decydentów, praktyków. W zależności od potrzeb i środków możemy przebadać większą liczbę osób lub

skupić się tylko na tych, które uznamy za cenne źródło informacji o danej grupie i przeprowadzić wywiady tylko z tzw. kluczowymi informatorami. Dzięki badaniom jakościowym możemy uzupełnić obraz uzyskany z badań ilościowych. O czym jednak należy pamiętać? Nie jesteśmy uprawnieni do uogólniania wyników badań jakościowych na całą populację, czyli uznawania ich za reprezentatywne dla całej grupy, np. użytkowników narkotyków w gminie.

Nie można zapominać także o zbieraniu już istniejących danych, które stanowią kolejne, istotne źródło informacji. O ile prowadzenie badań pociąga za sobą niekiedy dość wysokie koszty, to uzyskanie informacji z placówek leczniczych, policji, pomocy społecznej, wymiaru sprawiedliwości czy pogotowia ratunkowego jest prawie bezkosztowe, a stanowi ważny element całościowego obrazu sytuacji w gminie czy województwie.

Jaki powinien być dobry monitoring?

Poniżej zostaną omówione najważniejsze jakościowe aspekty monitoringu. Podstawą wydaje się odpowiedniość (ang. *relevance*), system zbierania danych musi odnosić się do bieżącej sytuacji. Monitoring powinien być powtarzany corocznie, aby uchwycić dynamikę sceny narkotykowej, gdyż śledzenie trendów pozwala na wyciągnięcie wniosków o kierunku, w jakim ona się rozwija. Monitoring powinien być też elastyczny, co oznacza pewne zmiany w metodologii zbierania danych: dostosowania używanych narzędzi do potrzeb i obserwowanych zmian na scenie narkotykowej. Należy jednak pamiętać, że modyfikacje nie powinny zakłócać porównywalności danych z poprzednich lat, ponieważ zbyt duża ingerencja w pierwszą wersję może przy następnych pomiarach uniemożliwić ich porównywanie. Dlatego warto starać się od początku wypracowywać optymalne narzędzia, np. ankiety do badań ilościowych. Ważna jest reprezentatywność otrzymywanych informacji. Jej brak wyklucza ekstrapolowanie wyników na całą badaną populację, co w efekcie powoduje, że nie możemy wyciągnąć wniosków dotyczących społeczności lokalnej. Monitoring wykorzystuje metody naukowe w praktycznym celu. Dostarczenie wniosków i rekomendacji użytecznych dla profesjonalistów różnych szczebli jest istotną cechą systematycznie prowadzonej obserwacji. Mamy więc kolejną i ostatnią ważną cechę – użyteczność.

Nie tylko narkotyki

Zastanawiając się nad potrzebą wprowadzenia systemu zbierania danych o problemie narkotyków, warto rozważyć jego rozszerzenie o używanie alkoholu i tytoniu. W ten sposób uzyskamy całościowy obraz problemu uzależnień w gminie. Będziemy mogli również porównywać postrzeganie szkodliwości substancji legalnych i nielegalnych przez społeczność lokalną.

Po wprowadzeniu lokalnego monitoringu nie od razu musimy korzystać ze wszystkich narzędzi. Najprostszym rozwiązaniem jest korzystanie przede wszystkim z istniejących już systemów, które rejestrują przypadki związane z problemem narkotyków. Na przykład wiele systematycznie zbieranych danych może udostępnić policja (Malczewski 2007a). Dlatego też pierwszym krokiem powinna być ewidencja już istniejących danych w gminie i województwie oraz próba modyfikacji istniejących systemów zbierania danych (np. w urzędzie gminy), tak aby można było uzyskać na ich podstawie informacje dotyczące problemu narkomanii.

Bibliografia

- Baumgartner T., Link C.L., „Local Monitoring System on Drug Use – Concept, Methods and Results” (maszynopis dla Drug Alcohol Review dostępny w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN), 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 przeciwdziałanie patologiom społecznym, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji – Komenda Główna Policji, Warszawa 2007.
- Malczewski A., „Redukcja podaży narkotyków”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA 3 (38) 2007 a.
- OFTD, « Tendences Recents – Rapport TREND (mars 2000) », Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies, Paris 2000.
- Sierosławski J., „Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Warszawie”, projekt Multi-City Study – raport z monitorowania zgłaszalności do leczenia za rok 2005 (maszynopis dostępny w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN), 2006.
- Sierosławski J., „Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Krakowie”, projekt Multi-City Study – raport z monitorowania zgłaszalności do leczenia za rok 2005 (maszynopis dostępny w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN), 2006.
- Sokołowska E., „Nowy system zbierania danych z placówek leczniczych”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA 3 (38) 2007.

