



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (41) 2008

NR 2

2008

# WPROWADZENIE

## *Drodzy Czytelnicy,*

w bieżącym roku mija 10. rocznica uchwalenia deklaracji UNGASS – projektu przeciwdziałania narkomanii wypracowanego przez ONZ, wykorzystywanego w latach 1998–2008 przy budowie krajowych strategii i planów działania krajów członkowskich. Czy walka z narkomanią podejmowana w okresie ostatnich 10 lat jest efektywna? O kontrowersjach wokół oceny skuteczności polityki antynarkotykowej, które ujawniły się podczas 51. sesji Komisji Środków Odurzających w Wiedniu, pisze Łukasz Jędruszek. Przyczynkiem do ostrożnej oceny efektywności przeciwdziałania narkomanii w Europie są dane charakteryzujące rozmiar problemu w Aragonii – północno-wschodnim regionie Hiszpanii, przytaczane przez Artura Malczewskiego w relacji z wizyty studyjnej, która miała miejsce w ramach programu twinningowego Polska-Hiszpania.

Na negatywne skutki narkomanii można spojrzeć także z perspektywy finansowych kosztów i strat ponoszonych przez społeczeństwo. Prof. Zofia Mielecka-Kubiś przedstawia nowatorską metodologię szacowania tych kosztów, zaliczając do nich koszty bezpośrednio przypisane narkomanii (wydatki na przeciwdziałanie narkomanii i opiekę zdrowotną), koszty pośrednie (związane przede wszystkim z przestępstwami objętymi ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz potencjalne straty PKB wynikające z używania narkotyków (niezdolność do pracy, przedwczesna umieralność osób uzależnionych).

Czy depenalizacja posiadania na własny użytek niewielkich ilości narkotyków zmniejszyłaby te koszty? Odpowiedzi na to pytanie Czytelnik może poszukać w wywiadzie z prof. Krzysztofem Krajewskim – wybitnym ekspertem w zakresie prawnych aspektów narkomanii, który podkreśla konieczność położenia większego nacisku na programy profilaktyczne i prewencyjne oraz lecznicze i porzucenia wiary w wymiar sprawiedliwości jako panaceum na wszelkie zło związane z narkomanią.

Obok możliwości aplikowania o granty na działalność statutową w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki i w Funduszu w ramach Mechanizmów Finansowych Norweskiego i Europejskiego Obszaru Gospodarczego organizacje pozarządowe będą miały wkrótce do dyspozycji jeszcze jedno źródło finansowania także programów z zakresu przeciwdziałania narkomanii – Szwajcarsko-Polski Program Współpracy. Łącznie dla Polski Szwajcaria przeznaczyła 489 mln CHF. Artykuł Rafała Czysnza opisuje obszary tematyczne, w ramach których będzie można składać projekty oraz przedstawia zasady składania wniosków o dofinansowanie. Uruchomienie Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy jest planowane na IV kwartał 2008 roku.

Tomasz Zakrzewski przekonuje, że warto wspierać lokalną politykę profilaktyczną działaniami z zakresu public relations podejmowanymi wobec środków masowego przekazu. Autor podaje też szereg praktycznych wskazówek ułatwiających tworzenie systemu komunikacji z mediami.

Historię metod diagnostycznych w terapii uzależnień opisuje Janusz Koczberski – terapeuta uzależnień i superwizor – twierdząc, że jednym ze wskaźników profesjonalizacji tego obszaru działania jest odejście od intuicjonizmu charakteryzującego stosowane w Polsce systemy terapeutyczne jeszcze w latach 90. XX wieku i zwrócenie się do nowych „technologii”, wykorzystujących narzędzia psychometryczne. Przestrzega jednak przed bezkrytycznym stosowaniem testów, wskazując ich wady – przede wszystkim częsty brak rzetelnych norm opracowanych dla polskich realiów, co stawia pod znakiem zapytania trafność tych narzędzi i powinno skłaniać do ostrożności w interpretowaniu ich wyników. Postępującą profesjonalizację w obszarze przeciwdziałania narkomanii potwierdza – prezentowany przez Annę Radomską – projekt standardów i kryteriów oceny jakości programów promocji zdrowia i profilaktyki w ramach systemu rekomendacji programów profilaktyki antynarkotykowej. Wdrożenie systemu standardów i kryteriów umożliwi nie tylko podniesienie jakości programów profilaktycznych, ale zbliży nas – pod względem wykorzystywanych procedur – do praktyki stosowanej w innych krajach Unii Europejskiej, co, mam nadzieję, zaowocuje szerszą niż dotychczas obecnością polskich programów w bazie EDDRA, zawierającej kilkaset programów certyfikowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

W dalszym ciągu obserwujemy pojawianie się nowych substancji odurzających. Magdalena Łukasik-Głębocka pisze o dwóch specyfikach, które – co paradoksalne – są od dawna dostępne. Nowym zjawiskiem jest nadużywanie ich w celach narkotycznych. Moda na te preparaty rozpowszechnia się wśród dzieci i młodzieży, a istotnym źródłem informacji jest „równieśniczy przekaz internetowy”.

Jeśli jesteś Czytelnikiem rodzicem, to czy powinieneś się zaniepokoić, czy przejść do porządku dziennego, jeśli zauważysz tatuaż lub piercing u swojego dziecka? Badania warszawskiej młodzieży gimnazjalnej, których wyniki prezentują Krzysztof Ostaszewski i Katarzyna Kocień wskazują, że tatuaż i piercing są skorelowane z zachowaniami ryzykownymi. Autorzy piszą, że: „(...) posiadanie tatuażu czy piercingu u 15-latków może i powinno być niepokojące (...). Bardziej istotnym czynnikiem ryzyka jest na przykład codzienne spędzanie przez nastolatka kilku godzin poza domem”.

Jak zwykle zachęcam ponadto do surfowania po stronach polecanych przez Tomka Zakrzewskiego w stałym dziale prezentującym zasoby internetu związane z problematyką uzależnień.

Życzę Państwu przyjemnej lektury

Piotr Jabłoński

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### DEPENALIZACJA POSIADANIA NARKOTYKÓW NA WŁASNY UŻYTEK? POŻĄDANA, ALE NIEKONIECZNA

Wywiad z profesorem Krzysztofem Krajewskim..... 2

## Badania, raporty

### SZACOWANIE WIELKOŚCI SKUTKÓW UŻYWANIA NARKOTYKÓW

Zofia Mielecka-Kubień ..... 6

### TATUAŻ I PIERCING A ZACHOWANIA PROBLEMOWE MŁODZIEŻY

Krzysztof Ostaszewski, Katarzyna Kocoń ..... 11

### DEKSTROMETORFAN I BENZYDAMINA – NOWE SUBSTANCJE ODURZAJĄCE

Magdalena Łukasik-Głębocka ..... 16

### STOSOWANIE KWESTIONARIUSZOWYCH TESTÓW OSOBOWOŚCI W TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Janusz Koczberski ..... 20

## Współpraca międzynarodowa

### MIĘDZYINSTYTUCJONALNA GRUPA KOORDYNACYJNA – NOWA INICJATYWA GRUPY POMPIDOU

Łukasz Jędruszak ..... 25

### 51. SESJA KOMISJI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH W WIEDNIU

Łukasz Jędruszak ..... 27

KALENDARIUM WYDARZEŃ ..... 28

### HISZPAŃSKI SYSTEM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – WIZYTA STUDYJNA W MADRYCIE I SARAGOSSIE

Artur Malczewski ..... 29

## Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

### SZWAJCARSKO-POLSKI PROGRAM WSPÓŁPRACY – CHARAKTERYSTYKA I ZASADY WDRAŻANIA

Rafał Czysz ..... 31

## Profilaktyka

### SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYKI ANTYNARKOTYKOWEJ

Anna Radomska ..... 36

### WSPÓŁPRACA Z MEDIAMI NA POZIOMIE LOKALNYM

Tomasz Zakrzewski ..... 40

## Społeczności lokalne, regiony

### MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA PRZYKŁADZIE FRANKFURTU I HAMBURGA

Artur Malczewski ..... 44

### BADANIA W OBSZARZE NARKOMANII

Artur Malczewski ..... 46

KOMUNIKATY I OGŁOSZENIA ..... 47

## Internet

### PUBLIKACJE DO ŚCIAĞNIĘCIA

Tomasz Zakrzewski ..... III i IV okładka

*Profesor dr hab. Krzysztof Krajewski, prawnik i socjolog, jest kierownikiem Katedry Kryminologii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Prezydentem Europejskiego Towarzystwa Kryminologicznego. Od 2002 roku pełni funkcję Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego im. prof. Stanisława Batawii. Od grudnia 2007 roku wchodzi w skład Komitetu Naukowego Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).*

## DEPENALIZACJA POSIADANIA NARKOTYKÓW NA WŁASNY UŻYTEK? POŻĄDANA, ALE NIEKONIECZNA

*Z profesorem Krzysztofem Krajewskim rozmawia Tomasz Kowalewicz*



**Prof. Krzysztof Krajewski**

*– W grudniu 2007 roku został Pan członkiem Komitetu Naukowego EMCDDA. Jaka jest Pana opinia na temat tego gremium?*

– Wcześniej była to instytucja, w której były reprezentowane wszystkie kraje członkowskie Unii Europejskiej, co oznaczało, że w skład Komitetu wchodziło 27 osób. Uznano, że jest to zbyt duże ciało jak na jednostkę konsultacyjno-doradczą i zredukowano liczbę osób do 15, wybieranych według procedury konkursowej.

Komitet Naukowy ma kilka zasadniczych zadań. Pierwsze – może najważniejsze – to ocena nowych środków odurzających oraz zagrożeń i niebezpieczeństw związanych z nimi. Na podstawie ekspertyz podejmowane są decyzje o poddaniu danego środka kontroli w ramach systemu unijnego.

Po drugie, Komitet Naukowy zajmuje się oceną rocznych raportów diagnozujących sytuację w Unii w obszarze problemów związanych z narkomanią. Komentarze członków Komitetu są wykorzystywane przy opracowaniu ostatecznej wersji raportu.

Poza tym oczywiście każda sprawa skierowana przez EMCDDA może być konsultowana albo przez cały Komitet, albo przez jego poszczególnych ekspertów. Na

przykład teraz Komitet konsultuje założenia systemu, w ramach którego będą zbierane dane statystyczne na temat praktyki orzekania kar w sprawach o przestępstwa narkotykowe w różnych krajach członkowskich Unii. Kilka osób, w tym między innymi ja, zostało poproszonych – jako specjaliści od spraw kryminologicznych, prawniczych – o przygotowanie na jednodniowe seminarium w Paryżu krótkich wystąpień na temat prawnych problemów związanych ze zbieraniem takich danych. Chodzi o to, żeby zacząć w Europie gromadzić informacje, które pozwolą porównać praktykę w różnych krajach Unii dotyczącą np. surowości represji, sposobów orzekania, traktowania spraw osób uzależnionych. Poza tym 2 razy w roku odbywają się spotkania Komitetu Naukowego. W lutym 2008 roku miało miejsce pierwsze spotkanie Komitetu w nowym składzie.

*– Przejdźmy do problemów towarzyszących przygotowaniu nowelizacji ustawy antynarkotykowej w Polsce. Z tego, co wiem, w kwestii karalności za posiadanie narkotyków na własny użytek zajmuje Pan dużo bardziej liberalne stanowisko niż większość decydentów, którzy ustalają prawo w tym zakresie.*

– Rzeczywiście, od lat twierdzę, że nie należy karać za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek. To przekonanie wcale nie jest wynikiem tego, że jestem narkotykowym liberałem. Nie sądzę też, że młodzi ludzie mogą używać tego, co im się żywnie podoba. Ja tak naprawdę jestem pod wieloma względami człowiekiem konserwatywnym.



W ogóle nie lubię – i to nie tylko w odniesieniu do kwestii związanych z narkotykami – tego przeciwstawiania liberałów nieliberałom, czy osobom nastawionym restrykcyjnie. To jest fałszywe postawienie sprawy. Istotą jest poszukiwanie racjonalnych i efektywnych rozwiązań. Konkretnie propozycje mogą sprawiać wrażenie rozwiązań liberalnych albo nieliberalnych, ale to nie o to chodzi. Najlepszy przykład to holenderska polityka w sprawach związanych z narkotykami. Jest ona postrzegana już nawet nie jako liberalna, ale wręcz libertyńska, pozwalająca na używanie różnych substancji praktycznie bez żadnych konsekwencji ze strony aparatu państwowego. Takie oceny u samych Holendrów wywołują zdziwienie. Bo u podłoża reform, które funkcjonują w Holandii już ponad 30 lat, leżała chęć znalezienia takich rozwiązań problemu narkotyków, które pozwoliłyby na rozdzielenie rynku narkotykowego na rynek narkotyków „miękkich” i rynek narkotyków „twardych” – bardziej szkodliwych. Istotą holenderskiej „liberalnej” w cudzysłowie polityki antynarkotykowej jest chęć jak najskuteczniejszego przeciwdziałania heroinie i innym „twardym” narkotykom, a nie liberalizowanie dostępu do cannabis. Tak, że to nie jest kwestia liberalnych poglądów, tylko określonego sposobu działania, który oni uznali za skuteczny w rozwiązywaniu problemu. Co ciekawe, we wszystkich holenderskich rozważaniach podkreśla się, że w 1976 roku reformy uchwalono prawie jednomyślnie. Za głosowały partie zarówno lewicowe, jak i prawicowe, bo wypracowano określony model, który uznano za sensowny. I nadużywanie określeń liberał czy konserwatysta jest w tym wypadku nieuprawnione. Dopóki my nie zaprzestaniemy takiego etykietowania, nie będziemy mogli racjonalnie dyskutować o ważnych kwestiach związanych z polityką narkotykową w naszym kraju.

**– Na czym powinny polegać zmiany przepisów prawnych dotyczących narkomanii?**

– Uważam, że prawo karne nie nadaje się najlepiej do rozwiązywania pewnych kwestii związanych z używaniem narkotyków. To jest problem zdrowotny, socjalny, który powinien być przedmiotem intensywnych oddziaływań prowadzonych instrumentami polityki zdrowotnej i socjalnej. To nie jest kwestia liberalizacji, tylko innego sposobu widzenia instrumentów przeciwdziałania określonym, negatywnym zjawiskom.

W wielu wypadkach – i to jest pogląd głoszony przez terapeutów – prawo karne i stosowanie represji prawno-karnej przeszkadza w działaniach profilaktycznych czy terapeutycznych. Powiedzmy sobie szczerze – w takim kraju jak Polska stosowanie prawa karnego jest rozumiane – i to nie tylko przez opinię publiczną, ale również przez wielu sędziów, prokuratorów, policjantów – jako stosowanie represji, czyli jako karanie. W przypadku osób używających narkotyków, jeżeli my te osoby przede wszystkim represjonujemy, to zaniedbujemy często działania terapeutyczne. Bo te działania nie mieszczą się w filozofii funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości. Wymiar sprawiedliwości nie jest od leczenia, wymiar sprawiedliwości jest od karania. Jeśli posiadanie narkotyków na własny użytek jest skryminalizowane, to osoby używające narkotyków permanentnie popełniają to przestępstwo. W konsekwencji starają się one ukrywać przed wymiarem sprawiedliwości, co powoduje, że schodzą coraz głębiej do podziemia i coraz trudniej jest dotrzeć do nich pracownikom socjalnym czy terapeutom. Ta kryminalizacja utrudnia dostęp do użytkowników narkotyków programom terapeutycznym, zdrowotnym, edukacyjnym. Zdarza się też, że osoby, które rozpoczęły leczenie, np. terapię substytucyjną, dopadają stare grzechy i zostają aresztowane. To często oznacza przerwanie terapii i zmarnowanie tego, co zostało już zrobione w celu wyjścia z uzależnienia.

**– W kwietniu bieżącego roku został powołany Zespół do spraw przygotowania projektu zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Jest Pan przewodniczącym tego Zespołu. Czym konkretnie zajmuje się Zespół?**

– W skład Zespołu wchodzi 15 członków prezentujących różne poglądy na zagadnienie intensywności ingerencji wymiaru sprawiedliwości w problemy narkomanii. Moją ideą – krótko przedstawiłem ją na pierwszym posiedzeniu Zespołu – jest stworzenie prawnie usankcjonowanych alternatyw wobec karania użytkowników narkotyków. Zaproponowanie takich instrumentów, które pozwalałyby na podejmowanie innych działań niż karanie wobec tych uzależnionych, którzy popełnili przestępstwo. Myślę tu o działaniach edukacyjnych, profilaktycznych, rehabilitacyjnych. W wielu krajach Unii Europejskiej takie instrumenty

funkcjonują – w sytuacji przestępstwa popełnianego przez użytkownika narkotyków organy ścigania mają możliwość skierowania jego sprawy do postępowania, którego przedmiotem będzie przede wszystkim działanie terapeutyczne. Wynika to nie tylko z przepisów unijnych, również z konwencji ONZ-etu.

– ***Ale artykuły 71 i 72 obecnej ustawy także dają taką możliwość.***

– Tak, ale te przepisy nie funkcjonują w praktyce, co przyzna każdy prokurator i każdy sędzia. Te uregulowania były dobrze pomyślane. Jednak inne rozwiązania przyjęte w ustawie z 2005 roku utrudniają stosowanie tych przepisów. Chociażby wymóg wcześniejszej niekaralności podejrzanego/oskarżonego, a przecież większość osób uzależnionych ma za sobą przeszłość kryminalną. W konsekwencji, jeżeli taka osoba wyraża wolę podjęcia leczenia, to ze względu na wcześniejszą karalność nie ma możliwości umorzenia postępowania w sytuacji pozytywnego zakończenia terapii. I to trzeba zmienić.

Poza tym będziemy starać się, by wrócić do przepisu, który był w projekcie rządowym nowelizacji ustawy w 2005 roku, a który w Sejmie został usunięty. Chodzi mianowicie o umożliwienie uzależnionym od narkotyków, którzy odbywają karę pozbawienia wolności, uzyskania przerwy w wykonywaniu kary w celu podjęcia terapii na wolności. Powodem tej zmiany jest nie tylko to, że terapia wolnościowa jest efektywniejsza od terapii prowadzonej w warunkach izolacji więziennej, ale także to, że osób uzależnionych jest w zakładach karnych coraz więcej i więziennictwo nie jest w stanie zapewnić im dostępu do leczenia. Dzisiaj do zakładów terapeutycznych tworzy się kolejka. Czekać trzeba trzy, cztery miesiące. Zmiana ustawy pozwoliłaby na zmniejszenie zagęszczenia w zakładach karnych. Osoby uzależnione, leczące się w trakcie przerwy w odbywaniu kary, jeśli zakończyłyby leczenie sukcesem, mogłyby zostać warunkowo zwolnione z odbycia pozostałej części kary.

– ***Jakie inne zmiany zapisów ustawy są rozważane?***

– Zastanawiamy się nad rozwiązaniami, które mogłyby wspierać działania terapeutyczne. Pomimo tego, że spraw dotyczących narkotyków jest w sądach i prokuraturach coraz więcej, mimo tego, że także policja ma

z nimi coraz częściej do czynienia, poziom świadomości i czysto fachowej wiedzy dotyczącej problematyki narkomanii wśród policjantów, prokuratorów i sędziów jest relatywnie niski. Dlatego często nieefektywne działania nie są wynikiem złej woli tych osób, tylko ich niewiedzy. Potrzebne są rozwiązania wprowadzające system szkoleń, które spowodowałyby zmianę nastawienia do sprawców przestępstw narkotykowych.

Opcje ludzi realizujących politykę kryminalną, zdrowotną i socjalną są odmienne. Język, jakim się posługują, jest różny, obie strony się nie rozumieją. Trzeba coś zrobić, żeby reprezentanci tych różnych instytucji zaczęli się skutecznie komunikować, używać wspólnego języka. Wymiar sprawiedliwości w większym zakresie powinien brać pod uwagę aspekt zdrowotno-leczniczo-profilaktyczny. Służba zdrowia i służby socjalne powinny z większym zrozumieniem podchodzić do działań wymiaru sprawiedliwości.

Sędziowie często nie znają oferty dostępnej pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych, w tym dla sprawców przestępstw. Po części wynika to z ich inercji, niechęci do poszukiwania programów, ale jest to też wynik tego, że nieznana jest wartość tych programów. A sędzia nie jest przecież fachowcem, który byłby w stanie ocenić – ot, tak, od razu – czy konkretny program prowadzony przez organizację X w miejscowości Y jest wartościowy, czy to nic niewarta propozycja. Trzeba się zastanowić nad stworzeniem – tak jak to funkcjonuje w wielu krajach Europy – systemu certyfikacji lub akredytacji tego typu programów. Sędzia orzekający z ustawy antynarkotykowej powinien mieć łatwy dostęp do wiarygodnej bazy danych na temat oferty dostępnej w miejscowości, w której pracuje.

Chciałbym doprowadzić w Polsce do takiej sytuacji, żeby wymiar sprawiedliwości pośredniczył w przekazywaniu użytkowników narkotyków popełniających przestępstwa nie do zakładów karnych, tylko do systemu terapeutyczno-leczniczego. Jeżeli uda nam się stworzyć taką alternatywę, to rozwiążemy wiele problemów bez konieczności wkraczania w tę drażliwą i kontrowersyjną sferę depenalizacji.

– ***Z badań akt spraw o posiadanie narkotyków wynika, że generalnie wymiar sprawiedliwości zajmuje się przede wszystkim „drobnymi” przestępstwami dotyczącymi narkomanii, a poważniejsze sprawy są tylko wyjątkowo w centrum jego zainteresowania.***

– Trudno wyniki naszych badań generalizować. Zajmowaliśmy się tylko jednym przepisem – dotyczącym posiadania narkotyków. Poważne sprawy narkotykowe – dotyczące handlu narkotykami, nielegalnego obrotu, przemytu, produkcji itd., są obecne w polskim wymiarze sprawiedliwości. One znajdowały się poza obszarem naszych badań, ale one istnieją.

Natomiast rzeczywiście prawdą jest, że w sytuacji, kiedy mamy określony kształt ustawodawstwa dotyczącego narkotyków, w którym ich posiadanie jest karalne, to siłą rzeczy, często wbrew woli organów ścigania, główny wysiłek jest kierowany właśnie na te drobne sprawy. Bo ich jest najwięcej i one są najłatwiejsze do ujawnienia. To jest między innymi powód tego, że wielu policjantów na Zachodzie twierdzi, iż kryminalizowanie „drobnego” posiadania narkotyków na własny użytek przynosi więcej szkody niż pożytku, bo skupia siły i środki policji na niewłaściwych działaniach.