Problematyka narkomanii coraz częściej znajduje się w centrum zainteresowania samorządów i społeczności lokalnych. Do nich też adresowany był projekt „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii – kampania promocyjno-szkoleniowa”, wdrażany przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹. Celem niniejszego artykułu jest omówienie kluczowych założeń projektu, sposobu jego realizacji oraz osiągniętych rezultatów.

PODSUMOWANIE PROJEKTU „WSPARCIE REGIONALNYCH I LOKALNYCH SPOŁECZNOŚCI W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – KAMPANIA PROMOCYJNO-SZKOLENIOWA”

*Bogusława Bukowska
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Geneza projektu

Idea projektu narodziła się w 2004 roku. Wówczas to Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii postanowiło aplikować do funduszy unijnych o środki finansowe na realizację przedsięwzięcia, które miało wzmocnić struktury samorządu gminnego oraz społeczność lokalną w zapobieganiu narkomanii. Komisja Europejska zaakceptowała koncepcję projektu i przyznała nam fundusze w ramach tzw. Środków Przejściowych 2004 (Transition Facility), do których Polska ma dostęp po przystąpieniu do Unii Europejskiej.

W tym samym czasie, gdy trwały prace koncepcyjne nad projektem, Krajowe Biuro opracowywało założenia nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przyjętej przez parlament w lipcu 2005 roku. Odpowiadając na wyrażaną przez wiele środowisk potrzebę podejmowania bardziej systemowych i lepiej ustrukturalizowanych działań w zakresie zapobiegania narkomanii na poziomie samorządu województwa i gminy, obecna ustawa wprowadziła obowiązek uchwalania Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Tym samym nowe przepisy otwierały szeroko drzwi dla praktycznej implementacji idei subsydiarności i partycypacji społecznej, rekomendowanych i wykorzystywanych w wielu obszarach życia społecznego. Zrealizowany projekt obejmował trzy integralnie połączone komponenty: kampanię promocyjną, szkoleniową oraz przygotowanie projektu zmian prawnych.

Komponent promocyjny

W projekcie wiele uwagi poświęcono promowaniu idei angażowania społeczności lokalnych w zapobieganie narkomanii. W prasie, radiu, telewizji oraz na stronach internetowych systematycznie ukazywały się artykuły i audycje poświęcone roli samorządów lokalnych w ograniczaniu zjawiska używania narkotyków. Zainteresowanie tą problematyką, jak należało się spodziewać, wykazywały głównie lokalne stacje radiowe i telewizyjne oraz tytuły prasowe adresowane do samorządów lokalnych. Jednak także na antenie telewizji ogólnopolskiej oraz w gazetach o zasięgu ogólnopolskim tematyka zapobiegania narkomanii gościła częściej niż zwykle. Organizowane były konferencje, w tym inaugurująca w redakcji tygodnika „Polityka” oraz podsumowująca w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II. Celem tak planowo prowadzonych działań medialnych było z jednej strony promowanie idei projektu oraz zachęcanie samorządów do wzięcia udziału w jego części szkoleniowej, z drugiej zaś mobilizowanie społeczności lokalnych do większego zainteresowania problematyką narkomanii. W rezultacie do projektu zgłosiło się około 2700 osób, reprezentujących 802 gminy, głównie miejskie i miejsko-wiejskie. Wśród uczestników byli przedstawiciele samorządów gminnych, szkół, ośrodków pomocy społecznej, policji i organizacji pozarządowych. Najliczniej reprezentowane były województwa: wielkopolskie (106 gmin), dolnośląskie i mazowieckie (ponad 80 gmin) oraz ślą-

skie (70 gmin). Nietrudno zauważyć, że istnieje wyraźny związek pomiędzy stopniem urbanizacji województwa a liczbą gmin uczestniczących w projekcie.

Komponent szkoleniowy

Celem szkolenia było dostarczenie wszystkim zainteresowanym stronom wiedzy i narzędzi niezbędnych do konstruowania Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, ich wdrażania i zarządzania nimi. Komponent szkoleniowy obejmował dwie trzydniowe i jedną dwudniową sesję.

Szkolenie dotyczyło wielu zagadnień, jednak szczególną wagę nadano metodologii zorientowanej na cele. Jej użyteczność w projektach partnerstwa publiczno-prywatnego została zweryfikowana w licznych programach w Unii Europejskiej. Zasadniczym elementem planowania zorientowanego na cele jest pogłębiona analiza problemów, w toku której następuje identyfikacja problemu najważniejszego, a następnie problemów, które leżą u jego źródła, oraz tych, które stanowią jego konsekwencje. Ważną cechą proponowanego podejścia jest także to, że:

- angażuje ono w rozwiązanie problemu wiele podmiotów społecznych;
- umożliwia wykorzystanie lokalnych zasobów ludzkich i instytucjonalnych;
- poprawia mechanizmy współpracy pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za przygotowanie programu;
- zwiększa efektywność wydatkowanych środków;
- buduje poczucie wspólnoty lokalnej i przyczynia się do tworzenia szerokiego „lobby” mogącego wpływać na decyzje władz lokalnych.

Oprócz wiedzy i umiejętności związanych z wykorzystaniem metodologii zorientowanej na cele, w programie szkoleniowym duży nacisk położono na informację i edukację na temat działań profilaktycznych o udokumentowanej skuteczności.

Ważnym wsparciem dla realizowanych szkoleń były konsultacje prowadzone przez trenerów, którzy zgodnie z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez uczestników szkoleń wizytowali gminy, by na miejscu rozmawiać o problemach związanych z przygotowywaniem lokalnej diagnozy, która umożliwi zaplanowanie odpowiednich działań naprawczych.

Rezultaty szkoleń

W wyniku przeprowadzonych szkoleń ponad 400 gmin przesłało do Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej (FRDL) Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii (do 5 lipca 2007 roku). Część z nich miała status programów już uchwalonych, pozostałe były przygotowane do uchwalenia na rok 2008.

Analiza przesłanych programów pokazała, że do najczęściej występujących problemów należy zaliczyć trudności w powiązaniu ustaleń diagnozy z proponowanymi działaniami oraz zbyt rzadkie korzystanie z analiz jakościowych bazujących na wywiadach z tzw. kluczowymi osobami, które mogą dostarczyć cennych informacji na temat przyczyn występowania określonych zjawisk oraz udzielić ważnych wskazówek dotyczących pożądanych reakcji na problem. Do tzw. *key informants*

Do projektu „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii – kampania promocyjno-szkoleniowa” zgłosiło się około 2700 osób, reprezentujących 802 gminy, głównie miejskie i miejsko-wiejskie. Wśród uczestników byli przedstawiciele samorządów gminnych, szkół, ośrodków pomocy społecznej, policji i organizacji pozarządowych. Najliczniej reprezentowane były województwa: wielkopolskie (106 gmin), dolnośląskie i mazowieckie (ponad 80 gmin) oraz śląskie (70 gmin).

zaliczyć należy nastolatki biorących narkotyki, jak i tych, którzy podjęli decyzję o rezygnacji z używania oraz przedstawiciele instytucji bezpośrednio pracujących z grupami ryzyka. Tymczasem uczestnicy szkoleń niekiedy ograniczali się w swoich analizach do danych z oficjalnych źródeł informacji, takich jak statystyki różnych instytucji.

W trakcie szkoleń po raz kolejny poruszany był także problem bagatelizowania przez decydentów zagrożeń związanych z używaniem narkotyków, a nawet

zaprzeczania w obliczu danych wskazujących na występowanie tego typu zjawisk, że problem istnieje.

Z przeprowadzonych badań ewaluacyjnych wynika, że w opinii większości zespołów gminnych szkolenie poszerzało lub co najmniej systematyzowało wiedzę w zakresie budowania gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Ponadto dawało nowe narzędzia oceny lokalnej sytuacji oraz przyczyniło się do budowania lokalnych koalicji i lepszych programów. Uczestnicy szkoleń pozytywnie ocenili fakt, że wraz ze zmianami prawnymi wprowadzonymi ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii w 2005 roku przeprowadzono projekt szkoleniowy, który istotnie wspierał samorząd gminny w realizacji nowych zadań.