Polscy policjanci (choć nie twierdzą, że wszyscy) ciągle są przekonani, że kryminalizacja „drobnego” posiadania narkotyków pomaga w ściganiu poważnych dealerów, zwalczaniu podaży narkotyków itd. Moim zdaniem to nie pomaga aż tak bardzo, jak wydaje się niektórym, a czasami wręcz stwarza dodatkowe problemy. Przystępując do badań, spodziewałem się, że wyniki będą mniej więcej takie, jakie uzyskaliśmy. Jednak nie myślałem, że aż tak jaskrawo wyjdzie ten problem. Jeszcze raz podkreślę, że najważniejsze wydaje mi się stworzenie dla użytkowników narkotyków posiadających je na własny użytek alternatywnych procedur postępowania.

– ***Badania pokazały również, że poza karaniem (ewentualnie w zawieszeniu) wymiar sprawiedliwości niczego innego nie oferuje.***

– Ogranicza się do kar, bo albo ustawodawstwo nie umożliwia niczego innego, albo sędziowie nie mają świadomości możliwych alternatyw i nie wychodzą poza kodeks karny. Na studiach prawniczych nie ma zajęć omawiających problematykę uzależnień. W trakcie aplikacji ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nie jest omawiana z aplikantami sądowymi czy prokuratorskimi.

– ***Z tego, co Pan mówi, można wysnuć wniosek, że w grę wchodzi dwie możliwości poprawy funk-***

***cjonowania wymiaru sprawiedliwości w obszarze problematyki narkomanii. Po pierwsze, poprzez depenalizację „drobnych” przestępstw popełnianych przez użytkowników narkotyków, po drugie, poprzez uczenie sędziów – jeśli już muszą się zajmować przestępstwami polegającymi na posiadaniu niewielkich ilości narkotyków na swój użytek – innego sposobu postępowania.***

– Tak. Dziesięć czy dwadzieścia lat temu byłem radykalniejszy, ale dzisiaj złagodniałem. Ciągłe co prawda stoję na stanowisku, że depenalizacja byłaby lepsza, ale już się nie upieram, że to jest jedyne sensowne wyjście. Mogą być również inne rozwiązania, mniej kontrowersyjne.

– ***Czyli odszedł Pan od proponowania rozwiązań zero-jedynkowych?***

– Uważam, że potrzebny jest rozsądny kompromis. Gdy w 1985 roku była tworzona ustawa, to nazywała się ona „ustawą o zapobieganiu narkomanii”. O problemie narkomanii w Polsce myślało się przede wszystkim w kategoriach profilaktyki, prewencji, leczenia. Nie było problemu handlu, obrotu, zorganizowanej przestępczości, co było oczywiście konsekwencją ówczesnego stanu zjawiska. Dzisiaj wahadło wychyliło się w drugą stronę – patrzymy na problem narkotyków i narkomanii przede wszystkim z punktu widzenia policji i wymiaru sprawiedliwości, z punktu widzenia nielegalnej podaży i jej zwalczania. Prawda jest tymczasem gdzieś pośrodku. Narkomania składa się zawsze z tych dwóch aspektów – popytu i podaży. Powinniśmy znaleźć takie rozwiązania, o których Unia mówi jako o zrównoważonej strategii podejścia do problemu, uwzględniające zarówno aspekt redukcji popytu, jak i podaży, pamiętając jeszcze o jednej sprawie – redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania narkotyków. Dzisiaj jesteśmy w fazie patrzenia na problem przede wszystkim przez pryzmat zorganizowanej przestępczości. To jest błędna perspektywa.

– ***Ta konstatacja wydaje mi się dobra na zakończenie wywiadu. Nie będę szczegółowo pytać o wspomniane badania, bo chciałbym zaproponować Panu opisanie ich w artykule do następnego numeru Serwisu. Dziękuję za rozmowę.***

*Jednym ze społecznie ważnych zagadnień związanych z badaniami dotyczącymi używania narkotyków jest oszacowanie wielkości kosztów i strat, jakie powodują. Znajomość wielkości skutków używania narkotyków może być przydatna na przykład do planowania działań prewencyjnych. Oszacowanie takie jest rzeczą trudną ze względu na częsty brak odpowiednich danych statystycznych oraz ze względu na nieostry i rozmyty charakter wielu aspektów tych zjawisk. Nierozwiązanych jest także wiele problemów o charakterze metodologicznym – są one obecnie przedmiotem dyskusji wśród specjalistów.*

# SZACOWANIE WIELKOŚCI SKUTKÓW UŻYWANIA NARKOTYKÓW W POLSCE W 2005 ROKU

Dr hab. Zofia Mielecka-Kubień

prof. Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach

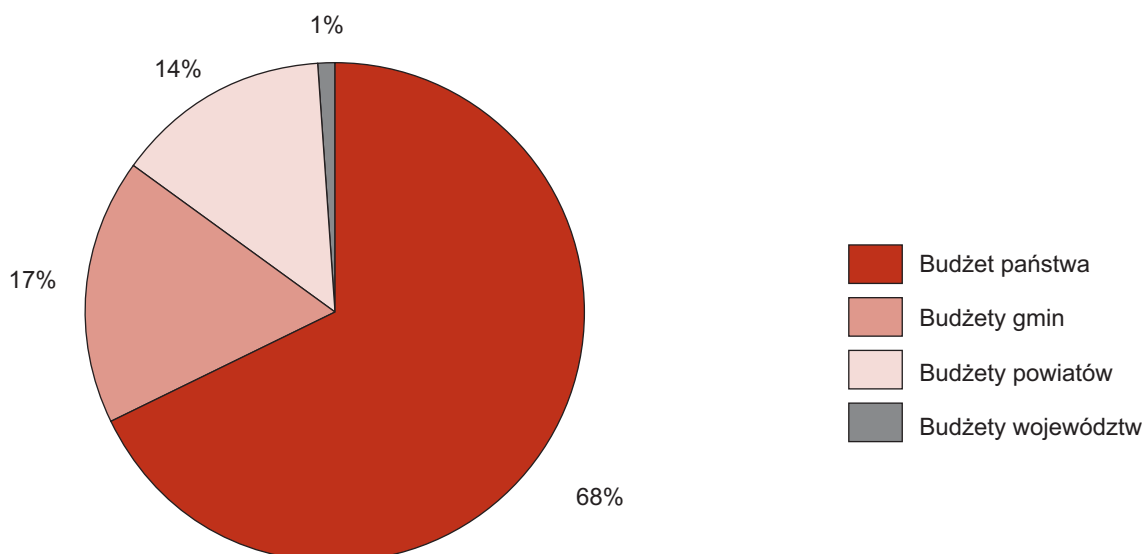
Katedra Ekonometrii

## Uwagi wstępne

Próby oszacowania wielkości kosztów i strat związanych z używaniem narkotyków były podejmowane na świecie od wielu lat, takie oszacowania były czynione także w Polsce. Obecnie przeprowadza się porównania wielkości kosztów i strat związanych z używaniem narkotyków w różnych krajach, powstaje więc potrzeba ujednolicenia metody ich szacunku. Badaniami nad problemami związanymi z używaniem narkotyków oraz ich koordynacją w krajach

członkowskich UE i innych krajach europejskich zajmuje się Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). W ramach tej instytucji prowadzone są także dyskusje i badania nad metodologią szacowania wielkości kosztów i strat spowodowanych używaniem narkotyków. Przedstawiona niżej próba oceny wielkości skutków używania narkotyków w Polsce w 2005 roku dokonana została we współpracy i na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W części dotyczącej wydatków publicznych badanie wykonano

Rys. 1. Wydatki bezpośrednio przypisane narkomanii według źródła finansowania



Źródło: opracowanie własne.



zgodnie z zaleceniami EMCDDA, w części dotyczącej szacowania wielkości niektórych strat społecznych (*social costs*) – według propozycji autorki.

## Wydatki publiczne

Jednym z podstawowych celów koordynowanego przez EMCDDA badania było oszacowanie w krajach biorących w nim udział wysokości wydatków publicznych związanych z narkomanią w 2005 roku. Terminem wydatki publiczne określa się wartość dóbr i usług zakupionych przez jednostki administracji państwowej, tj. instytucje centralne, jednostki samorządów terytorialnych i inne niezależne instytucje publiczne.

Prezentowane oszacowanie oparto przede wszystkim na sprawozdaniach z wykonania budżetu państwa za 2005 rok. W celu zapewnienia porównywalności z raportami z innych krajów poszczególne wydatki klasyfikowano według sytemu COFOG (*Classification of the Functions of Government*), stanowiącego szczegółową klasyfikację rodzajową wydatków państwa.

Wydatki spowodowane używaniem narkotyków można podzielić na bezpośrednio przypisane narkomanii (*labelled*) i takie, których jedynie część można przypisać temu zjawisku (*non-labelled*) – w tym przypadku zasadniczym dla dokładności oceny problemem jest oszacowanie udziału (*key*) tych wydatków, jaki można przypisać narkomanii, wśród ogółu wydatków danego rodzaju.

## Wydatki bezpośrednio przypisane narkomanii

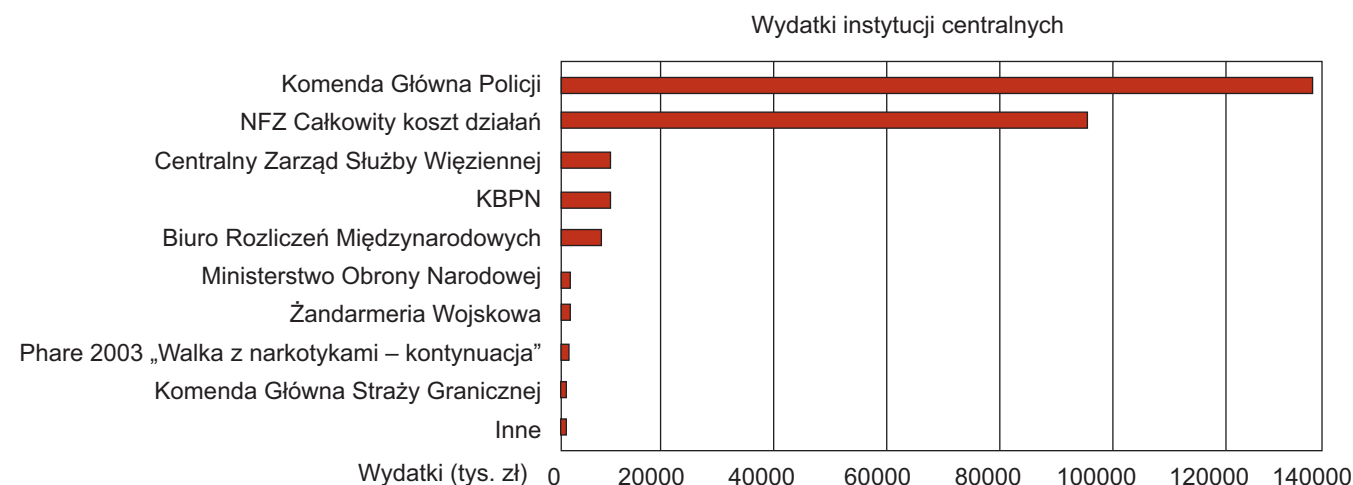
W tym przypadku zachodziła niekiedy konieczność oszacowania wysokości części wydatków, co spowodowane było tym, że nie wszystkie instytucje dostarczyły sprawozdania finansowe ze swojej działalności związanej z narkomanią. Ogółem wysokość wydatków bezpośrednio przypisanych narkomanii w Polsce w 2005 roku oceniono na 392 052,8 tys. zł. Grafiki 1-2 przedstawiają strukturę tych wydatków według źródła ich finansowania (rys. 1) oraz według rodzaju instytucji, która wydatki poniosła (wykres 1).

Największy udział w omawianych wydatkach mają wydatki budżetu centralnego (państwa), a najmniejszy – województw. Warto zwrócić jednak uwagę, że województwa otrzymały w roku 2005 na program zwalczania narkomanii znaczne kwoty bezpośrednio z budżetu państwa, a na opiekę zdrowotną związaną z narkomanią z NFZ.

Program zwalczania narkomanii powinien być realizowany także w gminach i powiatach. Główne rodzaje bezpośrednich wydatków gmin i powiatów związanych z narkomanią to profilaktyka i szkolenia. Korzystając z dostępnych informacji, można stwierdzić, że część gmin (około 40%) nie realizowała KPPN (Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii) i nie ponosiła wydatków związanych z tym programem.

Wśród instytucji centralnych największe wydatki związane z narkomanią zostały poniesione (wykres 1) przez

Wykres 1. Wydatki instytucji centralnych



Źródło: opracowanie własne.

policię (zwalczanie przestępczości) oraz NFZ (leczenie, profilaktyka, redukcja szkód, szkolenia), gdzie najkosztowniejsze okazało się leczenie szpitalne, a wśród wydatków oddziałów wojewódzkich – ambulatoryjne.

## Wydatki pośrednie

Całą kwotę, którą w sposób pośredni można przypisać używaniu narkotyków w Polsce w 2005 roku, oceniono na 486 278,2 tys. zł. Wykres 2 przedstawia strukturę tych wydatków według rodzaju instytucji, które je poniosły.

Największe wydatki poniósł wymiar sprawiedliwości, co związane jest przede wszystkim z przestępstwami objętymi ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii, a następnie więziennictwo. Dochodzą do tego wydatki związane z przestępstwami nie objętymi ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii; odpowiednie udziały wydatków (a w następstwie przypisane kwoty) zostały oszacowane m.in. na podstawie oceny poszczególnych Wojewódzkich Komend Policji.

W wyszczególnionej wyżej kwocie wydatków pośrednich nie ujęto z powodu braku możliwości oszacowania m.in. następujących pozycji:

- dodatkowych kosztów opieki zdrowotnej spowodowanych pośrednio narkomanią oraz
- niektórych rodzajów pomocy społecznej (pomocy dla bezdomnych, bezrobotnych itp.).

## Straty społeczne

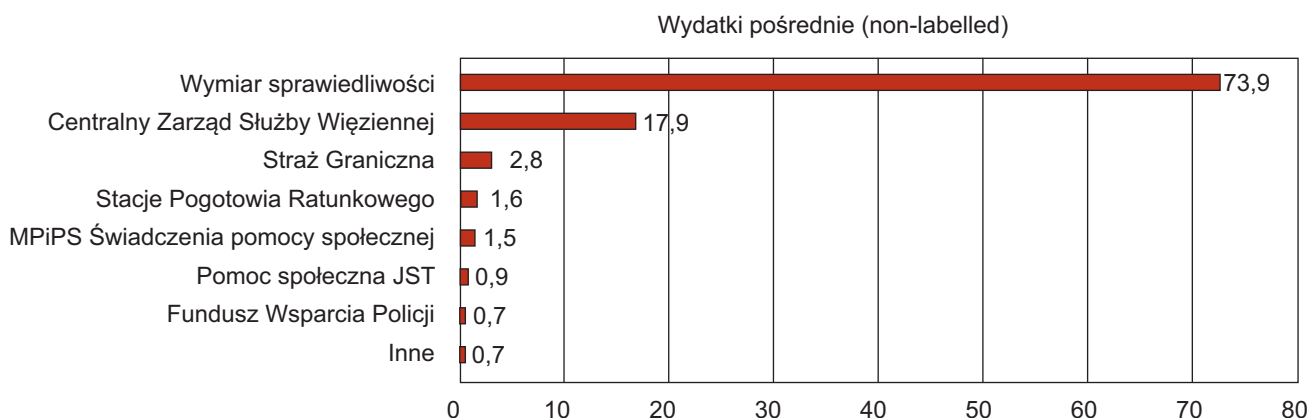
Jednym z najważniejszych negatywnych skutków używania narkotyków jest przedwczesna umieralność

narkomanów, stąd też ważnym zagadnieniem staje się możliwość oceny zakresu tego zjawiska. Można tu wykorzystać parametry tablic trwania życia, a przede wszystkim oceny przeciętnego dalszego trwania życia noworodka ( $e_0$ ) w populacji narkomanów i całej populacji. Wartość tego parametru dla populacji narkomanów można interpretować jako średnią liczbę lat, jaką w danych warunkach umieralności (tj. w tym badaniu przy założeniu, że wszystkie osoby w wieku 15-64 lata byłyby narkomanami) miałyby do przeżycia noworodek. Na podstawie porównania wartości parametru ( $e_0$ ) w populacji narkomanów i w całej populacji można oszacować wielkość potencjalnej straty trwania życia spowodowanej narkomanią; podobnych oszacowań można dokonać dla osób w wieku  $x$  ukończonych lat życia ( $e_x$ ).

W oparciu o wyniki badań skonstruowano tablice trwania życia dla narkomanów. Z porównania wartości przeciętnego dalszego trwania życia noworodka ( $e_0$ ) oszacowanego dla populacji narkomanów i całej populacji wynika, że w przypadku narkomanów należy liczyć się ze stratą blisko 30 lat życia (27,27 lat).

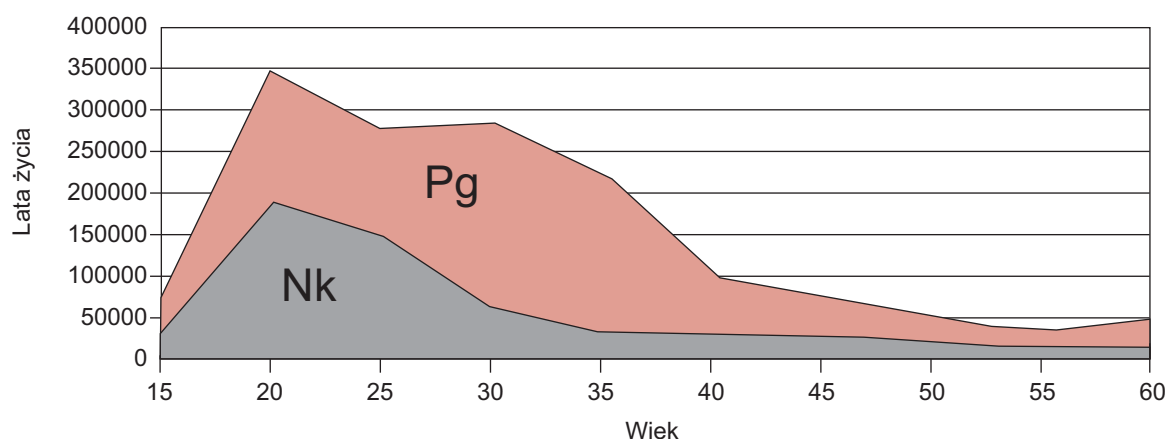
Na podstawie tablic trwania życia dla narkomanów i całej populacji oszacowano wielkość potencjału życiowego, który może być utracony w populacji pacjentów przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w latach 2000–2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19). Wykorzystano tu prace L. Herscha, twórcy teorii i autora metody szacowania wielkości potencjału życiowego. Wyniki zaprezentowano na wykresie 3.

Wykres 2. Wydatki pośrednie (%) związane z narkomanią ponoszone przez różne instytucje



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 3. Potencjał życiowy narkomanów (Nk) i w populacji generalnej (Pg)



Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się, że oczekiwaną wielkość straty potencjału życiowego rozważanej populacji narkomanów można ocenić na około 51,4% w stosunku do potencjału życiowego odpowiedniej (pod względem struktury wieku i płci) frakcji całej populacji. Zgodnie z zastosowaną metodą szacunku proporcje pomiędzy potencjałami życiowymi dla narkomanów oraz całej populacji będą kształtowały się w podobny sposób także w przypadku inaczej określonych populacji narkomanów.

Liczbę utraconych lat życia narkomanów spowodowaną ich przedwczesną umieralnością w roku 2005 oszacowano obliczając wartości mierników: utracone lata życia (*Years of Life Lost – YLL*) i utracone lata życia zawodowego (*Future Years of Work Lost – FYWL*), biorąc pod uwagę zgony związane z narkomanią w 2005 roku. Przyjmując jako standard wartości przeciętnego dalszego trwania życia dla populacji ludności Polski w 2005 roku, liczbę utraconych lat życia 290 osób zmarłych w 2005 roku w Polsce na skutek używania narkotyków oceniono jako 10 252,5 lat ich życia,

Tabela 2. Rozkład kosztów i strat

Rodzaj kosztów i strat	Kwota (tys. zł)	Udział w kwocie ogółem (%)	Udział w PKB (%)
Koszty bezpośrednio przypisane narkomanii	392 052,8	44,23	0,040
Koszty pośrednio przypisane narkomanii	486 278,2	54,86	0,050
Potencjalne straty PKB	8 145,2	0,92	0,001
Ogółem	886 476,2	100	0,091

Źródło: obliczenia własne.

Tabela 1. Oceny wielkości niektórych potencjalnych strat spowodowanych używaniem narkotyków w 2005 roku

Wyszczególnienie	Wielkość straty
Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka ( $e_0$ )	27,27 lat życia
Wielkość potencjału życiowego	51,4%
Liczba utraconych lat życia (YLL)	10 252,5 lat
Liczba utraconych lat życia w wieku produkcyjnym (FYWL)	5967,5 lat
Straty produkcyjne (PKB)	5728,3 tys. zł

Źródło: obliczenia własne.

w tym 6203,4 utraconych lat życia mężczyzn i 4049,1 lat życia kobiet. Liczbę utraconych lat życia narkomanów w wieku produkcyjnym oceniono natomiast jako 5967,5 lat (w tym 3855,0 lat życia mężczyzn i 2112,5 lat życia kobiet).

W roku 2005 zmarło 247 narkomanów będących w wieku produkcyjnym (158 kobiet oraz 89 mężczyzn). Na tej podstawie można ocenić wielkość niektórych

potencjalnych strat produkcyjnych (PKB) w roku 2005. Przyjęto następujące założenia:

- byłaby możliwość dodatkowego zatrudnienia liczby osób odpowiadającej liczebnie odpowiedniej frakcji populacji zmarłych przedwcześnie narkomanów;
- udział osób zatrudnionych w populacji odpowiadającej liczebnie zmarłym narkomanom byłby taki sam jak w populacji ludności Polski w wieku aktywności zawodowej w roku 2005 (tj. 51,0% mężczyzn i 38,2% kobiet);
- osoby te mogłyby wytworzyć (średnio na osobę zatrudnioną) taką samą część PKB jak reszta populacji.

Biorąc pod uwagę powyższe założenia, liczba osób, które mogłyby być zatrudnione w roku 2005 – gdyby nie ich przedwczesny zgon spowodowany używaniem narkotyków – to 81 mężczyzn oraz 34 kobiety, razem 115 osób. Osoby te mogłyby wypracować w roku 2005 PKB o wartości 5728,3 tys. zł (mężczyźni) oraz 2416,9 tys. zł (kobiety), łącznie 8145,2 tys. zł, na taką kwotę można więc ocenić wysokość poniesionych strat produkcyjnych w roku 2005 na skutek używania narkotyków i przedwczesnych zgonów 247 osób.

## Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że największy udział (tj. 54,86%) w ocenionych na kwotę 886 476,2 tys. zł kosztach i stratach materialnych spowodowanych narkomanią w Polsce w 2005 roku przypada na koszty pośrednie (*non-labelled*), a następnie koszty bezpośrednio przypisane narkomanii (*labelled*) – 44,23%. Potencjalne straty PKB oceniono na niespełna 1%. Powyższe koszty i straty stanowią 0,091% wartości PKB w Polsce w 2005 roku (980 666 mln zł).

Należy podkreślić, że wyszczególnione wyżej koszty używania narkotyków i straty związane z tym zjawiskiem obejmują tylko te jego skutki, których wielkość można było ocenić na podstawie dostępnych informacji. Nie zostało uwzględnionych wiele innych

dotkliwych skutków narkomanii, przede wszystkim o charakterze niematerialnym (ból, cierpienie, utrata zdrowia itp.).

Aby w dokładniejszy sposób oszacować koszty, w wielu wypadkach należałoby podjąć specjalne badania dla określenia części wydatków związanych z narkomanią wśród ogółu wydatków danego rodzaju (*key*). W niektórych przypadkach należałoby oszacować i dodać do kwoty kosztów pośrednich

*Wśród instytucji centralnych największe wydatki związane z narkomanią zostały poniesione przez policję (zwalczanie przestępczości) oraz NFZ (leczenie, profilaktyka, redukcja szkód, szkolenia), gdzie najkosztowniejsze okazało się leczenie szpitalne, a wśród wydatków oddziałów wojewódzkich – ambulatoryjne.*

związanych z używaniem narkotyków tylko nadwyżki kosztów spowodowane występowaniem zjawiska narkomanii – także bowiem narkomani „mają prawo” do pewnej części niektórych wydatków, podobnie jak reszta populacji. Kwestia ta dotyczy przykładowo kosztów pomocy społecznej, leczenia chorób nie wynikających bezpośred-

nio z używania narkotyków czy przestępstw nie objętych ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii. Podstawą takich szacunków mógłby być wskaźnik o nazwie „ryzyko przypisane dla populacji” (*population attributable risk*). Obecnie brak jest jednak potrzebnych do oszacowania jego wartości informacji statystycznych.

## Bibliografia

- Cole P., MacMahon B., „Attributable Risk Percent in Case-controlled Studies”, *British Journal of Preventive Medicine*, 25, 1971.
- Guidlines for 2007, Selected Issues, EMCDDA.
- Hersch L., „De quelques potentiels-vie et de certaines varietes de la vie moyenne”, *Revue de l'Institut International de Statistique*, La Haye, 3/4 1940.
- Mielecka-Kubień Z., „Oszacowanie wielkości skutków używania narkotyków w Polsce w 2005 roku”, praca wykonana na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (maszynopis).
- Murray Ch.J., Salomon J., Mathers C.D., Lopez A.D. (red). „Summary Measures of Population Health”, WHO 2002.
- Rocznik Demograficzny GUS, 2006.
- Rocznik Statystyczny GUS, 2006.
- Sierosławski J., „Zgony wśród narkomanów – badania kohortowe”, Warszawa 2007.
- Standard Tables 05 Acute Direct Drug-Related Death, EMCDDA.
- Vielrose E., „Zarys demografii potencjalnej”, PWN, Warszawa 1958.
- Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Roczniki Statystyczne 1997–2005, IPiN, Warszawa.



*W krajach zachodnich moda na tatuaż i piercing zaczęła się już w latach 70. W Polsce moda na te sposoby modyfikowania ciała pojawiła się stosunkowo niedawno, wraz z przemianami lat 90. Niniejszy artykuł przedstawia wybrane wyniki badań nad związkami pomiędzy posiadaniem tatuażu lub piercingu przez 15-letnich gimnazjalistów z Warszawy a podejmowaniem przez nich zachowań ryzykownych, takich jak: używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc i wykroczenia.*

# TATUAŻ I PIERCING A ZACHOWANIA PROBLEMOWE MŁODZIEŻY

Krzysztof Ostaszewski, Katarzyna Kocoń  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

## Wstęp

Od niepamiętnych czasów ludzie interesowali się ozdabianiem własnego ciała. Współcześni ludzie malują się, farbują włosy, przedłużają sobie paznokcie, depilują się, opalają, przekłuwają uszy, wykonują operacje plastyczne, wszczepiają implanty itd. Jedną ze znanych od dawna form ozdabiania ciała jest tatuaż oraz piercing. Aktualnie posiadanie tatuażu lub piercingu staje się coraz bardziej popularne wśród młodzieży (Roberts i wsp., 2004; Koenig i Carners, 1999; Braithwaite i wsp., 2001; Wright, 1995), a odsłonięte tatuaże czy kolczyki szokują coraz mniej. Salony tatuażu i piercingu, oferujące szeroki zakres usług, są coraz bardziej dostępne.

**Tatuaż** to znak graficzny uzyskiwany na skórze w wyniku wprowadzenia barwnika w tkankę skóry. Wykonuje się go najczęściej na: przedramionach, ramionach, nogach oraz w okolicach kręgosłupa. Tatuaż permanentny (trwały) wykonywany jest na całe życie, chociaż z upływem lat barwnik wchłania się w skórę i tatuaż ulega niewielkim zmianom. Tatuaż „okresowy” w zależności od rodzaju barwnika utrzymuje się od ok. miesiąca do roku, a nawet trzech lat. Tatuaże wykonane z henny utrzymują się na skórze od jednego do trzech tygodni.

**Piercing**, czyli kolczykowanie lub przekłuwanie, polega na wykonywaniu przekłuć w ciele i wprowadzaniu w nie kolczyków. W odróżnieniu od tradycyjnych złotych lub srebrnych kolczyków noszonych w uszach, ozdoby do piercingu wykonane są zwykle z tytanu lub stali chirurg-

gicznej i są przeznaczone do stałego noszenia. Miejsca przekłuć to zwykle uszy, łuki brwiowe, nos, wargi, język, okolice podbródka, sutki, pępek, narządy płciowe. Rzadziej stosowanymi formami zdobienia i modyfikowania wyglądu ciała są skaryfikacje, czyli zdobienie ciała poprzez nacinanie, zadrapywanie lub wypalanie skóry tak, aby powstała jasna tkanka bliznowa.

**Przyczyny.** Modyfikacje ciała mogą mieć podłoże kulturowe lub religijne, mogą też być wyrazem przynależności do określonej subkultury. Dla współczesnej młodzieży ozdabianie ciała za pomocą tatuażu i piercingu jest prawdopodobnie w większości przypadków podążaniem za tym co modne i naśladowaniem stylu ozdabiania się przez gwiazdy pop-kultury, znanych aktorów, sportowców i ludzi mediów. Psychologowie i badacze wskazują również, że modyfikowanie ciała może wynikać ze specyficznych potrzeb rozwojowych (np. kreowanie własnej indywidualności), może być formą autoekspresji, wyrażania swoich myśli, preferencji, służyć podkreśleniu własnej kobiecości bądź męskości, być sposobem na podkreślenie własnej tożsamości i niezależności (Armstrong, 1996; Armstrong i McConnel, 1994; Roberti i wsp., 2004). Czasem tatuaże robione są po prostu „na szczęście” lub służą zapamiętaniu ważnego wydarzenia życiowego (Martin, 1997; Deschesnes i wsp., 2006).

Wyniki badań prowadzonych na świecie sugerują, że posiadanie przez młodzież tatuażu lub piercingu jest powiązane z większym angażowaniem się w różne zachowania ryzykowne, w tym używanie i naduży-

wanie substancji psychoaktywnych, problemowe picie alkoholu, używanie marihuany, rozpoczęcie używania narkotyków, ryzykowne zachowania seksualne, stosowanie przemocy, wagary, ucieczki z domu czy kradzieże (Carroll i wsp., 2002; Roberts i Ryan, 2002; Brookes i wsp., 2003; Roberts i wsp., 2004). W Polsce do niedawna nie było badań na ten temat.

Niniejszy artykuł przedstawia wybrane wyniki badań nad związkami pomiędzy posiadaniem tatuażu lub piercingu przez 15-letnich gimnazjalistów z Warszawy a podejmowaniem przez nich zachowań ryzykownych, takich jak: używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc i wykroczenia (Ostaszewski i Kocoń, 2007).

## Charakterystyka uczestników

Uczestnikami badań byli uczniowie ponad 80 wylosowanych klas trzecich gimnazjów publicznych i niepublicznych z trzech dzielnic Warszawy: Mokotowa, Ursynowa oraz Wilanowa. W badaniach wzięły udział 1493 osoby. W obliczeniach uwzględniono ankiety 1471 uczniów, z czego 52% stanowili chłopcy. Zdecydowana większość uczniów (93%) miała około 15,5 lat. Badania zrealizowano jesienią 2004 roku z zachowaniem procedur zapewniających anonimowość uczniów, klas i szkół<sup>1</sup>.

## Wyniki

**Tatuaż i piercing – rozmiary zjawiska.** Około 5% 15-letniej młodzieży uczestniczącej w badaniach posiadało trwałe lub nietrwałe tatuaże. Posiadanie tatuażu było w podobny sposób rozpowszechnione wśród dziewcząt i chłopców. Kolczyki typu piercing (włącz-

nie z uszami i innymi miejscami na ciele) posiadało ok. 20% uczestników badań, przy czym dziewczęta zdecydowanie częściej niż chłopcy nosiły tego typu ozdoby. Kolczyki w uszach lub innych częściach ciała nosiło ok. 39% dziewcząt i ok. 3% chłopców. Podobnie znacząco więcej dziewcząt (8%) niż chłopców (2%) potwierdziło posiadanie piercingu w innych niż uszy częściach ciała (tabela 1). Posiadanie piercingu w dwóch, trzech lub kilku różnych miejscach naraz dotyczyło ok. 2% młodzieży.

**Tatuaż i piercing a używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych.** Analizy wskazują, że osoby posiadające tatuaż lub piercing w porównaniu z osobami nie posiadającymi tych ozdób częściej angażują się w używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych. Picie alkoholu, upijanie się, palenie papierosów i używanie narkotyków było znacząco częstsze w grupie młodzieży posiadającej piercing niż w grupie „bez piercingu” (tabela 2). Stwierdzone zależności dotyczyły wszystkich analizowanych substancji (alkohol, nikotyna, narkotyki) oraz wszystkich wskaźników używania i nadużywania substancji. Analizy regresji logistycznej wykazały, że posiadanie tatuażu, podobnie jak posiadanie piercingu, zwiększało około 2-3 krotnie ryzyko picia alkoholu, upijania się, okazjonalnego i codziennego palenia papierosów oraz używania narkotyków. Posiadanie piercingu w innych miejscach niż uszy było silniej powiązane z analizowanymi wskaźnikami używania wszystkich branych pod uwagę substancji psychoaktywnych.

**Tatuaż i piercing a przemoc i zachowania agresywne,** takie jak: przemoc wobec innych uczniów, bójki w szkole czy celowe uderzenie drugiej osoby. Przeprowadzone analizy sugerują, że przejawy agresji psychicznej i fizycznej częściej występowały

Tabela 1. Posiadanie tatuażu/piercingu w całej grupie i ze względu na płeć

Modyfikacje ciała				
	Ogółem N=1452	Chłopcy N=752	Dziewczęta N=700	Poziom istotności
Tatuaż (trwały lub nietrwały)	4,6	4,3	5,0	n.i.
Tatuaż nietrwały	1,2	0,5	2,0	n.i.
	Ogółem N=1446	Chłopcy N=751	Dziewczęta N=695	Poziom istotności
Piercing (wszystkie miejsca)	20,4	3,1	39,1	0,001
Piercing (inne miejsca niż uszy)	5,1	2,0	8,5	0,001

w grupie osób posiadających tatuaż, natomiast w przypadku piercingu ten związek nie występował (tabela 2). Posiadanie tatuażu zwiększało ryzyko zachowań agresywnych. W przypadku piercingu związki z zachowaniami agresywnymi nie były tak jednoznaczne. Analizy regresji logistycznej wskazują wprawdzie, że posiadanie tego typu ozdób było powiązane z zachowaniami agresywnymi, ale zależności te były słabsze niż w przypadku tatuażu. Czynnikiem silniej powiązanym z zachowaniami agresywnymi było posiadanie piercingu w innych miejscach ciała niż uszy.

**Tatuaż i piercing a zachowania sprzeczne z prawem i wykroczenia**, takie jak: celowe niszczenie cudzych rzeczy, sprzedaż narkotyków, przywłaszczanie cudzych rzeczy, ucieczki z domu. Z analizy wynika, że wszystkie brane pod uwagę zachowania niezgodne z prawem oraz wykroczenia częściej występowały w grupie osób posiadających tatuaż. W przypadku piercingu

związek ten był wyraźny tylko dla dwóch zachowań (przywłaszczanie cudzych rzeczy i ucieczki z domu) (tabela 2). Analizy regresji wykazały, że posiadanie piercingu w innych miejscach ciała niż uszy wiązało się z większymi szansami na przejawianie zachowań sprzecznych z prawem i wykroczeń.

## Tatuaż i piercing na tle innych elementów stylu życia nastolatków

Zarówno posiadanie tatuażu, jak i piercingu zwiększa ryzyko używania substancji psychoaktywnych. Zwiększa również, choć w mniejszym stopniu, ryzyko stosowania przemocy lub zachowań sprzecznych z prawem. Należy dodać jednak, że to nie tatuaż czy piercing są najsilniejszymi czynnikami ryzyka dla tych zachowań problemowych młodzieży. Gdy do modelu regresji dodano kilka innych czynników cha-

**Tabela 2. Rozpowszechnienie zachowań ryzykownych w grupach młodzieży „z tatuażem” i „bez tatuażu” oraz „z piercingiem” i „bez piercingu”**

Zachowania ryzykowne	Młodzież bez tatuażu (%) N=1383	Młodzież z tatuażem (%) N=68	Młodzież bez piercingu (%) N=1150	Młodzież z piercingiem (%) N=296
<b>Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych</b>				
Picie alkoholu (choć raz w ostatnich 30 dniach)	49	73***	47	62***
Upijanie się (choć raz w ostatnich 30 dniach)	19,5	44***	18	29***
Palenie papierosów (przynajmniej kilka razy w ostatnim roku)	26	45***	23	45***
Codzienne palenie papierosów	12	35***	10	24***
Używanie narkotyków (choć raz, dwa w ostatnim roku)	17	32**	15	28***
Częste używanie narkotyków (kilkanaście razy w ostatnim roku lub więcej)	4	13**	4	8**
<b>Przemoc i zachowania agresywne (przynajmniej raz w ostatnim roku)</b>				
Przemoc wobec innych uczniów	34	56,5***	36	31
Bójki w szkole	23	46***	25	19*
Uderzenie kogoś celowo	30	62***	31	32
<b>Zachowania sprzeczne z prawem i inne wykroczenia (przynajmniej raz w ostatnim roku)</b>				
Celowe niszczenie/łamanie cudzych rzeczy	20	43,5***	21	22
Sprzedaż marihuany lub innych narkotyków	3	19***	3	6*
Przywłaszczanie cudzych rzeczy	24	46***	23	33***
Ucieczki z domu	9	32***	7	19***

\* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

rakteryzujących styl życia nastolatków, to wówczas okazało się, że na przykład systematyczne spędzanie przez nastolatka 3-4 godzin dziennie poza domem w dużo większym stopniu zwiększa ryzyko zachowań ryzykownych, a systematyczne odrabianie lekcji przez nastolatka jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko angażowania się w te zachowania. Posiadanie tatuażu na tle takich elementów stylu życia, jak: częste granie w gry komputerowe, korzystanie z internetu, oglądanie telewizji czy filmów na DVD, odrabianie lekcji, systematyczne spędzanie czasu poza domem, pozostało nadal istotnym czynnikiem dla zachowań świadczących o nadużywaniu alkoholu i regularnym paleniu. Analizy regresji z uwzględnieniem znaczących czynników stylu życia potwierdziły występowanie silnych związków pomiędzy posiadaniem tatuażu i używaniem przemocy oraz pomiędzy posiadaniem tatuażu i zachowaniami sprzecznymi z prawem.

Posiadanie piercingu na tle innych znaczących elementów stylu życia pozostało nadal istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko upijania się, palenia papierosów i używania narkotyków. Analizy regresji z uwzględnieniem czynników stylu życia potwierdziły, że posiadanie piercingu jest czynnikiem powiązanym z zachowaniami sprzecznymi z prawem i wykroczeniami. Najślabsze okazały się związki pomiędzy piercingiem a przemocą i zachowaniami agresywnymi. Związki pomiędzy posiadaniem piercingu a badanymi zachowaniami ryzykownymi były silniejsze w przypadku posiadania piercingu w innych częściach ciała niż uszy.

## Omówienie wyników

W amerykańskich badaniach T. Robertsa (Roberts i wsp., 2004) przeprowadzonych w porównywalnej do naszej grupie wiekowej stwierdzono między innymi, że posiadanie piercingu w innych miejscach niż uszy jest znacząco powiązane z paleniem papierosów, używaniem marihuany, wagarami, ucieczkami z domu, a także z podejmowaniem przedwczesnych stosunków seksualnych, myślami i próbami samobójczymi. Podobnie jak w naszych badaniach, związki pomiędzy piercingiem a stosowaniem przemocy i agresji były zdecydowanie słabsze. Z cytowanych badań wynika, że piercing u młodzieży szkolnej bardziej łączy się z używaniem substancji psychoaktywnych i wykroczeniami niż z agresją i stosowaniem przemocy wobec

rówieśników. Wyniki naszych badań wskazują na podobne zależności.

Nasze badania nie dają odpowiedzi na pytanie o związki przyczynowo-skutkowe. Możemy tylko wskazywać na występowanie współzależności (korelacji) między badanymi zachowaniami. Na podstawie tych badań możemy jednak wysnuć hipotezę (która wymaga weryfikacji), że zachowania ryzykowne młodzieży oraz tatuowanie ciała i zdobienie go piercingiem może mieć wspólne źródło w zwiększonym zapotrzebowaniu na stymulację (ang. *sensation seeking*). Poszukiwanie doznań to cecha zdefiniowana jako poszukiwanie nowych i intensywnych wrażeń oraz gotowość do podejmowania ryzyka np. fizycznego lub społecznego w celu dostarczenia sobie tego typu doświadczeń (Roberti i wsp., 2004; Zuckerman, 1994). Osoby takie angażują się w większym stopniu w ryzykowne zachowania, takie jak: wspinaczka wysokogórska, używanie narkotyków czy ryzykowna jazda samochodem.

Zachowania ryzykowne częściej występują u tych gimnazjalistów, którzy dużo czasu spędzają poza domem, prawdopodobnie bez nadzoru rodziców. Znajduje to potwierdzenie w badaniach B. Fatygi i J. Rogali-Oblękowskiej (2002), z których wynika, że osoby okazjonalnie biorące narkotyki, pijące alkohol, palące papierosy znacznie więcej czasu spędzają poza domem (w kinie, ośrodkach sportowych, klubach, pubach, kawiarniach, dyskotekach) niż osoby nie używające środków psychoaktywnych. Jest to zgodne z naszymi wynikami, wskazującymi na to, że codzienne spędzanie czasu wolnego poza domem jest istotnym czynnikiem ryzyka używania substancji psychoaktywnych.

Refleksja nad wynikami badań prowadzi do uzasadnionego pytania, czy tatuaż i piercing należy traktować jako jeszcze jedną formę zachowań ryzykownych lub problemowych okresu dojrzewania (Jessor, 1998). Czy jest to raczej styl bycia współczesnych młodych ludzi, w którym modyfikacje wyglądu ciała poprzez tatuaż lub piercing stają się czymś niemalże tak naturalnym jak farbowanie włosów, noszenie brody czy malowanie paznokci. Lekarze i specjaliści podkreślają, że zarówno wykonywanie tatuażu, jak i posiadanie piercingu wiąże się z narażaniem na rozwój różnego rodzaju infekcji oraz reakcji alergicznych (Huxley i Grogan, 2005). Badania psychospołeczne wskazują na współwystępowanie zjawiska posiadania tatuażu lub piercingu z zachowaniami ryzykownymi okresu dojrzewania. Te dwa spostrzeżenia,



poparte badaniami naukowymi, daja podstawy do traktowania tych zjawisk jako zachowan ryzykownych dla zdrowia i prawidlowego rozwoju mlodych ludzi. Jednak z drugiej strony tatuaż i piercing mogą być dla nastolatków przejawami odwagi lub ekspresją ich kształtującą się indywidualności. Należy pamiętać, że posiadanie tatuażu czy piercingu u 15-latków może i powinno być niepokojące, jednak nie jest to najbardziej znaczący czyn-

nik ryzyka dla innych zachowań problemowych wieku dojrzewania. Bardziej istotnym czynnikiem ryzyka jest na przykład codzienne spędzanie przez nastolatka kilku godzin poza domem.

<sup>1</sup> Praca naukowa finansowana z grantu Ministerstwa Nauki i Informatyzacji Nr 2 P05D 081 28.

## Podsumowanie wyników

- *Około 5% młodzieży z Warszawy w wieku 15 lat posiadało trwałe lub nietrwałe tatuaże. Płeć nie różnicowała posiadania tatuażu w badanej grupie młodzieży.*
- *Kolczyki typu piercing zdecydowanie przeważały u dziewcząt (39%); tylko ok. 3% chłopców posiadało tego typu ozdoby. Piercing w innych miejscach niż uszy posiadało 5% nastolatków (8,5% dziewcząt i 2% chłopców).*
- *Modyfikacje ciała (tatuaż i piercing) są tymi elementami stylu życia młodzieży, które współwystępują z takimi ryzykownymi zachowaniami, jak używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz z niektórymi innymi zachowaniami ryzykownymi.*
- *Posiadanie piercingu w innych miejscach niż uszy jest powiązane ze wszystkimi analizowanymi zachowaniami ryzykownymi młodzieży.*
- *Tatuaż i piercing w powiązaniu z innymi ryzykownymi elementami stylu życia nastolatków może być istotnym sygnałem ostrzegawczym dla rodziców, wychowawców i nauczycieli.*

## Bibliografia

- Armstrong M.L., McConnel C., „Tattooing in adolescents, more common than you think: The phenomenon and risks”, *Journal of School Nursing*, 10, 1994.
- Armstrong M.L., „You pierced what?”, *Pediatric Nursing*, 22, 1996.
- Braithwaite R., Robillard A., Woodring T. i in., „Tattooing and body piercing among adolescent detainees: Relationship to alcohol and other drug use”, *J. Subst. Abuse*, 13, 2001.
- Brooks T.L., Woods E.R., Knight J.R., Shrier L.A., „Body modification and substance use in adolescents: Is there a link?”, *Journal of Adolescent Health*, 32, 2003.
- Carroll S.T., Riffenburg R.H., Roberts T.A., Myhre E.B., „Tattoos and body piercing as indicators of adolescent risk-taking behaviors”, *Pediatrics*, 109, 2002.
- Deschesnes M., Demers S., Finès P., „Prevalence and Characteristics of Body Piercing and Tattooing Among High School Students”, *Canadian Journal of Public Health*, 97, 2006.
- Fatyg B., Rogala-Oblękowska J., „Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Huxley C., Grogan S., „Tattooing, piercing, healthy behaviours and health value”, *Journal of Health Psychology*, 10 (6), 2005.
- Jessor R., „New perspectives on adolescent risk behaviour” (w:) Jessor R. (red.) *New perspectives on adolescent risk behaviour*, Cambridge University Press 1998.
- Koenig L.M., Carners M., „Body piercing: Medical concerns and cutting-edge fashion”, *Journal of General Internal Medicine*, 14, 1999.
- Martin A., „On teenagers and tattoos”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1997.
- Ostaszewski K., Kocoń K., „Tatuaż i kolczykowanie ciała a używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne wśród gimnazjalistów”, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 20, nr 3, 2007.
- Roberti J.W., Storach E.A., Bravata E.A., „Sensation seeking, exposure to psychological stressors, and body modifications in a college population”, *Personality and Individual Differences*, 37, 2004.
- Roberts T.A., Ryan S.A., „Tattooing and high-risk behavior in adolescents”, *Pediatrics*, 110, 2002.
- Roberts T.A., Auinger P., Ryan S.A., „Body piercing and high-risk behavior in adolescents”, *Journal of Adolescent Health*, 34, 2004.
- Wright J., „Modifying the body: Piercing and tattoos”, *Nurs Stand*, 10, 1995.
- Zuckerman M., „Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking”, Cambridge Press, New York 1994.