Wizyta studyjna w Barcelonie

Spośród przesłanych do Fundacji programów wybrano 20 najlepszych, które spełniały kryteria jakości. Oceny programów dokonywał ekspert zewnętrzny, wskazany przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej oraz eksperti Krajowego Biura. W ocenie brano także pod uwagę rekomendacje trenerów, które były szczególnie ważne, gdy istniały rozbieżności w opinii ekspertów. Warto podkreślić, że choć warunki niniejszego projektu umożliwiały wybór tylko 20 najlepszych programów, to wiele z pozostałych prezentowało także dobry poziom, co nie ułatwiało wyboru finałowej dwudziestki. Reprezentanci zwycięskich zespołów wzięli udział w pięciodniowej wizycie studyjnej w Barcelonie. Jej celem było zapoznanie się z hiszpańskimi doświadczeniami w zakresie lokalnych działań wobec problemu narkomanii. Uczestnicy wizyty spotkali się z lokalnym koordynatorem działań profilaktycznych oraz wizytowali placówki, których oferta skierowana jest do młodzieży zagrożonej narkomanią i problemowych użytkowników narkotyków.

Podręcznik

Zgodnie z założeniami, jednym z rezultatów projektu miało być przygotowanie i wydanie podręcznika na temat budowania lokalnych strategii zapobiegania narkomanii. Pierwsza wersja podręcznika powstała przed rozpoczęciem szkoleń dla zespołów gminnych, co umożliwiło praktyczną weryfikację jego treści

w trakcie szkoleń. Uwzględniając uwagi zgłaszane przez uczestników, trenerów i ekspertów, opracowano finalną wersję podręcznika wydaną w nakładzie 14 tys. egzemplarzy. W październiku 2007 roku Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej rozesłała książkę do wszystkich gmin, powiatów oraz województw. Podręcznik dostępny jest także na stronie internetowej Krajowego Biura. Obejmuje on m.in. takie zagadnienia, jak: współczesny kontekst zagrożeń używania substancji psychoaktywnych, diagnozę problemów lokalnych z użyciem metodologii zorientowanej na cel, promowanie oraz monitorowanie lokalnych strategii.

Fora samorządowe

Efektom prowadzonych szkoleń było zainicjowanie tworzenia sieci gmin działających na rzecz zapobiegania narkomanii. W 6 województwach (dolnośląskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i łódzkie) fora zostały sformalizowane i mają zamiar działać po zakończeniu realizacji projektu. Ich funkcjonowanie w przyszłości wspierane będzie przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Komponent prawny

Kolejnym celem projektu było dokonanie przeglądu aktów prawnych oraz sformułowanie propozycji zmian legislacyjnych sprzyjających bardziej skutecznemu pomaganiu na poziomie lokalnym. W analizie uczestniczyli zarówno prawnicy, jak i praktycy. Do najważniejszych postulowanych zmian zaliczyć należy zobowiązanie samorządu powiatu do opracowywania i wdrażania Powiatowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz zobowiązanie samorządu województwa do powołania pełnomocnika, który byłby odpowiedzialny za nadzór nad wdrażaniem Wojewódzkiej Strategii Przeciwdziałania Narkomanii. W obszarze zainteresowania ekspertów pozostawał także projekt ustawy o zasadach prowadzenia polityki społecznej. Ogólnie rzecz ujmując uznano, że powyższy projekt w zbyt małym stopniu uwzględnia zagadnienia związane z zapobieganiem używania substancji psychoaktywnych. Proponowane zmiany zmierzają do znacznie bardziej jednoznacznego ujęcia zagadnień profilaktyki uzależ-

nień w kontekście polityki społecznej prowadzonej na szczeblu krajowym i samorządowym. Przygotowany projekt zmian prawnych obejmuje szereg innych szczegółowych propozycji wymagających dalszych konsultacji społecznych.