*Nadużywanie dekstrometorfanu i benzydamin w Polsce jest zjawiskiem nowym i niepokojąco narastającym. Dotyczy ono przede wszystkim dzieci i młodzieży. Głównym źródłem informacji o psychoaktywnym działaniu tych leków jest środowisko rówieśnicze i internet. Większość rodziców, wychowawców, a nawet lekarzy, jest nieświadoma zagrożenia ze strony tych łatwo dostępnych i tanich preparatów.*

## DEKSTROMETORFAN I BENZYDAMINA – NOWE SUBSTANCJE ODURZAJĄCE

Magdalena Łukasik-Głębocka

Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych

Szpital im. F. Raszei ZOZ Poznań-Jeżyce

### Dekstrometorfan

Dekstrometorfan (DXM), prawoskrętny izomer lewomorfanu, jest popularnym lekiem przeciwkaszlowym. Wprowadzony do leczenia jako bezpieczny zamiennik kodeiny, długo uważany był za związek pozbawiony działania uzależniającego. Liczne doniesienia z wielu krajów wskazują, że dekstrometorfan stał się popularnym środkiem psychoaktywnym, powodującym zarówno ostre zatrucia, jak i uzależnienie. Także w Polsce w 2007 roku ośrodki toksykologii odnotowały wyraźny wzrost liczby przypadkowych zatruc dekstrometorfanem u osób używających go w celach rekreacyjnych. Znacznie zwiększyła się liczba konsultacji telefonicznych, udzielanych głównie pediatrom. Szczególne zaniepokojenie budzi często obserwowane przewlekłe nadużywanie dekstrometorfanu, które może prowadzić do uzależnienia.

Pierwsze przypadki nadużywania dekstrometorfanu zarejestrowano wkrótce po jego wprowadzeniu do leczenia. Ze względu na pozamedyczne zastosowanie w 1973 roku z rynku w USA wycofano preparat Romilar. Przypadki nadużywania dekstrometorfanu w Europie opisano w 1968 i 1972 roku. W latach 80. odnotowano epidemię nadużywania tego leku przez nastolatki w Utah i Południowej Karolinie. Opisano także zatrucia śmiertelne dekstrometorfanem. Zjawisko to znacznie nasiliło się na przełomie XX i XXI w. Przeprowadzona w Kalifornii w latach 1999–2004 retrospektywna analiza nadużywania dekstrometorfanu, ujawniła wyraźny trend wzrostowy, szczególnie w grupie 9-17-latków (15-krotny wzrost). W 2004 roku zatrucia dzieci i młodzieży do 17. roku życia stanowiły

74,5% przypadków. Najliczniej reprezentowani byli 15- i 16-latkowie. Według danych Amerykańskiego Towarzystwa Ośrodków Kontroli Zatruc (American Association of Poison Control Centers, AAPCC) w latach 2000–2003 nastąpił 100-procentowy wzrost pozaterapeutycznego używania dekstrometorfanu w grupie nastolatków i ok. 20-procentowy w pozostałych grupach wiekowych. Według raportu Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) w 2006 roku w USA ok. 3,1 mln osób w wieku 12-25 lat odurzało się dostępnymi bez recepty lekami na kaszel lub przeziębienie zawierającymi dekstrometorfan.

Niestety, ze względu na brak jednolitego systemu zbierania danych, nie dysponujemy informacjami na temat rozmiaru tego zjawiska w Polsce. Z obserwacji ośrodków toksykologii wynika, że nadużywanie dekstrometorfanu jest obecnie bardzo modne.

Dekstrometorfan, zażywany w zalecanych dawkach terapeutycznych (90 mg/dobę), jest lekiem bezpiecznym. Dawki odurzające są znacznie wyższe i najczęściej wynoszą od 225 do 1500 mg. W dawkach tych dekstrometorfan wykazuje działanie euforyzujące oraz dysocjacyjne, charakterystyczne m.in. dla fencyklidyny czy ketaminy. Uważa się, że efekt ten jest następstwem antagonistycznego działania głównego aktywnego metabolitu leku, czyli dekstrorfanu na receptory NMDA. Działanie dysocjacyjne objawia się wrażeniem odebrania od własnego ciała, utratą własnej tożsamości (depersonalizacją). Charakterystyczne są także halucynacje. To właśnie to działanie psychoaktywne wysokich dawek dekstrometorfanu jest powodem zainteresowania nim jako substancją odurzającą.

Tabela 1. Poziomy odurzającego działania dekstrometorfanu

	DAWKA	OBJAWY
I plateau	1,5-2,5 mg/kg mc	łagodne odurzenie przypominające działanie alkoholu niewielkie pobudzenie jak po kofeinie poprawa samopoczucia, euforia przyływ empatii, wrażenie zjednoczenia ze światem zaburzone odczuwanie grawitacji poprawa odbierania bodźców dźwiękowych
II plateau	2,5-7,5 mg/kg mc	objawy jak w I plateau, ale silniejsze czasem halucynacje wzrokowe (przy zamkniętych oczach) zaburzenia mowy zaburzenia chodu („chód robota”, „chód zombie”)
III plateau	7,5-15 mg/kg mc	uczucie silnego znieczulenia zaburzenia świadomości zaburzenia funkcji zmysłów, głównie wzroku (m.in. desynchronizacja odbierania wrażeń wzrokowych) łagodne wrażenie oddzielenia od ciała (dysocjacja)
IV plateau	> 15 mg/kg mc	wrażenie oddzielenia od ciała (dysocjacja) depersonalizacja wrażenie śmierci związane ze znieczuleniem ciała halucynacje doznania częściowo objęte niepamięcią, część z nich przypomina się po kilku dniach objawy przypominają działanie ketaminy i fencyklidyny

Opisuje się 4 poziomy, tzw. plateau, odurzającego działania dekstrometorfanu (tab. 1).

Objawy zatrucia dekstrometorfaniem przypominają działanie fencyklidyny. Obserwuje się euforię, tachykardię, wzrost ciśnienia tętniczego, rozszerzenie lub zwężenie źrenic, nieźorność, zaburzenia koordynacji ruchowej, wygórowanie odruchów ścięgnistych, oczopląs, dystonię, niepokój, halucynacje, psychozę, dysfurię. Może wystąpić śpiączka lub stupor, drgawki, skrajne pobudzenie z objawami psychotycznymi oraz depresja oddechu. Charakterystyczne jest agresywne zachowanie z tendencją do używania przemocy.

Zatrucia dekstrometorfaniem mają zwykle przebieg lekki lub średnio ciężki. Objawy ustępują w ciągu kilku- do kilkudziesięciu godzin. Zatrucia ciężkie i śmiertelne są rzadkie. Większość opisanych zatruc śmiertelnych to zatrucia preparatami złożonymi lub zatrucia mieszane. Ze względu na pobudzenie psychoruchowe i objawy psychotyczne nierzadko dochodzi do urazów i wypadków.

Stwierdzenie charakterystycznych objawów pozwala podejrzewać zatrucie dekstrometorfaniem. Ostateczne

jego potwierdzenie stanowi jednak duży problem, ponieważ nie ma możliwości rutynowego oznaczenia leku we krwi i moczu. Z piśmiennictwa wynika, że dekstrometofan może powodować fałszywie dodatnie wyniki testów na fencyklidynę.

Reakcja organizmu na dekstrometofan jest zróżnicowana osobniczo. W badaniach na zwierzętach wykazano, że za działanie psychoaktywne leku odpowiedzialny jest jego główny metabolit – dekstrorfan. Powstaje on w wyniku O-demetylacji leku przeprowadzanej przez izoformę CYP2D6 cytochromu P450. Badacze sugerują, że indywidualna, genetycznie uwarunkowana aktywność tego enzymu może tłumaczyć różną wrażliwość pacjentów na działanie dekstrometorfanu oraz ryzyko rozwoju uzależnienia. Osoby wolno metabolizujące dekstrometofan gorzej go tolerują. Doświadczają więcej nieprzyjemnych objawów ubocznych. Częściej zgłaszają senność i dysfurię. Szybki metabolizm leku sprzyja postrzeganiu jego działania jako przyjemnego. Z tego powodu uważa się, że genetycznie uwarunkowana szybka O-demetylacja dekstrometorfanu może sprzyjać jego nadużywaniu.

**Tabela 2. Najczęstsze objawy ostrego zatrucia dekstrometorfanem**

CENTRALNY UKŁAD NERWOWY	senność splątanie utrata przytomności pobudzenie zawroty głowy niezborność drgawki
OBJAWY PSYCHIATRYCZNE	halucynacje pobudzenie psychoruchowe
UKŁAD KRAŻENIA	tachykardia wzrost ciśnienia tętniczego hipotensja
PRZEWÓD POKARMOWY	nudności wymioty
OCZY	rozszerzenie źrenic oczopląs
INNE	przyspieszony oddech zaburzenia mowy gorączka

Problem uzależnienia od dekstrometorfanu jest szeroko dyskutowany. Wczesne badania nad lekiem wykazywały, że nie ma on działania uzależniającego. Jednakże z obserwacji klinicznych i doniesień wynika, że stał się on substancją psychoaktywną chętnie nadużywaną i wywołującą uzależnienie psychiczne. Osoby nadużywające go doświadczają silnego głodu leku. Opisuje się także zjawisko tolerancji, czyli konieczność przyjmowania coraz wyższych dawek w celu osiągnięcia tego samego efektu. Udokumentowano łagodne objawy abstynencyjne: niepokój, bóle mięśni i stawów, bezsenność, biegunkę, wymioty, drżenie kończyn górnych, obniżenie nastroju, dysforyę. Przedstawione w piśmiennictwie przypadki wskazują także na inne cechy uzależnienia – upośledzenie zdolności kontroli zażywania leku oraz zaniebdywanie swoich obowiązków i zainteresowań z tego powodu. Typowe jest powracanie do zażywania dekstrometorfanu czasami kończące się kolejną hospitalizacją.

Dane na temat odległych efektów nadużywania dekstrometorfanu są bardzo skąpe. Są pojedyncze doniesienia, że długie zażywanie wysokich dawek może powodować zaburzenia procesów poznawczych (uczenia się) i pamięci.

Wiedzę na temat psychoaktywnego działania dekstrometorfanu młodzież czerpie głównie z internetu. W sieci bez problemu można odnaleźć szczegółowe relacje z „dekstrometorfanowych podróży” oraz instruktaż zażywania leku. Dekstrometorfan przyjmowany jest doustnie. Największą popularnością cieszą się tabletki. Syrop, ze względu na smak i dużą objętość, rzadziej wykorzystywany jest w celu odurzania się. Zażywanie dekstrometorfanu to pewien rytuał. Zalecane jest spożywanie go porcjami, aby zminimalizować ryzyko nietolerancji ze strony przewodu pokarmowego. Aby nasilić doznania, lek zażywa się wieczorem, w ciemnym pomieszczeniu, przy odpowiedniej muzyce. Nowym zjawiskiem jest sprzedaż w internecie lub na dyskotekach czystej postaci leku przeznaczonego dla laboratoriów. Bywa on rozprowadzany w postaci białego proszku lub w kapsułkach, często jako inna substancja psychoaktywna.

## Benzydamina

Benzydamina (chlorowodorek 1-benzylo-3-[3-(dime-tylo-amino)-propoksy]-1H-indazolu) jest popularnym niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym. Wykazuje działanie przeciwozrękowe, przeciwbólowe, miejscowo

*W ostatnich latach benzydamina stała się dość popularnym środkiem odurzającym. Lek ten przenika przez barierę krew–mózg i w wysokich dawkach (powyżej 500 mg) wykazuje działanie psychoaktywne. Dokładny mechanizm działania halucynogennej benzydamin nie jest znany.*

znieczulające, przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze. Stosowana jest w stanach zapalnych jamy ustnej i gardła, po ekstrakcji zębów, zapale- niach sromu, pochwy i szyjki macicy, w higienie osobistej w czasie porodu. Używana jest w różnych formach – jako krem i żel, tabletki do ssania, płyn do rozpylania i płuka- nia jamy ustnej, roztwór do irygacji. Stanowi substancję

aktywną wielu niedrogich preparatów dostępnych w aptekach bez recepty, m.in. Tantum Verde, Tantum Rosa, Hascosept.



W ostatnich latach benzydamina stała się także dość popularnym środkiem odurzającym. Lek ten przenika przez barierę krew–mózg i w wysokich dawkach (powyżej 500 mg) wykazuje działanie psychoaktywne. Dokładny mechanizm działania halucynogennego benzydminy nie jest znany.

Po podaniu doustnym benzydamina szybko wchłania

się z przewodu pokarmowego. Maksymalne stężenie we krwi osiąga po 2–4 godzinach, czas połowicznej eliminacji  $T_{1/2}$  wynosi około 13 godzin. Związek ten wydalany jest w około 50% w postaci niezmienionej przez nerki.

W piśmiennictwie medycznym znajduje się niewiele doniesień na temat ostrych zatruc benzydaminą. Opublikowane dane dotyczą głównie przypadkowych zatruc u dzieci. Na Oddziale Toksykologii w Poznaniu hospitalizowano 22-letniego mężczyznę, który w celu odurzenia się spożył 1 saszetkę preparatu Tantum Rosa. Po 2 godzinach od zżycia wystąpił znaczny niepokój, pobudzenie ruchowe, halucynacje. Logiczny kontakt słowny z chorym był niemożliwy do nawiązania. Obserwowano przyspieszoną czynność serca 96 uderzeń na minutę, prawidłowe ciśnienie tętnicze 120/70 mmHg. Żrenice były średnio szerokie, równe, prawidłowo reagujące na światło. Badanie przedmiotowe oraz badania laboratoryjne nie ujawniły innych odchyleń od stanu prawidłowego. Halucynacje, niepokój ruchowy, ekscytacja utrzymywały się przez 10 godzin. Po ich ustąpieniu pacjent skarżył się na znaczne osłabienie siły mięśniowej, głównie kończyn dolnych, które utrzymywało się jeszcze przez 48 godzin. Po ustąpieniu objawów pacjent przyznał się do okresowego popalania marihuany i podał, że poszukiwał jakiejś nowej substancji psychoaktywnej. Informacje na temat działania halucynogennego benzydminy odnalazł w internecie i postanowił jej spróbować.

Z zawartości portali internetowych wnioskować można, że do odurzania się najchętniej wykorzystuje się

preparat do irygacji pochwy Tantum Rosa, który zawiera największą dawkę chlorowodoru benzydminy (500 mg w saszetce). Ze względu na obecność substancji pomocniczych (chlorek sodu 8,8 g, p-toluenosulfonian trójmetylocetyloamoniowy 0,1 g) internauci zalecają przeprowadzenie procesu ekstrakcji i przesączania przed jego spożyciem.

*Problem uzależnienia od dekstrometorfanu jest szeroko dyskutowany. Wczesne badania nad lekiem wykazywały, że nie ma on działania uzależniającego. Jednakże z obserwacji klinicznych i doniesień wynika, że stał się on substancją psychoaktywną chętnie nadużywaną i wywołującą uzależnienie psychiczne. Osoby nadużywające go doświadczają silnego głodu leku. Opisuje się także zjawisko tolerancji, czyli konieczność przyjmowania coraz wyższych dawek w celu osiągnięcia tego samego efektu.*

Używający benzydminy opisują, że wywołuje ona przewidzenia i przestyszenia, zaburzenia postrzegania wzrokowego pod postacią „przeciągania” świateł, występowanie poświaty, powidoków, widzenia poklatkowego. Po wyższych dawkach (ponad 1,0 g) występują intensywne halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz spowolnienie ruchowe. Halucynacje pojawiają się w ciemnych miejscach pod wpływem bodźców świetlnych i towarzyszy im lęk.

Po ustąpieniu działania benzydminy występuje ogólne złe samopoczucie, osłabie-

nie, drżenie rąk i bezsenność. Niepokojące jest, że niektórzy używający skarżą się na utrzymujące się miesiącami zaburzenia wzrokowe (powidoki, przewidzenia, smugi), które pojawiają się w ciemności po zadziałaniu bodźca świetlnego.

## Podsumowanie

Rekreacyjne używanie dekstrometorfanu i benzydminy stało się w Polsce zjawiskiem dość popularnym. Niepokój budzi zwłaszcza dekstrometorfan, który według niektórych badaczy uważany jest za najczęściej nadużywaną substancję o działaniu dysocjacyjnym. Jest bardzo prawdopodobne, że zainteresowanie młodzieży tymi lekami będzie wzrastać, ponieważ są one łatwo dostępne (bez recepty), tanie i szeroko propagowane w internecie jako substancje o działaniu euforyzującym i halucynogennym.

*Bibliografia do artykułu dostępna jest w redakcji.*

*Psychologia akademicka posługuje się w badaniu osobowości narzędziami dwóch typów: kwestionariuszami osobowości oraz testami projekcyjnymi. Te ostatnie są dość trudne w stosowaniu oraz niejednoznaczne na etapie interpretacji. Z tego powodu stosowane są dość rzadko i tylko przez bardzo doświadczonych psychologów-diagnostów, którzy nieczęsto wkomponowują się w kadre terapeutyczną.*

# STOSOWANIE KWESTIONARIUSZOWYCH TESTÓW OSOBOWOŚCI W TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Janusz Koczberski

NZO Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych  
w Cholewiance k/Kazimierza Dolnego

Rodzima terapia uzależnień od substancji zmieniających świadomość (narkotyków) opiera się na kilku filarach. Podstawowym jest filar pierwszych społeczności terapeutycznych, takich jak Synanon, Daytop Village, Odyssey House, Phoenix House i inne, które stanowiły wzory dla powstających w kraju w późnych latach 70. ośrodków i poradni dla narkomanów. W większości z tych modeli preferowano terapeutów-intuicjonistów, „czujących” pacjentów. To obciążenie, pochodzące wprost z kultury hipisowskiej, jeszcze dzisiaj odbija się na stanie kadry ośrodków rehabilitacyjno-readaptacyjnych. Innym ważnym dla wspólnego podejścia obciążeniem jest przekonanie o dominującej roli społeczności terapeutycznej. Pod koniec lat 70. i na początku 80., gdy powstawały systemy terapii dla narkomanów, pacjentami byli najczęściej dwudziesto-kilkuletni hippisi, ludzie o dość ciekawych życiorysach i stabilnych (choć niekoniecznie mądrych) postawach. To oni, wraz z psychologami (np. z Markiem Kotańskim), lub z lekarzami, często współtworzyli reguły leczenia obowiązujące w danym systemie. Udział kadry polegał wówczas na „nieprzeszkadzaniu” i ewentualnym moderowaniu procesu terapeutycznego.

Drugim filarem były warunki społeczno-polityczne, które silnie ograniczając możliwości swobodnego dzia-

łania, prowadziły w efekcie do powstawania „kultur niszowych”, w których pojawiał się stosunkowo szybko „kult lidera”. Systemy terapeutyczne, tworzone przez przebojowych liderów, generowały ponadto liderów lokalnych, co było zresztą wpisane w ich poetykę. Taka konstrukcja wywołuje (nie tylko u pacjentów) albo identyfikację, albo odrzucenie, a to w efekcie

prowadzi do ograniczenia dostępności terapii.

Trzeci filar tworzą przekazy liderów różnego szczebla. Można powiedzieć, że w zasadzie większość ośrodków to podsystemy terapeutyczne mniej lub bardziej autorskie. Nie ma w tym nic złego dopóty, dopóki lider jest osobą moralną i profesjonalnie

przygotowaną do tej roli. Gorzej, gdy sprawy przedstawiają się inaczej. Uzupełnienie i przeciwwagę dla lidera ma stanowić wyszkolona kadra terapeutyczna. Następnym filarem jest grupa osób mieszkających w ośrodku w charakterze jego pacjentów. Wraz z upływem lat zmienia się specyfika pacjentów potrzebujących całodobowej opieki terapeutycznej. Zmiany w rzeczywistości społecznej odbijają się również na modelu odurzania się – inne substancje są używane przez różnych ludzi w nowych warunkach społecznych. Prowadzi to do konieczności niezwykle elastycznego konstruowania procesu terapeutycznego, opartego za-

*Użytkownik testu ma obowiązek etyczny i zawodowy korzystania z testów o najwyższej trafności i to właśnie trafność powinna być najważniejszym parametrem technicznym wyboru testu.*

równy na dobrej znajomości powyższych nowinek, jak i na dokładnej diagnozie psychologicznej pacjenta.

## **Terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych – stan aktualny**

### **1. Terapia ambulatoryjna.**

„Biorę kompot”, „chcę się odtruc”, „jadę do ośrodka”, to w latach 80. stanowiło istotę pracy poradni (punktów konsultacyjnych) dla narkomanów. Rozczulająco proste – zarejestrować pacjenta, zapisać go w kolejkę na detoks (to była najczęściej jedyna motywacja do odwiedzenia poradni), skłonić, by się w międzyczasie pojawił kilkakrotnie i potwierdził gotowość podjęcia odtrucia, wypisać skierowanie do szpitala i... załatwione. Dawno temu zdarzało się też odwiedzanie pacjenta w oddziale, i – rzadko – dowożenie go do ośrodka. Wówczas nikt nie miał wątpliwości, że tak ma wyglądać praca w poradni. Dzisiaj tego już nie da się utrzymać. Pacjenci w dużej mierze nie chcą nawet słyszeć o wyjeździe dokądkolwiek, bo biorą amfetaminę, kokainę, palą marihuanę itp. i nie chcą porzucać firmy, rodziny, przyjaciół, domu. Powstaje więc konieczność podjęcia działań terapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych. Pierwszym i zasadniczym warunkiem skuteczności takich działań jest trafna i wyczerpująca diagnoza uzależnienia oraz stanu psychicznego pacjenta. Starzy, wytrawni terapeuci szczytą się tym samym co starzy, wytrawni krawcy – miarą w oku. Oni nie potrzebują narzędzi diagnostycznych, bo sami – przynajmniej w swojej opinii – są takimi narzędziami. Poniekąd jest to prawda. Problemy pojawiają się w kontaktach z osobami mocno odmiennymi, np. z dużo młodszym pokoleniem. Bez dobrych metodologicznie metod diagnostycznych oraz bez umiejętności wykorzystywania ich wyników proces diagnozowania, a co za tym idzie konstruowania i realizacji terapii, może pójść w niewłaściwym kierunku. Oczywiście, zawsze na pociechę zostaje przekonanie, że to pacjent się nie wpasował w nasze wspaniałe koncepcje, bo był zakręcony, naćpany i głupi. Opierając się jednak na naukowych metodach, zwiększamy szansę na to, że częściej będziemy mieli do czynienia z pacjentami zmotywowanymi do leczenia oraz że oferowana im pomoc będzie zdecydowanie bardziej trafna, dopasowana w sensie diagnostycznym

i terapeutycznym do ich indywidualnych doświadczeń, możliwości realizacji i potrzeb.

### **2. Terapia stacjonarna.**

We wszystkich ośrodkach rehabilitacyjno-readaptacyjnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych główną metodą terapii jest praca metodą społeczności terapeutycznej. Jej podwaliny sięgają roku 1953, doświadczeń M. Jonesa, tworzącego społeczności terapeutyczne dla chorych psychicznie, by przyuczać ich do w miarę samodzielnego życia w społeczeństwie. Tworzenie interakcji w warunkach kontrolowanych dawało w tym zakresie bardzo obiecujące efekty. W roku 1958 tę koncepcję twórczo rozwinął C. Dederich, tworząc Synanon – pierwszą na świecie, oficjalną wspólnotę terapeutyczną początkowo dla alkoholików i narkomanów, później już tylko dla narkomanów. Demokratyczną strukturę grup Jonesa zastąpiono hierarchiczną, a poziom uczestnictwa w decydowaniu oraz zakres osobistej swobody były uzależnione od stopnia zaawansowania w procesie terapii. Oprócz terapii grupowej, w każdym ośrodku realizowany jest program terapii zajęciowej, terapia indywidualna, w niektórych elementy treningu interpersonalnego lub psychoterapii indywidualnej. Pacjenci ośrodków (programów opieki 24-godzinnej) w zasadzie mają dominujący wpływ na życie i funkcjonowanie wspólnoty. To oni kreują codzienną atmosferę, wpływają na jakość jedzenia i odpoczynku, konstruują programy rozwoju osobistego, rozwoju społeczności i – w pewnym stopniu – rozwoju ośrodka jako instytucji. W zależności od czynionych postępów uzyskują stopniowo coraz większy margines swobody poruszania się, wypowiadania, wpływania na rzeczywistość. Przechodzą również cały czas sprawdzian, są, dyskretnie lub nie, kontrolowani, co robią z uzyskaną wolnością i rosnącą swobodą, czy to ich rozwija, czy nadmiernie obciąża i przestają sobie radzić. Skuteczność społeczności terapeutycznej opiera się na 24-godzinnej obserwacji pacjenta przez innych oraz przez kadrę. Terapeutom już nie wystarczy doświadczenie osobiste (dużą część terapeutów stanowią neofici) ani długi staż pracy w zawodzie. Nowe warunki wymuszają stosowanie nowych metod. W terapii konieczne staje się stosowanie dobrych metod zbierania danych, technik diagnozowania środowiska rodzinnego, osobowości,



temperamentu, wydolności i możliwości intelektualnych itp. Ważnym postulatem jest oczekiwanie na metody o dobrych parametrach psychometrycznych, ale i łatwe w użyciu oraz w miarę proste w interpretacji.

## Testy osobowości

Idea badania testowego cech psychicznych narodziła się w Stanach Zjednoczonych. Pierwsze testy konstruowano na potrzeby lotnictwa wojskowego. Służyły one do selekcjonowania potencjalnych mechaników obsługujących samoloty bojowe. Niewłaściwy człowiek, przechodzący bardzo kosztowne szkolenia, narażał wojsko na olbrzymie starty finansowe (szkolenia, samoloty) i ludzkie. Z czasem psychologowie rozpowszechnili ideę badania struktury osobowości. Powstało wiele testów do tego przeznaczonych. Powstały również nowe koncepcje osobowości oparte na tych wynikach.

Z drugiej strony psychologowie pracujący z pacjentami (osobami chorymi) poszukiwali odpowiedzi na trzy podstawowe pytania:

1. Jakie zaburzenia zachowania występują u badanego w sferze społecznej, w życiu rodzinnym, towarzyskim, w pracy zawodowej itp., a także w gabinecie psychologa w trakcie badania?
2. Jakie dysfunkcje, mechanizmy psychiczne leżą u podstaw powyższych zaburzeń, nie pozwalając pacjentowi radzić sobie konstruktywnie z rozwiązywaniem problemów codziennego życia?
3. Jaki udział w genezie zaburzeń miały mechanizmy psychologiczne, czyli w jakim stopniu zaburzenia są uwarunkowane czynnikami sytuacyjnymi, w jakim zaś wynikają z zaburzeń osobowości; oraz w jakim stopniu defekty osobowości są zdeterminowane organicznie (genetycznie), a w jakim psychologicznie, przez wychowanie, oddziaływanie środowiska, czynniki somatyczne lub temperamentalne?

Słownik Wyrazów Obcych PWN pod red. Jana Tokarskiego podaje następującą definicję testu: „<z łac. testum=garnek (używany do próby złota)> jest to odpowiednio skonstruowana, obiektywna próba, której wyniki ujmowane są ilościowo, stosowana w celu uzyskania odpowiedzi na określone pytanie”. Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii z 1986 roku, definiując test, podaje: „metoda badania wystandaryzowana, tzn. przeprowadzana w ściśle określony sposób, zwykle według szczegółowej instrukcji określającej dokładnie

procedurę badania, znormalizowana, tzn. że wyniki badania oceniane są przez odniesienie ich do „normy”, tj. wartości otrzymanych na podstawie masowych badań dostatecznie licznej populacji, rzetelna, tzn. że błąd pomiaru wynikający z niedoskonałości samej metody jest niewielki i znany oraz trafna (lub diagnostyczna), tj. mierząca istotnie to, do czego jest przeznaczona (rzetelność i trafność stanowią dwie cechy świadczące o dokładności testu). Test jest ponadto metodą obiektywną, tzn. że uzyskany wynik, jeżeli badanie zostało przeprowadzone w sposób prawidłowy, nie zależy od zapatrywań osoby badającej.” Tak rozumiane testy, musiały spełniać wiele wymogów formalnych, więc procedury ich konstruowania były i są dość czasochłonne i żmudne. Ponadto osoby, które stosowały testy w praktyce, musiały być do tego odpowiednio przygotowane, a sama procedura badania też wymaga odpowiednich warunków. W ośrodkach całodziennego pobytu dla osób uzależnionych od narkotyków nie stosowano takich metod ponieważ:

- nie było przyzwolenia społeczności na taką formę ingerencji w psychikę;
- nie było osób przygotowanych do takiej pracy;
- w standardowym dla lat 70. i 80. modelu terapii ważny był kontakt osobisty, relacja, a nie „zimne, papierowe” metody statystycznego badania ludzi;
- nikt nie wierzył wówczas w przydatność takich procedur i nie było zbyt wielu chętnych do udowadniania takiej przydatności.

Pod koniec lat 90., wraz z rozwojem osiągnięć psychologii, zaczęła się upowszechniać moda na rozmaite „psychotesty”. Ta skądinąd powierzchowna, zabawowa i dość frywolna moda przyczyniła się paradoksalnie do spopularyzowania „poważnych” metod diagnostycznych. Z gabinetów psychologów-praktyków co i rusz dochodzą informacje o samoistnych zgłoszeniach młodzieży na badanie osobowości i/lub inteligencji. Moda przeciera drogę również w sprawach bardzo poważnych. Wiele ośrodków rehabilitacyjno-readaptacyjnych nie dość, że zatrudnia psychologa (wymóg ustawowy), to często zarówno liderzy, jak i kadra interesują się badaniami osobowości pacjentów oraz oczekują na informacje o ich wynikach. Psycholog pracujący na rzecz społeczności terapeutycznej ma za zadanie, po pierwsze, w sposób racjonalny dobrać metody badawcze, przeprowadzić zgodnie z zaleceniami procedurę badania i opracować wyniki; po drugie, przekazać zdobytą



wiedzę w taki sposób, by była ona wykorzystywana w procesie terapii, przystępna dla osób nie będących psychologami oraz by ewentualnie nie naruszała dóbr osobistych badanego pacjenta. Niesłuchanie ważnym problemem jest tu niebezpieczeństwo nadużywania lub niewłaściwego stosowania testów psychologicznych, które często mogą stać się przyczyną wtórnej traumy pacjenta i na całe lata – jeśli nie na zawsze – zniechęcić go do podjęcia jeszcze jednej próby terapii, co w przypadku osób silnie uzależnionych zawsze może doprowadzić do przedwczesnej śmierci lub poważnej, nieuleczalnej choroby psychicznej.

Psychologia akademicka posługuje się w badaniu osobowości narzędziami dwóch typów: kwestionariuszami osobowości oraz testami projekcyjnymi. Te ostatnie są dość trudne w stosowaniu oraz niejednoznaczne na etapie interpretacji. Z tego powodu stosowane są dość rzadko i tylko przez bardzo doświadczonych psychologów-diagnostów, którzy nieczęsto wkomponowują się w kadrę terapeutyczną. Zdecydowanie częściej stosowane są w poradniach i ośrodkach techniki kwestionariuszowe, które polegają na samoopisywaniu przez badanego własnej osobowości poprzez wybieranie odpowiedzi (według standardowej, specyficznej procedury, właściwej dla danego testu) na pytania – itemy kwestionariusza. Itemy mogą mieć formę pytań, stwierdzeń lub jednowyrazowych określeń (np. przymiotników), do których stosunek badany ujawnia za pomocą wyboru określonych przez autora/ów testu możliwych wypowiedzi (np. tak – nie, tak – nie wiem – nie, prawda – fałsz itp.). Kwestionariusze osobowości są, jak widać, względnie proste w użyciu, nie wymagają szczególnych warunków do przeprowadzenia badania, są najczęściej tak skonstruowane lub dobrane, by pacjent mógł zrozumieć itemy i udzielić odpowiedzi. Procedura obliczania wyników surowych i przeliczania ich na standaryzowane też nie nastrocza wielu trudności, są więc łatwe w stosowaniu w warunkach zarówno ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych systemów terapii.

Od kilku lat psychologowie pracujący w systemach terapii stosują rozmaite testy psychologiczne do diagnozowania osobowości, temperamentu, strategii radzenia sobie ze stresem, podatności na frustrację, lęku, inteligencji i innych cech psychicznych pacjentów. Problem w tym, że często stosowane są metody, których jakość może budzić wątpliwości. Wiele z nich

istnieje jako techniki eksperymentalne, które ktoś, gdzieś, kiedyś przystosowywał do polskich realiów, ale nigdy tych przenosin nie dokończył lub – w najlepszym wypadku – dokończył 20 lat temu, i od tego czasu test funkcjonuje jako byt niezmienny. Błędy konstrukcyjne, różnice kulturowe, zmiana warunków i standardów życia, postęp to tylko niektóre z czynników modyfikujących w sposób znaczny zarówno znaczenia itemów (czyli sens pytań), jak i możliwości interpretowania wyników badania. W roku 1954 APA (American Psychological Association) po raz pierwszy sformułowało i opublikowało „Standardy dla procedur stosowania testów w psychologii i edukacji”, które stanowiły zestaw informacji, reguł i wymagań dotyczących właściwych, konstruktywnych i profesjonalnych procedur badawczych. Standardy są aktualizowane co kilka lat, najnowsze zostały sformułowane w 1999 roku (nie doczekały się jak na razie polskiego tłumaczenia). Są one zarówno zbiorem informacji o właściwościach psychometrycznych testów, reguł określających warunki i sposoby ich stosowania, jak i zestawem kryteriów służących do oceniania metod testowego badania osobowości. Oceny profesjonalnej testu psychologicznego dokonują specjaliści zajmujący się naukowo i/lub zawodowo psychometrią. Przeciętny użytkownik testu znajdzie w Standardach informacje pozwalające mu podjąć decyzję, który test zastosować w konkretnej sytuacji. Dobierając test do potrzeb, musimy uwzględnić przede wszystkim pytanie „co chcemy zmierzyć?” i dopiero po uzyskaniu na nie odpowiedzi możemy dobierać metodę badawczą. Podstawowym kryterium jest tu trafność testu rozumiana jako „zintegrowany proces oceny stopnia, w jakim dowody empiryczne i rozważania natury teoretycznej potwierdzają adekwatność i poprawność interpretacji oraz programów działania wyprowadzonych na podstawie wyników testowych czy innych narzędzi pomiaru” (Hornowska, 2006). Powołując się na S. Messicką (za Hornowską 2006), można powiedzieć, że niesłuchanie ważne dla psychologów praktyków w procesie diagnostycznym jest postawienie dwóch zasadniczych pytań:

- Czy test jest dobrą miarą cechy, którą z założenia ma mierzyć?
- Czy ten test powinien być wykorzystany planowo i świadomie w proponowanym celu?

Odpowiedzi na pierwsze pytanie można poszukiwać, odwołując się do oceny właściwości psychometrycznych

testu, a w szczególności do jego trafności teoretycznej (oceny takie znajdują się m.in. w Standardach). Pytanie drugie porusza zagadnienia etyczne, a odpowiedź na nie wymaga, aby badacz umiał uzasadnić zarówno sam pomysł badania, jak i wybór metody w kategoriach wartości społecznych, biorąc pod uwagę nie tylko zyski i koszty, ale również najbardziej prawdopodobne efekty uboczne. Użytkownik testu ma obowiązek etyczny i zawodowy korzystania z testów o najwyższej trafności i to właśnie trafność powinna być najważniejszym parametrem technicznym wyboru testu.

## Terapia uzależnień a procedury badawcze

Pod koniec roku 2004 telefonicznie sondowałem „stosowalność” testów osobowości przez psychologów zatrudnionych w ośrodkach rehabilitacyjno-readaptacyjnych. Uzyskałem informacje z szesnastu placówek. W owym czasie w trzech placówkach nie było jeszcze etatu psychologa, w czterech psychologowie zatrudnieni etatowo nie stosowali żadnych testów psychologicznych. W siedmiu ośrodkach stosowano MMPI w rozmaitych wersjach, w jednym psycholog posługiwał się skalą WAIS – R. Wechslera oraz, też w jednym, stosowano Arkusz Samopoznania R.B. Cattella i CPI Harrisona i Gougha. Nie wiemy, jakie testy są stosowane w innych ośrodkach, jaki mają one status psychometryczny oraz czy w związku z wymogami Standardów mogą/powinny one w takiej postaci i w takich warunkach być stosowane.

Niezależnie jednak od wymogów poprawności psychometrycznej, norm etycznych i zaleceń metodologicznych można skonstatować istnienie potrzeby posiadania i stosowania testów przez psychologów pracujących w terapii uzależnienia od narkotyków. W trakcie wspomnianych rozmów telefonicznych oraz w bezpośrednich kontaktach z kolegami po fachu często słyszy się wyrażaną potrzebę zwiększenia skuteczności pracy na poziomie diagnostycznym, planowania terapii i opieki postterapeutycznej, co zwiększyłoby również komfort pracy i dało płaszczyznę do konstruktywnej wymiany informacji, strategii i pomysłów. Psychologowie pracujący od dłuższego czasu w systemach terapeutycznych wypracowali swoje własne, autorskie procedury badania, interpretowania i wykorzystywania w praktyce wyników testów osobowości. Podstawowymi ich zastosowaniami jest:

- rozstrzyganie podstawowych wątpliwości diagnostycznych;
- zobjektywizowany opis aktualnego stanu psychicznego pacjenta;
- opis osobowości w perspektywie skłonności psychicznych, neurotycznych bądź psychopatycznych;
- głęboka interpretacja niektórych podskal pozwala różnicować niejednoznaczne, wielowymiarowe objawy i zaburzenia;
- analiza wymiarów psychologicznych osobowości dostarcza wielu dodatkowych informacji, nieosiągalnych w wywiadzie,
- wyniki badań mogą być źródłem ważnych informacji dotyczących problemów tkwiących w głębokiej przeszłości osobistej i rodzinnej pacjenta;
- analiza wyników testu jest swego rodzaju obiektywizacją, „papierową superwizją”, która pozwala zredukować możliwość popełnienia błędów związanych z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem, oporem i przeciwoporem;
- interpretacja wyników testu daje szanse na niepominięcie, docenienie tych cech i właściwości pacjenta oraz jego środowiska rodzinnego, które uykają w czasie wywiadu.

Psychologowie, którzy stosują testy, wymieniają wiele korzyści płynących z ich wykorzystywania. Najczęściej wskazywano na:

- analiza wyników badań może przyczynić się do poszerzenia lub precyzyjnego ukierunkowywania wywiadu klinicznego;
- możliwość odkrywania głębokich mechanizmów psychicznych leżących u podłoża zachowań uciekowych pacjenta nawet wtedy, gdy pacjent wyparł je tak głęboko i skutecznie, że sam już o nich „nie pamięta”; oczywiście kwestią wrażliwości, doświadczenia i profesjonalnego przygotowania terapeuty jest umiejętność wykorzystywania tych informacji;
- analiza wyników testów osobowości pozwala opisywać podstawowe mechanizmy kierujące zachowaniem człowieka jako system względnie trwały i spójny, w którym zmiana jednego parametru wywołuje nieuniknione zmiany w funkcjonowaniu całości;
- badania testami pozwalają określić braki/ubytki w rozwoju osobistym, a co za tym idzie dają wytyczne co oraz ewentualnie jak należy przepracować;

- często analiza wyników badania osobowości przeprowadza na nieodkryte zasoby pacjenta, których sam nie był on świadomy;
- wyniki badań poszerzają możliwości określania najlepszych dla pacjenta obszarów oraz dróg rozwoju osobistego; często znajduje się wskazówki dotyczące rozwijania zdrowych, prospołecznych relacji z innymi;
- wyniki testów są porównywalne zarówno indywidualnie, po upływie jakiegoś czasu, jak i międzyosobniczo; daje to zarówno możliwość oceny postępów czynionych przez pacjenta na drodze do samodzielnej odpowiedzialności, jak i umożliwia ocenę skuteczności stosowanych w terapii metod;
- obiektywne wyniki badań mogą być wymieniane pomiędzy różnymi placówkami, jeśli tylko zatrudniają one wykwalifikowany personel;
- nieocenione wydaje się wykorzystywanie wyników badań w procesie szkolenia terapeutów;
- wyniki badania osobowości mogą być wykorzystywane w opiece postterapeutycznej oraz w zapobieganiu nawrotom.

Na zakończenie warto zaznaczyć, że dla osób o dużym doświadczeniu terapeutycznym konfrontowanie swojej niemalże intuicyjnej wiedzy z efektami badań jest

ciekawym doświadczeniem, pouczającym i uczącym pokory. Wielokrotnie można bowiem sprawdzić na swoim przykładzie, że uwaga ma określoną i niezbyt wielką pojemność, a intuicja jest o tyle ważna, o ile dociera do uwagi, zajmuje tu odpowiednie miejsce i wpływa na podejmowane decyzje i działania. Pokora wypływająca z przyglądania się i analizy wyników badań, z obiektywizacji własnych poglądów jest chyba najlepszym antidotum na tak łatwo rodzącą się w tej pracy pychę.

Nadchodzą nowe czasy, w których zwyciężą nowe „technologie” – również w pracy terapeutycznej, za nimi bowiem będą szły (a w zasadzie już idą) pieniądze. Tak to kończy się epoka intuicjonistów, ludzi, którzy czują problem, a nadchodzi era wysoko wykwalifikowanych profesjonalistów, ludzi uzbrojonych w aparaturę diagnostyczną. Czy będzie to era epokowych przełomów – raczej nie. Intuicja dalej będzie niezbędna, ale musi być już podbudowana rozległą i głęboką wiedzą.

### Bibliografia

Hornowska E. i in., „Raport końcowy z prac dotyczących opracowania oraz zarekomendowania testów, które mogłyby być wykorzystywane do diagnozy w obszarze uzależnienia od narkotyków”, PTP, Warszawa 2006.

*W listopadzie 2008 roku miną dwa lata od momentu, gdy Polska objęła przewodnictwo w Grupie Pompidou Rady Europy. Będzie to półmetek polskiej misji.*

## MIĘDZYINSTYTUCJONALNA GRUPA KOORDYNACYJNA – NOWA INICJATYWA GRUPY POMPIDOU

**Łukasz Jędruszek**

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Jednym z podstawowych priorytetów, jaki postawiła przed sobą polska prezydencja, jest osiągnięcie poprawy sytuacji w obszarze wymiany informacji i współpracy pomiędzy europejskimi instytucjami zaangażowanymi w przeciwdziałanie narkomanii.

Najważniejszą inicjatywą podjętą przez Polskę w tym zakresie była organizacja pierwszego spotkania Mię-

dzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej (tzw. Inter-Agency Group Meeting), które odbyło się w Warszawie w dniach 28-29 listopada 2007 roku<sup>1</sup>.

Drugie spotkanie Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej odbyło się w dniach 28-29 kwietnia 2008 roku, także w Warszawie. Wzięli w nim udział przedstawiciele Komisji Europejskiej, Biura Naro-



dów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Francji (jako kolejnego państwa, które będzie przewodniczyło Unii Europejskiej), Grupy Pompidou oraz reprezentanci polskich Ministerstw: Zdrowia, Spraw Zagranicznych oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Uczestnicy spotkania potwierdzili potrzebę bliższej współpracy pomiędzy organizacjami międzynarodowymi zajmującymi się zwalczaniem narkomanii. Doświadczenia z pierwszego i drugiego spotkania Międzyinstytucjonalnej Grupy pokazały, iż ten format współpracy, oparty między innymi na nieformalnych konsultacjach i wymianie poglądów, sprawdza się i stanowi wartość dodaną w porównaniu z innymi, bardziej formalnymi platformami współpracy.