Podsumowanie

Projekt „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na szczeblu lokalnym” objął swoim zasięgiem bardzo dużą grupę osób reprezentujących różne instytucje i organizacje. Życzliwe zainteresowanie i zaangażowanie samorządów i społeczności lokalnych oraz wyniki prowadzonych ewaluacji² uprawniają do stwierdzenia, że zarówno tematyka projektu, jak i sposób jego realizacji wyszedł naprzeciw oczekiwaniom adresatów. Uwagę zwraca także znaczące zainteresowanie nim mediów lokalnych i ogólnopolskich, o czym świadczą liczne artykuły i programy. Wymiernymi rezultatami projektu są: duża liczba przeszkolonych osób, znacząca liczba przygotowanych gminnych programów spełniających kryteria jakości, utworzenie w wielu gminach koalicji osób i instytucji na rzecz zapobiegania narkomanii, wydanie podręcznika adresowanego do społeczności lokalnych, zainicjowanie działania forów samorządowych oraz opracowanie zmian prawnych. Osiągnięcie wymienionych rezultatów w ciągu 14 miesięcy było możliwe dzięki profesjonalizmowi i dużemu doświadczeniu realizatora – Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej, która wzięła na swoje barki nie tylko wszystkie kwestie organizacyjne, ale miała również ogromny wkład

merytoryczny i koncepcyjny w przygotowanie założeń projektu. Eksperti współpracujący z Fundacją byli odpowiedzialni za metodologię wdrażania projektu, wywiązując się z tego zadania znakomicie. Nie do przecenienia jest także wkład 50 trenerów, którzy prowadzili szkolenia, zyskując uznanie gminnych zespołów. Istotną rolę odgrywali też eksperci wojewódzcy, którzy jako przedstawiciele samorządu mieli istotny wpływ na proces rekrutacji gmin na szkolenia,

Jednym z rezultatów projektu jest wydanie podręcznika na temat budowania lokalnych strategii zapobiegania narkomanii. Obejmuje on m.in. takie zagadnienia, jak: współczesny kontekst zagrożeń używania substancji psychoaktywnych, diagnozę problemów lokalnych z użyciem metodologii zorientowanej na cel, promowanie oraz monitorowanie lokalnych strategii.

a także późniejszą współpracę gmin z FRDL. W tym łańcuchu ludzi, którzy przyczynili się do zrealizowania projektu zgodnie z założeniami, najistotniejszą rolę odgrywają jednak samorządy lokalne, które odpowiedziały na zaproszenie do wzięcia udziału w projekcie, chętnie dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz wyrażając gotowość do refleksji nad problemem zapobiegania narkomanii w środowisku gminy.

Plany

Na zakończenie pragnę zachęcić, w szczególności samorządy dużych miast, do włączenia się w kolejny projekt realizowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Tym razem projekt poświęcony będzie lokalnemu monitoringowi. Partnerem Krajowego Biura będzie Hiszpania, która zgromadziła wiele interesujących doświadczeń. Nabór gmin do projektu będzie prowadzony w grudniu 2007 roku i na początku stycznia 2008 roku. Szczegółowe informacje o projekcie dostępne są na stronie internetowej Krajowego Biura www.narkomania.gov.pl

¹ Projekt „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym” – ogólnopolskie szkolenia i kampania promocyjna kierowana do społeczności lokalnych w ramach projektu Środki Przejściowe PL2004/016-829.05.01 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym”. Beneficjent projektu – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, koordynator projektu ze strony Krajowego Biura – B. Bukowska, ekspert wiodący – J. Sierosławski. Realizator projektu – Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, która od 1989 roku systematycznie i z dużymi sukcesami zrealizowała szereg projektów skierowanych do samorządów i społeczności lokalnych. Kierownik projektu ze strony Wykonawcy – W. Monkiewicz, główny metodolog projektu – A. Hejda. Projekt sfinansowany ze środków Unii Europejskiej i rządu RP.

² Projekt był trzykrotnie ewaluowany przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej oraz na zlecenie Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej.

**PILNUJ
DRINKA**



ŁOĆZ JOR DRINK!

ZAWSZE pilnuj drinka!

NIGDY nie przyjmuj drinków od nieznajomych!

BO...