Uczestnicy rekomendowali Grupie Pompidou kontynuowanie prac nad testami przesiewowymi umożliwiającymi diagnozę obecności narkotyków w szkołach i w miejscu pracy.

Dotychczasowy dorobek w tym zakresie umożliwia wnikliwszą debatę oraz stanowi ważny punkt wyjścia do kolejnych badań. Konsultacje z Międzynarodowym Biurem Pracy (ILO) oraz doświadczenia pozaeuropejskie mogłyby stać się cennym wkładem w to skomplikowane zagadnienie. Tym bardziej, że obserwujemy w krajach europejskich powszechny brak szczegółowych rozwiązań prawnych regulujących kwestie przeprowadzania testów na obecność narkotyków w miejscu pracy.

Zwrócono uwagę na konieczność lepszej koordynacji działań w zakresie przeglądu strategii przyjętej podczas Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych (UNGASS), w tym prac przygotowawczych oraz konsultacji przed 52. sesją Komisji Środków Odurzających ONZ (CND) w 2009 roku.

Dyskusja skupiła się także na **Rezolucji 1576 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy (PACE)** dotyczącej planowanej Konwencji Ramowej Rady

Europy w sprawie promowania polityki zdrowotnej w zakresie zwalczania narkotyków. Zgodnie z Rekomendacją Rady Europy nr 1813 w tworzeniu powyższej konwencji powinny brać udział Grupa Pompidou oraz inne podmioty zajmujące się problematyką narkotykową.

Uzgodniono, że trzecie spotkanie Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej odbędzie się w styczniu 2009 roku, również w Warszawie, przed 52. sesją Komisji Środków Odurzających (CND). Będzie to okazja do omówienia zagadnień wymagających wypracowania wspólnego stanowiska na kolejną sesję CND.

Na koniec warto wspomnieć o jeszcze jednej inicjatywie planowanej na rok 2008. Polska prezydencja rozpoczęła przygotowania do organizacji, w dniach 25-26 listopada w Warszawie, konferencji podsumowującej dotychczasową działalność Grupy Pompidou oraz dwa lata polskiej prezydencji w Grupie (tzw. mid-term conference). Konferencja ta zostanie połączona z cyklicznym

spotkaniem tzw. Stałych Korespondentów Grupy Pompidou. Podczas listopadowego spotkania przewidyje się obecność ok. 120 osób z całej Europy.

Polska stara się kontynuować wysiłki poprzednich prezydencji, szczególnie holenderskiej, w umacnianiu roli Grupy jako forum opartego na wymianie wiedzy i praktycznych doświadczeń. Zadanie to mogą ułatwić zapoczątkowane w listopadzie 2007 roku spotkania Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej, która skupia europejskie organizacje i instytucje zajmujące się problematyką narkotykową. Dotychczasowe spotkania Grupy pokazują, iż jest ona inicjatywą potrzebną i mającą szansę wpisać się na stałe w kalendarz corocznych spotkań poświęconych przeciwdziałaniu narkomanii w Europie.

*Doświadczenia z pierwszego i drugiego spotkania Międzyinstytucjonalnej Grupy pokazały, iż ten format współpracy, oparty między innymi na nieformalnych konsultacjach i wymianie poglądów, sprawdza się i stanowi wartość dodaną w porównaniu z innymi, bardziej formalnymi platformami współpracy.*

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat pierwszego spotkania Międzyinstytucjonalnej Grupy Koordynacyjnej znajduje się w art. „Międzyinstytucjonalne Spotkanie Koordynacyjne” w 39 numerze Serwisu Informacyjnego Narkomania.



**51. sesja Komisji Środków Odurzających (Commission on Narcotic Drugs) odbyła się, jak co roku, w wiedeńskiej siedzibie ONZ, tym razem w dniach 10-14 marca 2008 roku. Posiedzenia Komisji stanowią istotny punkt w kalendarzu corocznych spotkań dotyczących przeciwdziałania narkomanii na świecie.**

## 51. SESJA KOMISJI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH W WIEDNIU

Łukasz Jędruszek

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W sesji udział wzięli – oprócz państw członkowskich Komisji Środków Odurzających – przedstawiciele m.in. EMCDDA, EUROPOL, Rady Europy, Światowej Organizacji Zdrowia, Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Komisji Europejskiej oraz licznych organizacji pozarządowych. W sesji uczestniczyły wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej. Polska reprezentowana była przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Komendy Głównej Policji, Komendy Głównej Straży Granicznej, Prokuratury Krajowej, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego oraz przedstawicielstwa RP przy Biurze NZ i organizacjach międzynarodowych w Wiedniu.

Sesję plenarną rozpoczął dyrektor wykonawczy UNODC Antonio Maria Costa. W swoim wystąpieniu przekonywał, iż sytuacja w zakresie problemów związanych z narkotykami nie wygląda aż tak źle, jak przedstawiają to media. Twierdzenie jakoby narkotyki były obecne wszędzie i wszyscy je zażywali, nie odpowiada stanowi faktycznemu. Zdaniem A.M. Costy:

- mniej niż 5% światowej populacji osób dorosłych zażywa narkotyki;
- mniej niż 0,5% światowej populacji (25 mln ludzi) jest uzależniona od narkotyków;
- ok. 200 tys. ludzi umiera co roku z powodu zażywania narkotyków, co stanowi 1/10 odsetka ludzi umierających z powodu picia alkoholu i 1/20 z powodu palenia tytoniu;
- system regulacji produkcji, dystrybucji i używania narkotyków przeznaczonych do użytku medycznego funkcjonuje poprawnie;
- uprawy narkotyków są systematycznie ograniczane.

Warto zwrócić uwagę na wystąpienie delegata Boliwii dotyczące legalnych upraw liści koki. Przedstawił on szereg argumentów uzasadniających utrzymanie upraw

liści koki na dotychczasowym poziomie. Najważniejsze z nich to: aspekt kulturowy – koka konsumowana jest od trzech tysięcy lat; spożywanie liści koki stanowi nieodłączny element boliwijskiej tradycji oraz to, że według badań boliwijskich konsumpcja liści koki nie powoduje szkód zdrowotnych. Przedstawiciel Boliwii zakończył swoje przemówienie okrzykiem: „Niech żyje koka!”.

Warte odnotowania jest także wystąpienie przedstawiciela USA, w którym odniósł się on do filozofii *harm reduction* (ograniczania szkód powodowanych przez narkotyki), szeroko promowanej i stosowanej w krajach UE. Jego zdaniem tego typu podejście nie spełnia stawianych przed nim oczekiwań (czyli nie jest to forma leczenia), a ponadto może zachęcać do zażywania narkotyków.

Tegoroczna sesja Komisji Środków Odurzających ma szczególne znaczenie z uwagi na fakt, iż organizowana jest w dziesiątą rocznicę ustanowienia deklaracji UNGASS<sup>1</sup>. W tym roku odbyła się debata tematyczna poświęcona ocenie postępów realizacji celów określonych w deklaracji UNGASS. Już w 2006 roku państwa członkowskie UE i Komisja Europejska podjęły próbę wypracowania wspólnego stanowiska odnoszącego się do oceny implementacji postanowień wyżej wymienionej deklaracji. Zwracano uwagę na konieczność dokonania ewaluacji dotychczasowego procesu UNGASS przed ustanowieniem nowych zadań przewidzianych do realizacji w kolejnych latach. W rezolucji, którą przyjęto w trakcie 51. sesji Komisji Środków Odurzających, zaproponowano powołanie międzyrządowych eksperckich grup roboczych odpowiadających za główne tematy deklaracji UNGASS, takie jak: redukcja popytu, redukcja podaży, kontrola prekursorów wykorzystywanych do produkcji narkotyków, współpraca międzynarodowa wymiaru sprawiedliwości w sprawie tzw. prania

brudnych pieniędzy i niszczenia nielegalnych upraw oraz promocji rozwoju alternatywnego. Do zadań grup roboczych należy ocena dotychczasowej implementacji postanowień UNGASS, analiza postępów i przygotowanie wniosków oraz zaleceń dotyczących obszarów wymagających poprawy.

W trakcie 51. sesji CND przyjęto wszystkie przedłożone projekty rezolucji. Oprócz projektu rezolucji UE oraz projektu rezolucji dotyczącej wzmocnienia międzyna-

rodowej pomocy dla Afryki Zachodniej w zwalczaniu przemytu narkotyków przez kraje regionu, warto zwrócić uwagę na rezolucję poświęconą integracji systemu praw człowieka Narodów Zjednoczonych z międzynarodową polityką kontroli narkotyków. Projekt (przedłożony przez Argentynę, Boliwię i Urugwaj) spotkał się ze zdecydowanym sprzeciwem ze strony Chin, Iranu oraz Kuby. Państwa te należały na wykreślenie zapisów odnoszących się do Uniwersalnej Deklaracji Praw Człowieka oraz

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA		
Akademia REITOX EMCDDA dotycząca danych o skazanych z powodu narkotyków	11 czerwca	Paryż, Francja
VIII spotkanie REITOX EMCDDA dotyczące Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS)	12-13 czerwca	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Sekretariatu Grupy Pompidou	16-18 czerwca	Strasburg, Francja
Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (grupa robocza działająca w ramach Rady Unii Europejskiej)	25 czerwca	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	25 czerwca	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z delegacją USA (spotkanie organizowane w ramach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków)	26 czerwca	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie EMCDDA dotyczące wskaźnika używania narkotyków w populacji generalnej	26-27 czerwca	Lizbona, Portugalia
Spotkanie krajowych koordynatorów projektu „Fred goes net”	1-2 lipca	Rejkiawik, Islandia
Coroczne spotkanie EMCDDA dotyczące wskaźnika zgłaszalności do leczenia	wrzesień	Lizbona, Portugalia
Spotkanie ekspertów dotyczące zbierania informacji o cenach narkotyków	wrzesień	Lizbona, Portugalia
SPOTKANIA KRAJOWE		
III szkolenie dla gmin dotyczące lokalnego monitoringu w ramach programu twinningowego z Hiszpanią	10-11 czerwca	Falenty
Spotkanie dotyczące współpracy międzyinstytucjonalnej między placówkami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży w dzielnicy Praga-Południe	13 czerwca	Warszawa
Szkolenie „Standardy programów profilaktycznych”	16-17 czerwca	Warszawa
Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia dotyczące standardów i akredytacji placówek stacjonarnych leczących osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych	17 czerwca	Warszawa
XIV spotkanie Ekspertów Wojewódzkich	16-18 czerwca	Lublin
Spotkanie w siedzibie NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	23 czerwca	Warszawa
Szkolenie dla gmin z województwa lubuskiego dotyczące lokalnego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii	lipiec	Zielona Góra
Szkolenie na temat ewaluacji programów profilaktycznych	1-5 września	Warszawa
IV spotkanie programów redukcji szkód	29-30 września	Kraków

praw ludności tubylczej. W wersji finalnej tekst rezolucji, włącznie z tytułem, uległ znacznym zmianom.

Podobnie jak w zeszłym roku także i w trakcie tegorocznej sesji odbyło się wiele spotkań o charakterze nieformalnym. Przewodniczący delegacji polskiej spotkał się z przedstawicielami Iranu i Francji. Irańska strategia antynarkotykowa zakłada m.in. nawiązywanie bilateralnych kontaktów roboczych z państwami leżącymi na szlaku przemytu narkotyków z Afganistanu, dlatego omawiano zagadnienia dotyczące ograniczania popytu i podaży w kontekście możliwości nawiązania bezpośrednich kontaktów roboczych pomiędzy irańską i polską policją. W trakcie rozmów z delegacją francuską omawiano obecne i przyszłe działania podejmowane przez Grupę Pompidou, której Polska aktualnie przewodniczy (od listopada 2006 do listopada 2010 roku). Rozmawiano także o redefinicji roli Grupy oraz o nowych wyzwaniach, jakie przed nią stoją. Francja, która 1 lipca 2008 roku objęła prezydencję w UE, zaproponowała, aby rozszerzyć zakres działal-

ności Grupy o problematykę dotyczącą alkoholu, który – mimo iż jest substancją legalną – stanowi zagrożenie nie mniejsze niż narkotyki.

Tegoroczna sesja CND poświęcona została w znacznej części tematom związanym z ograniczaniem podaży narkotyków. Jednakże tematyka ograniczania popytu odgrywała również istotną rolę, o czym świadczyć mogą zagadnienia poruszane w trakcie debaty tematycznej. Przyszłoroczna, 52. sesja CND zostanie poświęcona szczegółowej ocenie deklaracji UNGASS.

*Podczas przygotowywania niniejszego tekstu korzystano m.in. ze sprawozdania z przebiegu 51. sesji CND opracowanego przez członków delegacji polskiej.*

<sup>1</sup> Deklaracja polityczna ustanowiona podczas XX Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ (*Special Session of the UN General Assembly – UNGASS*) jest 10-letnim projektem (1998–2008), który kładzie nacisk na propagowanie zrównoważonego podejścia do problemu narkotyków i narkomanii, poprzez budowę krajowych strategii i planów działania odnoszących się zarówno do ograniczania popytu, jak i podaży narkotyków.

*W ramach programu twinningowego Polska–Hiszpania pracownicy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii mieli okazję zapoznać się z hiszpańskim systemem przeciwdziałania narkomanii. W trakcie wizyt w Madrycie i Saragossie przedstawiciele hiszpańskich instytucji rządowych i samorządowych omówili działania podejmowane zarówno na poziomie centralnym, regionalnym, jak i lokalnym.*

## HISZPAŃSKI SYSTEM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – WIZYTA STUDYJNA W MADRYCIE I SARAGOSSIE

Artur Malczewski

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

Instytucją odpowiedzialną w Hiszpanii za koordynowanie działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii na szczeblu centralnym jest PNSD – Plan Nacional Sobre Drogas (Generalny Plan Krajowy ds. Narkotyków). Urząd powstał w 1986 roku i jest delegaturą rządu do spraw Krajowego Programu. W jego ramach usytuowano National Focal Point (Krajowy Punkt Kontaktowy). Podstawowym dokumentem dla działań profilaktycznych podejmowanych na poziomie całego

kraju jest obecnie realizowana hiszpańska strategia, obejmująca lata 2000–2008. W ramach instytucjonalnego systemu przeciwdziałania narkomanii działa międzyministerialna Grupa ds. Narkotyków, na czele której stoi minister zdrowia. PNSD składa się z trzech wicedyrekcji generalnych: leczenia, profilaktyki i post-rehabilitacji, stosunków międzynarodowych oraz zarządzania programem. W 2008 roku powołana została grupa robocza, która zajmuje się rewizją starego

programu przeciwdziałania narkomanii i przygotowywaniem nowego.

Ważnym elementem realizowanych działań jest współpraca z regionami. Corocznie w Ministerstwie odbywa się od czterech do pięciu spotkań roboczych. Mają one na celu koordynowanie działań na poziomie regionów. Hiszpański PNSD ściśle współpracuje z mediami, które stanowią główny kanał przekazywania informacji na temat narkotyków. Co roku ogłaszany jest także krajowy raport przygotowywany dla EMCDDA (Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii), odbywa się to w formie konferencji prasowej dla dziennikarzy. Hiszpanie nie planują jednak ogłoszenia rocznego raportu EMCDDA, które nastąpiło np. w ubiegłym roku w Warszawie (SIN 4/2007).

System administracyjny Hiszpanii charakteryzuje się dużą autonomią regionów. Ministerstwo jedynie koordynuje działania, a ich wdrażanie i realizacja leży w gestii regionów. Na poziomie województw, których jest w Hiszpanii siedemnaście, istnieją dyrekcje generalne zdrowia publicznego. W ich ramach znajdują się departamenty odpowiedzialne za rehabilitację i profilaktykę. Regiony i Delegatura Rządu tworzą komisję międzyregionalną, która spotyka się co dwa miesiące. Jej głównym celem jest koordynacja działań w ramach programu przeciwdziałania narkomanii.

W rządzie Aragonii, podobnie jak w inny regionach, znajduje się departament zdrowia z dyrekcją generalną do spraw narkotyków. Zajmuje się on wsparciem placówek zdrowotnych oraz urzędów gmin. W ramach współpracy z lokalnym samorządem podpisywane są porozumienia z gminami. Podczas wizyty w urzędzie miasta Saragossy przedstawiono nam dane dotyczące rozpowszechnienia używania narkotyków. Podobnie jak w Polsce, używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych charakterystyczne dla grup zmarginalizowanych stało się w Hiszpanii elementem spędzania wolnego czasu przez młodych ludzi. Zaobserwowano wzrost dostępności narkotyków oraz przyzwolenia społecznego. Również wzrost zamożności społeczeństwa może mieć wpływ na zwiększenie używania narkotyków. Najnowsze badania pokazują jednak spadek użycia substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w latach 2004–2006.

Aragoński Plan Antynarkotykowy stara się nadać większy priorytet działaniom profilaktycznym. Zakłada się w nim zapewnienie takich samych usług leczniczych

i profilaktycznych w każdym ośrodku, niezależnie od jego wielkości. Ważnym elementem Planu jest koordynacja działań instytucji w zakresie profilaktyki i leczenia. Największy nacisk położony został, jak już wspomniano, na profilaktykę oraz na redukcję szkód. Ważne są programy integracji społecznej oraz prace nad stworzeniem systemu zbierania danych.

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii skoncentrowane jest przede wszystkim na zbieraniu danych w ramach czterech wskaźników: przyjęcia na leczenie, interwencje szpitalne, badania szkolne, badania w populacji generalnej. Na terenie regionu Aragonii znajduje się od 15 do 19 ambulatoriów zajmujących się pomocą dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W 2007 roku objęły one leczeniem z powodu narkotyków i alkoholu około 1300 osób. Analizując dane dotyczące osób zgłaszających się na leczenie, można zauważyć, że najwięcej osób podjęło leczenie z powodu zażywania kokainy. W 2007 roku zgłosiło się 370 takich osób. W przypadku tej substancji stabilny trend pacjentów utrzymuje się od 2003 roku. W tym samym okresie obserwuje się również stabilizację w używaniu heroiny (w 2007 roku 250 osób). W przypadku alkoholu odnotowano z kolei wzrost liczby osób, które w latach 2003–2007 leczyły się z powodu picia. W 2007 roku na leczenie zgłosiło się 350 takich osób.

Dane pochodzące z badań młodzieży szkolnej, obrazują spadek używania substancji psychoaktywnych w 2006 roku w stosunku do pomiaru z 2004 roku. Nie zmienia to jednak faktu, iż w Aragonii odsetek osób używających narkotyków jest wyższy od średniego odsetka używających narkotyków na poziomie całej Hiszpanii.

W regionie znajduje się jeden ośrodek stacjonarny, który pracuje metodą społeczności terapeutycznych. W El Frago w 2008 roku leczonych jest około 80 osób. Co ciekawe, w placówce leczeniem objęci są również pacjenci programu metadonowego, którzy uczestniczą w spotkaniach społeczności terapeutycznych (30% pacjentów). Osoby, które przyjmują metadon, przebywają w ośrodku od 2001 roku.

W jednym z najbliższych numerów Serwisu postaramy się przedstawić Państwu sytuację epidemiologiczną w Hiszpanii (kraju o raczej wysokich wskaźnikach rozpowszechnienia problemu narkotyków i narkomanii) oraz w Polsce, gdzie wskaźniki rozpowszechnienia problemu narkotyków i narkomanii są na tle europejskim relatywnie niskie.



*W IV kwartale 2008 roku dla organizacji pozarządowych pojawi się nowe źródło finansowania realizacji projektów z dziedziny rozwoju obszarów słabiej rozwiniętych, bezpieczeństwa granic, infrastruktury, środowiska, rozwoju sektora prywatnego, ochrony zdrowia, poprawy usług społecznych oraz badań i rozwoju. W tym terminie planowane jest bowiem uruchomienie naboru wniosków o dofinansowanie w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Niniejszy tekst opisuje obszary, w jakich można otrzymać dofinansowanie oraz wymogi stawiane przed starającymi się o jego uzyskanie.*

## SZWAJCARSKO-POLSKI PROGRAM WSPÓŁPRACY – CHARAKTERYSTYKA I ZASADY WDRAŻANIA

Rafał Czysz

*Specjalista w dziedzinie funduszy europejskich*

Szwajcarsko-Polski Program Współpracy jest formą bezzwrotnej pomocy przyznanej przez Szwajcarię Polsce i dziewięciu pozostałym państwom członkowskim Unii Europejskiej, które przystąpiły do niej 1 maja 2004 roku. **20 grudnia 2007 roku minister rozwoju regionalnego Elżbieta Bieńkowska podpisała w Bernie umowę dotyczącą wdrażania Programu.** Na mocy tejże umowy międzynarodowej ponad 1 mld franków szwajcarskich trafi do dziesięciu nowych państw członkowskich, z czego niemal połowa (ok. 489 mln franków szwajcarskich, czyli ok. 310 mln euro) przeznaczona będzie na pomoc dla naszego kraju. O dofinansowanie projektów w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy mogą starać się instytucje sektora publicznego i prywatnego oraz organizacje pozarządowe.

### Historia i geneza Programu

U podstaw powołania opisywanego narzędzia finansowego stała deklaracja strony szwajcarskiej, która podczas Szczytu Szwajcarii – Unia Europejska (19 maja 2004 roku) zadeklarowała gotowość ustanowienia programu pomocowego, mającego na celu zmniejszenie różnic społeczno-gospodarczych w nowo rozszerzonej Unii Europejskiej. Rada UE i Szwajcarii podpisały tzw. Memorandum of Understanding pomiędzy Wspólnotą Europejską a Radą Federacji Konfederacji Szwajcarskiej w sprawie wkładu Szwajcarii na rzecz zmniejsze-

nia różnic w rozwoju gospodarczym i społecznym między nowo przyjętymi a „starymi” krajami Unii Europejskiej. W dokumencie zawarto zobowiązanie Szwajcarii do podpisania odrębnych umów bilateralnych z poszczególnymi państwami – beneficjentami pomocy. Umowa ramowa pomiędzy rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Szwajcarską Radą Federalną została zatwierdzona przez obie strony w listopadzie 2007 roku.

### Cele i strategie wdrażania

Celem szwajcarskiej pomocy jest zmniejszanie różnic społeczno-gospodarczych istniejących pomiędzy Polską a wyżej rozwiniętymi państwami UE oraz różnic na terytorium Polski – pomiędzy ośrodkami miejskimi a regionami słabo rozwiniętymi pod względem strukturalnym.

Szwajcarsko-Polski Program Współpracy obejmuje krajowe i międzynarodowe projekty. Stanowi on część narodowego planu rozwoju, który obejmuje fundusze strukturalne i Fundusz Spójności UE, jak również Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweski Mechanizm Finansowy. Szwajcarska pomoc finansowa ma być w swych założeniach komplementarna do wspomnianych wyżej narzędzi pomocy finansowej i obejmować będzie projekty, które nie są finansowane ze źródeł zewnętrznych lub są finansowane z nich jedynie częściowo.

Główne aspekty strategiczne Programu opierają się na:

- koncentracji wsparcia (zdefiniowane zostały cztery główne jego obszary: bezpieczeństwo, stabilność i wsparcie reform, środowisko i infrastruktura, sektor prywatny oraz rozwój społeczny i zasobów ludzkich);
- skupieniu się na maksymalnie ośmiu obszarach tematycznych, w ramach których zostanie wydatkowane przynajmniej 70% pomocy finansowej;
- koncentracji na czterech słabiej rozwiniętych regionach Polski, dla których zostanie wydatkowane przynajmniej 40% pomocy finansowej, tj. w województwach: lubelskim, podkarpackim, świętokrzyskim oraz małopolskim;
- stosunkowo małej liczbie projektów, udział w Programie ma stanowić duże finansowe zobowiązanie dla projektodawców – preferowane będą duże projekty;
- zaangażowaniu do współpracy w Programie instytucji z różnych poziomów administracji publicznej (szczególnie centralny, regionalny i lokalny);
- objęciu działaniami instytucji pochodzących z innych niż administracja sektorów (m.in. organizacje pozarządowe i przedsiębiorstwa).

Wartość dofinansowania pojedynczych projektów w ramach poszczególnych programów wyniesie na ogół minimum 1 mln franków szwajcarskich. Mogą zostać jednak ustalone wyższe poziomy finansowania. Przedziewidzane są również specjalne granty blokowe, które umożliwiają sfinansowanie mniejszych projektów.

W ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy zaplanowane do realizacji zostały również projekty międzynarodowe. Porozumienia pomiędzy szwajcarskimi a polskimi partnerami będą promowane w szczególności w ramach tych obszarów tematycznych, w których Szwajcaria może wnieść konkretne doświadczenie i technologie. Zawijazywanie trwałych partnerstw pomiędzy polskimi i szwajcarskimi instytucjami stanowi jeden z istotnych aspektów Programu, który może zostać wzięty pod uwagę podczas wyboru i realizacji projektów.

Wstępna alokacja środków na poszczególne obszary tematyczne i wybrane cele objęła około 80% przyznanej Polsce pomocy finansowej. W dwa lata po rozpoczęciu Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy zostanie przeprowadzony przegląd, który pozwoli określić tematyczne i geograficzne priorytety, przesunąć początkowe finansowe alokacje zgodnie z ustaleniami oraz zidentyfikować priorytety dla niealokowanej jeszcze części pomocy finansowej.

## Obszary tematyczne

1. Bezpieczeństwo, stabilność, wsparcie reform (alokacja finansowa około 70 mln franków szwajcarskich).

a) Projekty z zakresu inicjatyw na rzecz rozwoju regionów peryferyjnych i słabo rozwiniętych, a w szczególności obejmujące:

- rozwój lokalnej przedsiębiorczości i przetwórstwa rolnego;
- rozwój zasobów ludzkich, w szczególności projekty skierowane do młodzieży z obszarów rolniczych, z uwzględnieniem nowoczesnych form szkolenia zawodowego i kształcenia ustawicznego;
- rozwój sieci partnerstw;
- wsparcie pozarządowych instytucji i organizacji zaangażowanych w rozwój rolny;
- tworzenie mechanizmów finansowania i wspierania lokalnych inwestycji.

Projekty z tego zakresu realizowane będą na poziomie podregionów definiowanych jako obszar kilku gmin wiejskich oraz sąsiadujących z nimi gmin miejskich. Na realizację tego obszaru tematycznego zaplanowano kwotę do 50 mln franków szwajcarskich.

b) Projekty z zakresu ochrony granic RP, których celem jest uszczelnienie wschodniej granicy Polski, ukierunkowane na:

- zwiększenie wydajności i sprawności przejść granicznych;
- wsparcie jednostek celnych oddelegowanych do walki z przestępczością;
- unowocześnienie przejść granicznych w zakresie ich komputeryzacji, wyposażenia i systemu zarządzania, w tym opracowywanie i wdrażanie cyfrowego systemu komunikacji radiowej.

Na realizację tego zagadnienia przeznaczono wstępnie kwotę około 20 mln franków szwajcarskich.

2. Środowisko i infrastruktura (alokacja finansowa około 117,5 mln franków szwajcarskich).

a) Projekty mające na celu odbudowę, remont, przebudowę i rozbudowę podstawowej infrastruktury oraz poprawę stanu środowiska.

Pierwsza grupa projektów, które mają szansę uzyskać dofinansowanie, dotyczy ma poprawy usług z zakresu infrastruktury miejskiej w celu podniesienia standardu życia mieszkańców,

w szczególności w zakresie zarządzania odpadami stałymi: zbiórką, segregacją oraz oczyszczaniem odpadów (także odpadów niebezpiecznych, w tym szpitalnych). Minimalna wartość projektów będzie wynosiła 15 mln franków szwajcarskich.

Kolejny rodzaj projektów w tym obszarze to projekty dotyczące ochrony środowiska:

- wprowadzanie systemów energii odnawialnej (np. słonecznej, wietrznej, niewielkich systemów energii wodnej, geotermicznej, na biomasę itp.);
- poprawa efektywności energetycznej (np. zmniejszenie strat w zużyciu energii);
- zmniejszenie emisji gazów pochodzących z elektrowni ciepłych oraz regionalnych systemów grzewczych.

Minimalna wartość projektów z tego zakresu będzie wynosiła 10 mln franków szwajcarskich.

Następny rodzaj projektów realizowanych w tym obszarze to inicjatywy z zakresu poprawy zarządzania, bezpieczeństwa, wydajności lokalnych/regionalnych publicznych systemów transportowych. Rodzaje kwalifikowalnych projektów to:

- przygotowanie dokumentacji (studia wykonalności) dla dużych inwestycyjnych projektów z zakresu komunikacji;
- małe i dobrze ukierunkowane projekty dotyczące infrastruktury kolejowej i taboru;
- modernizacja systemów monitorujących i sterujących;
- usługi dla pasażerów oraz usługi biletowe.

Minimalna wartość projektu z tej grupy to 3 mln franków szwajcarskich, a projektu inwestycyjnego 10 mln franków szwajcarskich.

- b) Projekty z zakresu ochrony ekosystemów oraz wsparcia transgranicznych inicjatyw środowiskowych.

Rodzaje kwalifikowalnych projektów obejmują:

- rozwój oraz wdrażanie zintegrowanych koncepcji zarządzania zasobami naturalnymi, w tym ochrona środowiska, gospodarcze oraz społeczne jego użytkowanie;
- promowanie ekoturystyki, w tym infrastruktury rekreacyjnej oraz informacyjnej;
- podnoszenie świadomości i wiedzy na temat wymogów w zakresie ochrony środowiska; wzmacnianie zdolności w zaangażowanych instytucjach;

- Konwencja Karpacka: system współpracy i wdrażanie.

Łączna kwota przeznaczona na tego rodzaju projekty nie będzie przekraczać 10 mln franków szwajcarskich.

3. Sektor prywatny (alokacja finansowa to około 73 mln franków szwajcarskich).

- a) Poprawa środowiska biznesowego i dostępu do kapitału dla małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP).

Rodzaje kwalifikowalnych projektów są następujące:

- udział w kapitale akcyjnym i zadłużeniu (*equity and debt participation*) lokalnych jednostek finansowych;
- usługi finansowe świadczone przez lokalne jednostki finansowe dla małych i średnich przedsiębiorstw (w formie kredytów, leasingu, gwarancji, poręczeń), np. w ramach właściwych instrumentów instytucji wielostronnych;
- projekty dotyczące budowania zdolności instytucjonalnych i prawnych na poziomie krajowym w zakresie sprawozdawczości finansowej i audytu w sektorze prywatnym.

Całkowita kwota dofinansowania projektów z tego zakresu nie przekroczy 63 mln franków szwajcarskich.

- b) Rozwój sektora prywatnego i promocja eksportu MŚP. Projekty nakierowane na zwiększenie rynkowego udziału polskiego eksportu dóbr i usług, przy uwzględnieniu różnic regionalnych.

Rodzaje kwalifikowalnych projektów obejmują:

- wsparcie lokalnych usługodawców w zakresie ekowydajności i korporacyjnej społecznej odpowiedzialności;
- programy edukacyjne w zakresie turystyki i planowania celów wyjazdów turystycznych.

Całkowita kwota dofinansowania projektów z ww. zakresu nie przekroczy 10 mln franków szwajcarskich.

4. Rozwój społeczny i zasobów ludzkich (alokacja około 65 mln franków szwajcarskich).

- a) Ochrona zdrowia.

Pierwszy rodzaj projektów z tego zakresu tematycznego dotyczy promocji zdrowego trybu życia oraz zapobiegania chorobom zakaźnym na poziomie krajowym.

Rodzaje kwalifikowalnych projektów to:

- rozwój promocji zdrowia oraz strategii i struktur w zakresie profilaktyki zdrowotnej (zarówno rządowej, jak i pozarządowej);
- prowadzenie przede wszystkim długofalowych (3-5 lat) i o dużym zasięgu kampanii z zakresu promocji zdrowia oraz kampanii na rzecz przeciwdziałania chorobom (np. wywołanym piciem alkoholu, paleniem tytoniu, używaniem środków odurzających, HIV/AIDS, gruźlicy i otyłości) na poziomie krajowym;
- prowadzenie kampanii z zakresu promocji zdrowia oraz kampanii na rzecz przeciwdziałania chorobom o mniejszym zasięgu na poziomie regionalnym i lokalnym;
- programy z zakresu edukacji na temat ochrony zdrowia (np. dla dzieci i młodzieży).

Druga grupa projektów ma za zadanie poprawę usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach.

Rodzaje kwalifikowalnych projektów to:

- poprawa zdolności do realizacji polityki i strategii rozwoju na szczeblu regionalnym (i krajowym) dotyczących osób starszych i niepełnosprawnych;
- poprawa jakości dostarczania usług dla osób starszych i niepełnosprawnych;
- sprzęt i szkolenia z zakresu pielęgniarstwa na podstawowym poziomie oraz z zakresu opieki społecznej;
- sprzęt dla personelu i jego szkolenie z zakresu usług ambulatoryjnych i domowej opieki pielęgniarstwa;
- zwiększenie jakości i dostępu do usług ambulatoryjnych oraz domowej opieki pielęgniarstwa dla starszych pacjentów;
- szkolenia dla specjalistów z zakresu usług ambulatoryjnych oraz domowej opieki pielęgniarstwa;
- budowa/renowacja hospicjów, realizowana jako część większego programu;
- wzmacnianie zdolności instytucji rządowych i pozarządowych w celu lepszej integracji osób niepełnosprawnych (szkolenia, tworzenie miejsc pracy);
- wspieranie placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz rodzin zastępczych;

- wspieranie domów pomocy społecznej (w tym zapewnienie sprzętu i renowacja). Planowana kwota wydatkowania to około 35 mln franków szwajcarskich.

#### b) Badanie i rozwój.

Rodzaje projektów:

- fundusz stypendialny obejmujący studia wyższego stopnia i podyplomowe;
- programy stypendialne pomiędzy Polską a krajami z nią sąsiadującymi;
- wspólne projekty badawcze i partnerstwa dla badań, zakup sprzętu do badań, wzmocnienie zdolności w zakresie zarządzania innowacjami.

Planowana kwota wydatkowania to około 30 mln franków szwajcarskich.

#### 5. Inicjatywy specjalne (alokacja 55,45 mln franków szwajcarskich).

Grant blokowy dla społeczeństwa obywatelskiego – wsparcie dla organizacji pozarządowych działających głównie w obszarze opieki społecznej i ochrony środowiska, umożliwiające wzmocnienie ich zdolności organizacyjnych – małe projekty dla NGO z budżetami od 10 do 100 tys. franków szwajcarskich (całkowita kwota przeznaczona na grant blokowy to ponad 10 mln franków szwajcarskich).

Grant blokowy przeznaczony do finansowania małych projektów realizowanych w ramach partnerstw pomiędzy podmiotami polskimi i szwajcarskimi (ponad 10 mln franków szwajcarskich).

Fundusz wspierania przygotowywania projektów (do 3 mln franków szwajcarskich).

Fundusz na zarządzanie programem dla instytucji rządowych, które go wdrażają (około 30 mln franków szwajcarskich).

### **Sposoby wnioskowania o dofinansowanie**

Strona polska będzie wybierać projekty, które mają być finansowane w ramach oferowanej pomocy finansowej. Ze strony szwajcarskiej możliwe będzie przedkładanie Polsce propozycji projektów. Polscy wnioskodawcy mogą składać gotowe projekty napisane według wytycznych ujętych w Aneksie do Umowy Ramowej lub też próbować skorzystać z instrumentów wsparcia podczas tworzenia projektu. W drugim przypadku strona polska oraz szwajcarska mogą przydzielić



wnioskodawcy dodatkowe fundusze na przygotowanie merytoryczne projektu oraz wzmocnienie zdolności organizacyjnych instytucji składającej wniosek. Wsparcie merytoryczne zostanie sfinansowane ze środków Funduszu na Przygotowanie Projektów, natomiast poprawa zdolności organizacyjnych może stać się integralną częścią wydatków projektu.

Autorzy wniosku, ubiegający się o skorzystanie ze wsparcia w przygotowywaniu projektu, w pierwszej kolejności zostaną zobowiązani do złożenia zarysu projektu. Mimo swej nazwy dokument ten powinien zawierać na tyle dużo informacji, aby już na tym etapie umożliwić jego ocenę. W związku z powyższym wnioskodawcy zostaną poproszeni, aby w składanym dokumencie:

- przedstawić, w jaki sposób ich projekt wpłynie na rozwój Polski oraz w jakim zakresie wpasowuje się w lokalne i krajowe strategie rozwoju;
- ukazać stawiane przed projektem cele i rezultaty, opisać projektowane działania, przedstawić grupy docelowe projektu oraz stojące przed projektem zagrożenia, a także ukazać trwałość jego rezultatów;
- przedstawić schemat organizacyjny zarządzania projektem wraz z zakresem obowiązków poszczególnych osób w nim zaangażowanych;
- załączyć budżet projektu zawierający koszty, sposób zapewnienia wkładu własnego, opis efektywności kosztowej przyjętych rozwiązań;
- zarysować etap, na którym znajduje się przygotowanie projektu, ewentualnie dołączyć wniosek o dofinansowanie przygotowania kompletnej propozycji projektu.

Jeżeli instytucje zarządzające Programem Współpracy uznają, iż zarys spełnia merytoryczne wymogi stawiane przed projektami realizowanymi w ramach Programu, jego autor otrzyma dofinansowanie przeznaczone na zakończenie prac zmierzających do stworzenia kompletnej propozycji projektu.

Jeśli dana instytucja przedkłada instytucjom zarządzającym Programem stworzoną przez siebie kompletną propozycję projektu, powinna ona oprócz elementów już przewidzianych w ramach zarysu projektów zawierać również:

- streszczenie projektu (krótki opis jego celów, budżet, realizatorzy oraz przewidywany okres trwania);
- uzasadnienie projektu – na tym etapie często wymagane będzie również studium wykonalności projektu, a w przypadku projektów inwestycyjnych analiza wpływu na środowisko;

- szczegółowy harmonogram;
- opis monitorowania rezultatów projektu i ewaluacji jego wskaźników;
- wykaz planowanych podczas realizacji projektu postępowań dotyczących zamówień publicznych.

## Poziomy dofinansowania

Wnioskodawcy mogą liczyć na następujące stopnie pokrycia kosztów realizacji projektu z funduszu Programu Współpracy:

- do 60% całkowitych kosztów kwalifikowalnych projektu/programu w przypadku większości projektów;
- do 85% całkowitych kosztów kwalifikowalnych w przypadku projektów/programów otrzymujących dodatkowe środki finansowe z budżetu jednostek administracji publicznej szczebla centralnego, regionalnego lub lokalnego;
- do 100% wydatków dla projektów dotyczących budowy zdolności instytucjonalnych oraz pomocy technicznej, projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe oraz wsparcia finansowego, z którego korzysta sektor prywatny (linie kredytowe, gwarancje, poręczenia, udział w kapitale akcyjnym i zadłużeniu).

## Ramy czasowe Programu

W ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy obowiązuje 5-letni okres zaciągania zobowiązań i 10-letni okres wydatkowania, który rozpoczął się 14 czerwca 2007 roku, tj. w dniu przyznania pomocy finansowej Polsce przez parlament szwajcarski. W chwili obecnej trwają prace szwajcarsko-polskich zespołów roboczych nad wyborem zakresów tematycznych, w ramach których zostaną ogłoszone pierwsze konkursy. Planowany termin rozpoczęcia naboru wniosków w ramach Programu Współpracy to początek IV kwartału 2008 roku. Do tego czasu zostaną opracowane dodatkowe dokumenty programowe precyzujące zasady ubiegania się o dofinansowanie oraz zasady realizacji Programu. Spodziewane jest również opracowanie wytycznych dla wnioskodawców. Wszyscy zainteresowani uzyskaniem wsparcia w ramach Programu powinni na bieżąco śledzić jego serwis internetowy umieszczony na stronie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego pod adresem: [www.programszwajcarski.gov.pl](http://www.programszwajcarski.gov.pl).

## System rekomendacji programów profilaktyki antynarkotykowej

Podnoszenie jakości strategii i programów przeciwdziałania narkomanii jest jednym z priorytetów polityki narkotykowej Unii Europejskiej, postulat ten jest również obecny w polskiej strategii. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 wyznacza działania służące podniesieniu jakości programów profilaktycznych oraz wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Działania te obejmują upowszechnienie standardów programów profilaktyki, wiedzy na temat ewaluacji, popularyzację programów spełniających kryteria dobrej jakości.

Kluczowym działaniem jest opracowanie i wdrożenie systemu rekomendacji programów profilaktycznych w oparciu o kryteria programu EDDRA.

Opracowanie systemu rekomendacji zostało powierzone Zespołowi robocznemu powołanemu w 2007 roku zarządzeniem Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele Krajowego Biura, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Zespół opracował zestaw standardów służących ocenie jakości programu profilaktyki lub promocji zdrowia. Projekt przedstawia pożądany sposób formułowania i opisu programu, a także przedstawia kryteria (wskaźniki) dla poszczególnych standardów. Program, w zależności od stopnia jego zgodności ze standardami, mógłby zostać zakwalifikowany na jeden z trzech wymienionych poniżej poziomów jakości.

„Programy obiecujące” – programy, których pozytywny wpływ na zachowania i/lub doświadczane przez odbiorców programu problemy nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach. Jednak sen-

sowna koncepcja teoretyczna programu i dotychczasowe doświadczenia w realizacji działań, udokumentowane wynikami ewaluacji procesu pozwalają przypuszczać, że programy te mogą przynosić oczekiwane efekty.

„Dobra praktyka” – programy, których ewaluacja wyników dotyczyła zmian w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych programu), a nie samych zmian zachowania (celu głównego programu) lub była przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań, albo też nie spełniała innych standardów metodologicznych.

„Programy modelowe” – wyniki poprawnych metodologicznie badań (z losowym doбором osób badanych, obejmujących próbę wystarczająco dużą dla udowodnienia oczekiwanych efektów, prowadzonych przez zewnętrznych w stosunku do programu ekspertów itp.) potwierdzają pozytywny wpływ programu na zachowania problemowe i to przynajmniej po roku od zakończenia oddziaływań (tzw. odroczone efekty).

Prezentowany poniżej projekt standardów i kryteriów oceny jakości programów profilaktyki był prezentowany podczas krajowych konferencji oraz konsultowany przez przedstawicieli różnych środowisk.

Dalsze prace zespołu będą skoncentrowane na opracowaniu szczegółowych zasad kwalifikowania programu na poszczególne poziomy rekomendacji (w tym pilotażu systemu oceny), opracowaniu zasad i procedur wdrażania systemu oraz upowszechnieniu standardów.

Ewentualne uwagi lub komentarze do prezentowanego projektu prosimy zgłaszać do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Anna Radomska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## STANDARDY I KRYTERIA OCENY JAKOŚCI PROGRAMÓW PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI W RAMACH SYSTEMU REKOMENDACJI (PROJEKT)

### 1. Ogólne dane o programie

Nazwa własna

Autorzy programu

Organizacja/instytucja odpowiedzialna za program

Organizacja/instytucja ubiegająca się o rekomendację programu

Organizacje/instytucje do tej pory realizujące program

Rodzaj programu:

– promocja zdrowia;

– profilaktyka uniwersalna;

– profilaktyka selektywna;

– profilaktyka wskazująca.

### 2. Okres od wdrożenia programu

#### Standard

Program powinien przedstawiać doświadczenia związane z przynajmniej rocznym przebiegiem realizacji.

Programy dopiero zaplanowane lub wdrożone w okresie

krótszym niż jeden rok nie mogą ubiegać się o rekomendację.

#### **Kryteria oceny:**

- program realizowany dłużej niż rok.

### **3. Opis problemu/zjawiska**

#### **Standard**

Przedstawiony opis definiuje naturę i rozmiar zjawiska, którego dotyczy program, identyfikuje grupę docelową programu, czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące. W przypadku programów o zasięgu lokalnym, odpowiadającym specyficznym potrzebom danej społeczności, niezbędne jest również przedstawienie diagnozy sytuacji lokalnej.

Diagnoza powinna przedstawiać dane umożliwiające sformułowanie problemu. Dane powinny być aktualne, tzn. obejmować możliwie najnowsze dostępne badania, adekwatne do zasięgu programu (np. dla programu lokalnego – dane z poziomu lokalnego, a nie ogólnopolskiego) oraz dotyczyć populacji, do której program jest skierowany. Diagnoza powinna wskazywać źródła przytaczanych danych.

Na podstawie diagnozy powinien być sformułowany problem. Pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami a zdefiniowanym problemem powinien istnieć jasny związek.

#### **Kryteria oceny:**

- właściwy dobór danych (adekwatny do zasięgu, dane aktualne, specyficzne dla populacji);
- problem jasno sformułowany;
- problem wynika z przedstawionych danych;
- grupa docelowa określona;
- czynniki ryzyka/czynniki chroniące określone.

### **4. Cele programu: ogólny/szczegółowe**

#### **Standard**

Cel ogólny programu powinien być odpowiedni (adekwatny) do zidentyfikowanego problemu, tzn. dotyczyć modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądaną na pożądaną albo utrzymania, poprawy sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna.

Cel szczegółowy (cel pośredniczący) dotyczy modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu lub zjawisk/stanów, co przyczynia się do osiągnięcia celu głównego.