- KTOŚ MOŻE DODAĆ DO NIEGO NIEBEZPIECZNEJ SUBSTANCJI (BEZ SMAKU, ZAPACHU I BARWY)
- MOŻESZ STRACIĆ ŚWIADOMOŚĆ – SUBSTANCJA TAKA OBEZWLADNIA
- MOŻESZ ZOSTAĆ OFIARĄ PRZESTĘPSTWA (GWALT, KRADZIEŻ ITP.)
- NIE BĘDZIESZ PAMIĘTAĆ, CO SIĘ Z TOBĄ DZIAŁO

www.pilnujdrinka.pl

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

PHOTOFESTIVAL POLSKY DZIECI



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,

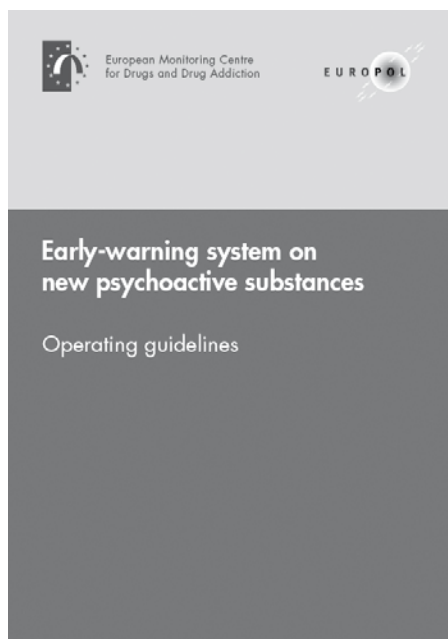
Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne

NOWA PUBLIKACJA EMCDDA

Michał Kidawa

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



W 2007 roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) opracowało nowy podręcznik „Early-Warning System on New Psychoactive Substances. Operating Guidelines” do Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO) o nowych substancjach psychoaktywnych, który zastępuje wcześniejszą wersję z 2001 roku. Wprowadzenie nowego opracowania było konieczne ze względu na zmiany prawne¹, które określają funkcjonowanie Systemu.

Co to jest SWO?

Pod koniec lat 90. na rynku narkotykowym zaczęły pojawiać się narkotyki będące pochodnymi β -fenetyloaminy. Ze względu na szybkie pojawianie się nowych narkotyków będących pochodnymi β -fenetyloaminy obecne w tamtym czasie rozwiązania prawne pozostawały niewystarczające. Okazało się, że w świetle prawa nie ma możliwości kontroli tzw. *designer drugs*, czyli nowych związków chemicznych o właściwościach psychoaktywnych. Sytuacja ta stworzyła potrzebę znalezienia szybkich

metod reagowania na pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych na rynku narkotykowym. W celu kontrolowania tego zjawiska w 1997 roku Rada Unii Europejskiej, na mocy Wspólnego Działania dotyczącego Systemów Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach Syntetycznych, powołała do życia System Wczesnego Ostrzegania (Early Warning System – EWS).

Podstawową funkcją Systemu jest jak najszybsza identyfikacja nowych narkotyków, ocena związanego z ich używaniem ryzyka oraz ewentualne wprowadzenie ich pod kontrolę prawną. W celu realizacji tego zadania prowadzona jest regularna wymiana informacji na temat nowych substancji psychoaktywnych między Punktami Kontaktowymi sieci REITOX (National Focal Point), EMCDDA oraz pośrednio Europolem.

Cel publikacji

Głównym celem publikacji jest doprecyzowanie zakresu i formy przekazywanych informacji oraz zapewnienie przejrzystości procedur i wysokich standardów przepływu informacji w ramach SWO. Podręcznik jest pewną formą uszczegółowienia rozwiązań prawnych i w założeniu powinien ułatwić ich pełną implementację. Określa on zadania instytucji korzystających z systemu oraz opisuje procedury i standardy wymiany informacji na poziomie takich instytucji unijnych, jak: sieć REITOX, EMCDDA, Europol, Komisja Europejska oraz Rada Unii Europejskiej. Określa także procedury oceny ryzyka związanego z substancjami psychoaktywnymi i warunki podejmowania decyzji o ewentualnym wprowadzeniu określonej substancji pod kontrolę prawną na poziomie legislacji europejskiej. Podręcznik zawiera dodatkowo wykaz substancji raportowanych w ramach Systemu od 1997 roku.

¹ W 2005 roku weszła w życie Decyzja Rady 2005/387/JHA z 10 maja 2005 roku dotycząca wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych, która zastąpiła Wspólne Działanie z 16 czerwca 1997 roku dotyczące wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych narkotyków syntetycznych.