Cele powinny:

- odnosić się do grupy docelowej programu;

- być sformułowane w formie mierzalnych rezultatów;
- być sformułowane w formie oczekiwanej zmiany;
- być realistyczne, możliwe do osiągnięcia;
- być określone w czasie.

#### **Kryteria oceny:**

- sformułowany cel ogólny;
- sformułowane cele szczegółowe;
- cele są specyficzne;
- cele są mierzalne;
- cele są adekwatne;
- cele są realistyczne;
- cele są terminowe (określone w czasie).

### **5. Założenia programu**

#### **Standard**

Przedstawiono wyjaśnienie mechanizmu osiągnięcia celu programu, uzasadnienie wyboru konkretnego sposobu rozwiązania problemu. Program jest oparty na modelach teoretycznych/teoriach, których skuteczność w odniesieniu do rozwiązywania problemu została potwierdzona w literaturze naukowej lub sprawdzona w praktyce.

#### **Kryteria oceny:**

- hipoteza oparta na wcześniejszych doświadczeniach autora;
- hipoteza potwierdzona wynikami ewaluacji innych, podobnych programów;
- hipoteza oparta na sprawdzonym modelu (modelach) teoretycznym.

### **6. Odbiorcy programu (grupa docelowa)**

#### **Standard**

Grupa docelowa i bezpośredni odbiorcy programu zostali wybrani na podstawie dokonanej oceny sytuacji początkowej i prawidłowego sformułowania problemu.

Program określa kryteria kwalifikacyjne grupy docelowej/odbiorców programu, a także kryteria wykluczające udział w programie. W przypadku programów kierowanych do wybranych grup populacji ogólnej lub przeznaczonych do realizacji w określonym środowisku lokalnym (np. jedna gmina), opisana jest wielkość grupy docelowej.

#### **Kryteria oceny:**

- grupa docelowa określona;
- określone kryteria kwalifikacji;
- określone kryteria wykluczenia;
- określona wielkość grupy docelowej.

## 7. Efekty

### Standard

Efekty programu są opisane w kategoriach specyficznych zmian (wzrostu, spadku, modyfikacji, wprowadzenia nowych jakości). Efekty dotyczące celu głównego powinny dotyczyć zmian zachowania. Efekty odnoszące się do celów szczegółowych programu mogą dotyczyć również zmian postaw, wiedzy, umiejętności, statusu, sposobu funkcjonowania oczekiwanych w rezultacie przeprowadzenia działań projektu. Efekty są mierzalne, specyficzne, znaczące, realistyczne, określone w czasie.

### Kryteria oceny:

- efekty dotyczą zachowania;
- efekty dotyczą postaw, wiedzy, umiejętności, – statusu, poziomu funkcjonowania;
- efekty sformułowane w kategoriach zmiany.

## 8. Wskaźniki

### Standard

Określony jest rodzaj danych mierzących sukces/postęp w programie. Wskaźniki powinny odnosić się i być adekwatne do celów: głównego i szczegółowych oraz planowanych efektów programu. Mogą dotyczyć realizacji poszczególnych działań programu. Wskaźniki powinny być mierzalne przy użyciu metod i narzędzi ilościowych lub opisane jakościowo.

### Kryteria oceny:

- wskaźniki dotyczą celów;
- wskaźniki dotyczą działań;
- wskaźniki mierzalne;
- wskaźniki adekwatne do celu i planowanych efektów.

## 9. Aktywności/działania

### Standard

Zaplanowane w programie aktywności i działania są szczegółowo opisane; ich rodzaj, długość i intensywność są określone i uzasadnione specyfiką grupy docelowej oraz osiągnięciem celu głównego i celów szczegółowych.

### Kryteria oceny:

- działania są szczegółowo opisane w mierzalnych terminach;
- rodzaj, intensywność, długość działań są dostosowane do specyfiki grupy docelowej;
- rodzaj, intensywność, długość działań są odpowiednie do celu/efektu.

## 10. Nakłady

### Standard

W programie uwzględnione i opisane są nakłady odpowiednie (pod względem ilościowym i jakościowym) do rozmiaru i rodzaju zaplanowanych aktywności oraz specyfiki programu (grupy docelowej).

Nakłady obejmują kadrę realizatorów, koordynatora, materiały pomocnicze dla uczestników, podręczniki dla realizatorów.

### Kryteria oceny:

- nakłady rzeczowe (materiały) są odpowiednie do rodzaju programu;
- nakłady osobowe (kadra) są odpowiednie do rodzaju programu.

## 11. Sposób implementacji

### Standard

Rekomendowany sposób wdrożenia projektu powinien uwzględniać:

- zapewnienie nadzoru nad jakością poprzez np. koordynację, cykliczne spotkania realizatorów, odpowiednie materiały;
- prowadzenie monitoringu;
- wprowadzanie zmian w programie w efekcie ewaluacji procesu;
- system szkolenia realizatorów;
- współpracę z lokalną społecznością i/lub organizacjami.

### Kryteria oceny:

- zapewniony nadzór nad jakością;
- wszystkie aspekty i aktywności programu mają zapewnione odpowiednie nakłady;
- prowadzony monitoring;
- uwzględnianie wyników ewaluacji procesu;
- zaplanowany system szkolenia;
- wdrożony system szkolenia.

## 12. Ewaluacja procesu

### Standard

Ewaluacja procesu jest standardem minimalnym. Może dotyczyć:

- jakości implementacji;
- satysfakcji uczestników.

Jest oparta na analizie wskaźników realizacji działań. Opisane są: harmonogram zbierania danych, osoby badane, metody, narzędzia i wyniki ewaluacji.



**Kryteria oceny:**

- plan ewaluacji z opisem metodologii;
- ewaluacja przeprowadzona;
- wyniki ewaluacji procesu.

**13. Ewaluacja wyniku****Standard**

Poprawna metodologicznie ewaluacja wyników została przeprowadzona.

Mogła być również przeprowadzona ewaluacja wyników nie spełniająca kryteriów RCT.

Opis metodologii badawczej powinien zawierać informacje na temat:

- schematu badawczego, w tym sposób doboru grupy (eksperymentalnej i porównawczej), wielkość próby;
  - badanej populacji – wiek, płeć, charakterystyka pod względem innych cech istotnych z perspektywy analizowanych zmiennych;
  - narzędzi i procedur zbierania i analizy danych.
- Źródła danych oraz narzędzia zbierania danych dotyczących wskaźników powinny być jasno określone i opisane. Preferowane są standardowe narzędzia. Narzędzia „autorskie” powinny być skonstruowane w sposób poprawny pod względem metodologicznym.

**Kryteria oceny:**

- ewaluacja – plan;
- ewaluacja – przeprowadzona;
- ewaluacja wewnętrzna;
- ewaluacja zewnętrzna;
- opis zastosowanego schematu badawczego;
- opis badanej populacji;
- opis narzędzi i procedury zbierania danych;
- opis metody analizy danych;
- wyniki ewaluacji.

**14. Źródła informacji na temat programu****Standard**

Dodatkowe informacje na temat programu zostały upowszechnione/są dostępne.

Źródła informacji mogą obejmować m.in.: publikacje w pismach naukowych i o charakterze edukacyjnym, prasie branżowej, publikacje za pośrednictwem internetu.

**Kryteria oceny:**

- publikacje popularne;
- publikacje naukowe;
- publikacje w internecie.

**15. Możliwość upowszechnienia programu****Standard**

Program został poddany ewaluacji procesu oraz wyniku. Rezultaty badań zostały opublikowane. Osiągnięty został przynajmniej jeden pozytywny rezultat odnośnie rozwiązania/modyfikacji problemu.

Dokumentacja programu (narzędzia, materiały, raporty) jest opracowana i udostępniona w formie publikacji. Program ma opracowany plan szerokiej implementacji, obejmujący m.in. nadzór nad jakością. Szczegółowe wytyczne odnośnie kwalifikacji kadry są sformułowane. Przygotowany jest system szkolenia realizatorów lub jego założenia (jeśli wdrożenie programu wymaga szczególnego przygotowania). Program posiada materiały niezbędne do realizacji programu, tj. podręczniki. Program może być kontynuowany po zaprzestaniu wsparcia np. centralnego (stabilność).

**Kryteria oceny:**

- dokumentacja programu w formie publikacji;
- przeprowadzona ewaluacja procesu (raport);
- przeprowadzona ewaluacja wyniku (raport);
- pozytywne rezultaty;
- opracowany plan implementacji;
- wytyczne dotyczące kadry;
- system szkolenia kadry;
- stabilność programu.

**STANDARDY – MATERIAŁY Z INTERNETU**

Prace nad standaryzacją programów profilaktycznych w obszarze uzależnień są prowadzone przez różne instytucje i gremia.

Warto polecić „Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych” autorstwa K. Wojcieszka i J. Szymańskiej prezentowane na stronie Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej: <http://www.cmppp.edu.pl/?q=node/16973>

Zawierają one opis najważniejszych wymagań, jakie współczesna nauka stawia twórcom, realizatorom i organizatorom szkolnych programów profilaktycznych.

Spójrzmy też na uregulowania bardziej specyficzne, dotyczące standardów postępowania terapeutów uzależnień. Na stronie <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/57> prezentowany jest „Kodeks etyczny terapeutów uzależnień” przyjęty i zatwierdzony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

*Redakcja*

*Wraz z rozwojem społeczeństwa informacyjnego komunikacja medialna nabrała szczególnego znaczenia. Warto, aby instytucje publiczne zdały sobie sprawę z tego, że współpraca z mediami może przyczynić się do zwiększenia skuteczności działań dotyczących ważnych tematów społecznych, np. przeciwdziałania zjawisku narkomanii.*

# WSPÓŁPRACA Z MEDIAMI NA POZIOMIE LOKALNYM JAKO NARZĘDZIE EDUKACJI PUBLICZNEJ

**Tomasz Zakrzewski**

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Szerokie dotarcie do odbiorcy jest możliwe tylko poprzez środki masowej komunikacji. Media produkują i sprzedają informację, modelują postawy i zachowania odbiorców. Jako filar demokracji posiadają wymierną siłę polityczną i biznesową. W związku z tym media stanowią istotną grupę docelową działań perswazyjnych ze strony zarówno komercyjnych podmiotów rynkowych, jak i instytucji publicznych pełniących misję społeczną. Współpraca z mediami stanowi jeden z istotnych obszarów działań *public relation*.

Przez *public relation (PR)* rozumiemy „proces zarządzania, który ocenia publiczne postawy, stara się wypracować strategię i procedury, których założenia oparte są na przekonaniach i zainteresowaniach społecznych oraz wdraża (...) programy w celu pozyskania społecznego zrozumienia i akceptacji dla działań prowadzonych przez organizację” (Moore, Canfield, 1977). Współpraca z mediami jako część działań PR jest więc jednym ze znaczących długofalowych procesów zarządzania organizacją.

W trudnej dziedzinie edukacji publicznej w obszarze uzależnień w wielu krajach Europy instytucje rządowe, samorządowe i obszar pozarządowy wypracowują specyficzne mechanizmy współpracy z mediami. W Polsce współpraca z mediami w sektorze non-profit jest w początkowej fazie rozwoju. W rozpoczynającym się cyklu artykułów będę starał się przybliżyć czytelnikom doświadczenia oparte na przykładach dobrych praktyk, pokazujące korzyści ze współpracy z mediami w celu spełnienia społecznej misji instytucji w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

## Po co nam media?

Nieobecność w mediach instytucji zarządzającej polityką uzależnień na poziomie lokalnym sprawia, że podejmowane działania są dla społeczeństwa niewidoczne – danej instytucji oraz tematyki, którą zajmuje się nie ma w świadomości społecznej. Brak wizerunku instytucji zmniejsza skuteczność podejmowanych przez nią działań, w ekstremalnych przypadkach uniemożliwia kształtowanie polityki zapobiegawczej.

Na korzyści działania poprzez środki masowej komunikacji można spojrzeć pod kilkoma względami.

## EFEKTYWNOŚĆ

Stała współpraca z dziennikarzami i ludźmi mediów zwiększa efektywność działań podejmowanych przez instytucję. Taka współpraca w obszarze edukacji społecznej zapobiega ponoszeniu kosztów związanych z koniecznością tworzenia własnych kanałów dystrybucji wiedzy i informacji, bo umożliwia wykorzystanie profesjonalnych sieci dzięki umiejętnej inspiracji i edukacji mediów. Poza tym skala oddziaływania na poszczególne grupy docelowe jest dużo szersza i na ogół pełniej obejmuje obszar działań danej instytucji na poziomie lokalnym. Dodatkową korzyścią jest możliwość „zmierzenia” wyemitowanej informacji, bo ilość przekazywanych komunikatów jest policzalna (ilość artykułów, audycji, innych form komunikacji).

## WIZERUNEK

Umiejętna współpraca z mediami w dziedzinie edukacji społecznej (także w zakresie zwalczania używania narkotyków) szybko poprawia wizerunek instytucji

i w konsekwencji wizerunek decydentów stojących za podejmowanymi działaniami. Pozytywny wizerunek kształtuje w świadomości odbiorców pozytywne skojarzenia dotyczące instytucji i problematyki, które – w perspektywie lat – budują zaufanie społeczne i chęć współuczestnictwa w podejmowanych działaniach, co w konsekwencji zwiększa w lokalnych społecznościach efektywność prowadzonych przez instytucję oddziaływań społecznych. Medialny przekaz pozytywnego wizerunku przekłada się także na bardziej pozytywną percepcję instytucji przez jej pracowników.

## ROZWÓJ

Współpraca z mediami wymusza doskonalenie zarówno produktu prezentowanego w środkach masowej komunikacji, jak i optymalizowanie funkcjonowania samej instytucji. Obecność instytucji i jej produktów w mediach wymusza poprawę komunikacji wewnątrz organizacji, lepszą współpracę pomiędzy działami, efektywniejszy dobór kadr. Współpraca z mediami inicjuje więc swoiste sprzężenie zwrotne rozwoju instytucji: staranie o lepszy wizerunek medialny poprawia jakość funkcjonowania instytucji, co zwiększa efektywność jej działania, a to polepsza jej wizerunek.

## WIEDZA

System komunikacji z mediami ma charakter dwukierunkowego przepływu informacji. Instytucja nie tylko przekazuje, ale także czerpie informacje i wiedzę na temat tego, co dzieje się w lokalnej społeczności oraz na temat tego, jakie skutki w tej społeczności wywołują jej działania. Dzięki współpracy z mediami możliwe jest korzystanie z dziennikarzy także jako źródła informacji zarówno dotyczących sytuacji w społeczności lokalnej, jak i jako źródła informacji zwrotnej na temat własnych działań podejmowanych przez instytucję na rzecz tej społeczności.

## KRYZYS

Pozytywne relacje z mediami można wykorzystać w sytuacji kryzysu – kiedy problem „zaognia się” lub „wybucha” i kiedy społeczność lokalna oczekuje interwencji ze strony władz lub innych instytucji. Współpraca z mediami pozwala w takiej sytuacji uspokoić środowisko poprzez informowanie o podejmowanych działaniach, umożliwia też wpływanie na treść komunikatów, co zapobiega podawaniu mylnych,

czasem wręcz szkodliwych informacji (zdarza się, że dziennikarz podaje np. błędne informacje na temat narkotyków, co tworzy dodatkowy problem, czasem konsekwencje błędnych informacji mogą zniweczyć lata pracy w dziedzinie profilaktyki). Jeśli system współpracy działa sprawnie, można zminimalizować straty lub nie dopuścić do ich powstania.

Zdawałoby się, że opisane wyżej korzyści są tak oczywiste, że system współpracy z mediami powinien być dla lokalnej administracji priorytetem. Jednak PR – jako narzędzie informacyjno-edukacyjne – jest w instytucjach publicznych niedoceniany. Działania na rzecz współpracy z mediami są albo niewystarczające, albo podejmowane w sposób akcyjny lub tylko tam, gdzie można liczyć na zysk (np. promocja turystyki przez gminę). Istnieje szereg powodów, dlaczego taki stan rzeczy utrzymuje się. Oto najważniejsze z nich:

### *niski poziom know how*

Brak świadomości znaczenia kontaktów z mediami czy ujmując zagadnienie szerzej – procesu zarządzania informacją – oraz brak wiedzy na temat, jak to robić, jest częstą przyczyną stagnacji i niepodjęcia działań w tym zakresie. Administracja wypełnia ustawowy obowiązek udostępniania informacji publicznej poprzez Biuletyn Informacji Publicznej. Są to jednak działania o charakterze informacyjnym, a nie komunikacyjnym – biernym, a nie aktywnym. *Public relation*, w tym strategia komunikacji z mediami, jest systemem oddziaływań uznawanym za zbyt nowatorski i drogi, w konsekwencji nadaje się mu niski priorytet.

### *monopol*

Istnienie administracji lokalnej nie zależy od jej działań w środkach masowej komunikacji i od jej wizerunku w mediach, w odróżnieniu od rynkowych firm komercyjnych czy organizacji pozarządowych starających się o fundusze. Wynika to z tego, że administracja lokalna nie ma konkurencji. Nawet popełnienie znaczącego błędu nie powoduje likwidacji urzędu, często nawet nie zagraża karierze jego reprezentantów.

### *pieniądz*

Niewystarczające budżety oraz mylne przeświadczenie decydentów o wysokich kosztach działań PR są częstym wytłumaczeniem niepodjęcia systemowych działań. Szereg narzędzi *public relation* nie wymaga dużych nakładów, przynosi zaś wymierne korzyści i instytucjom, i lokalnej społeczności.

W konsekwencji w przypadku działalności instytucji samorządowych czy pozarządowych na poziomie regionalnym lub lokalnym istnieje realny niewykorzystany potencjał prowadzenia działań komunikacyjnych i angażowania mediów do wsparcia realizacji misji rozwiązywania problemów społecznych. Zmiana tej sytuacji nie jest trudna, bo:

- nikomu nie zależy, by administracja czy organizacja pożytku społecznego funkcjonowała źle;
- organizacje finansowane z pieniędzy publicznych budzą naturalne zainteresowanie ze strony mediów i społeczności lokalnej;
- problematyka narkotyków i narkomanii jest „nośna” medialnie, m.in. dlatego, iż stanowi swego rodzaju społeczne tabu.

## Jak zacząć?

Rozpoczęcie długofalowej współpracy z mediami wymaga udzielenia odpowiedzi na kilka wstępnych pytań:

- Co chcemy osiągnąć rozpoczynając komunikację z mediami na poziomie lokalnym?
- Czy instytucja ma zdefiniowaną misję? Czy mamy wystarczającą wiedzę o problemie na poziomie lokalnym?

Wstępne pytania mają za zadanie określić naszą pozycję wyjściową oraz umożliwić sformułowanie długofalowych i krótkoterminowych celów procesu komunikacyjnego.

- Jakie media istnieją na naszym obszarze?
- Należy przeprowadzić rozpoznanie rynku medialnego na planowanym obszarze działania, zarówno wśród mediów lokalnych, jak i lokalnych struktur mediów o charakterze ogólnopolskim czy regionalnym.
- Jaka jest charakterystyka tych mediów? Do kogo docierają? Jaki mają zasięg?

Następnym krokiem jest zdefiniowanie profilu mediów (struktury własności, profilu politycznego i rynkowego) oraz zdiagnozowanie zasięgu poszczególnych mediów i ich grup docelowych.

- Jakie były dotychczasowe kontakty z mediami?
- Jakie tematy interesowały dziennikarzy?
- Kolejnym krokiem jest skatalogowanie dotychczasowych doświadczeń instytucji z mediami. Działanie ma na celu znalezienie odpowiedzi na pytania szcze-

gółowe: jakie media interesowały się dotychczas organizacją, czym konkretnie interesowały się, czy i jaki był efekt pytań dziennikarskich?

- Czy instytucja, którą reprezentujemy, jest wiarygodna, niewiarygodna czy obojętna dla mediów?

Powyższe pytanie ma za zadanie określić efektu dotychczasowych doświadczeń z mediami. W jaki sposób jesteśmy postrzegani przez media? Czy istniały sytuacje kryzysowe w organizacji, które wpływały na wizerunek instytucji w przeszłości? Jaki wizerunek instytucji mają dziennikarze?

Pięć powyższych pytań ma charakter wstępnej analizy sytuacji, która powinna umożliwić określenie wstępnych kierunków działań. Odpowiedź na te pytania stanowi początek procesu tworzenia systemu komunikacji. Konieczne jest zaplanowanie i ustrukturalizowanie dalszych etapów, co zapewni orientację, w którym miejscu się znajdujemy. Strukturę procesu działań PR prezentuje tabela na stronie 43.

## Podsumowanie

Wiele czynników, w tym m.in. zinstytucjonalizowany charakter administracji lokalnej, brak praktycznej wiedzy oraz niskie budżety, nie skłania do podejmowania na szerszą skalę działań komunikacyjnych w obszarze *public relation*. PR jest najczęściej prowadzony *ad hoc* i nie stanowi zintegrowanego systemu komunikacji. Mam nadzieję, że rozpoczęty w tym numerze Serwisu cykl artykułów na temat kształtowania relacji z mediami w obszarze uzależnień, będzie przybliżać podstawową wiedzę z tego obszaru i zainspiruje do samodzielnych kontaktów z mediami wspomagających działania w obszarze edukacji publicznej na poziomie lokalnym.

## Bibliografia

- Flis J., „Samorządowe public relations”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Giedroń K., „Public relation w administracji”, Alpha Pro Sp. z o.o., Warszawa 2004.
- Jabłoński W., „Kreowanie informacji. Media relations”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Knecht Z., „Racjonalne public relations. Budowa działu, instrumenty, studia przypadków”, C.H. Beck, Warszawa 2005.
- Knecht Z., „Public relations w administracji publicznej”, C.H. Beck, Warszawa 2006.
- Moore H. F., Canfield B. R., „Public relations. Principles, cases, and problems”, R. D. Irwin, 1977.



Etapy procesu	Charakterystyka etapów
<b>Poziom wiedzy i umiejętności wyjściowych</b> – <i>know how</i>	Na tym etapie powinniśmy określić, czy mamy wiedzę i umiejętności, które pozwolą nam na stworzenie systemu komunikacji z mediami. Aby skutecznie porozumiewać się z mediami, należy poznać pracę mediów „od wewnątrz”. Znajomość uwarunkowań dotyczących sprzedaży informacji, trybu pracy dziennikarzy, redakcji, producentów pozwoli nam stworzyć system komunikacji i działać efektywniej. Musimy także zebrać i skatalogować wiedzę i zasoby na temat przedmiotu naszych działań – czyli wszystko, co wiemy o narkotykach i narkomanii na poziomie lokalnym.
<b>Analiza dotychczasowych doświadczeń</b>	Na tym etapie musimy zebrać wszystkie dotychczasowe doświadczenia z mediami. Należy skatalogować informacje: z jakimi dziennikarzami mieliśmy kontakty, z jakich mediów, jakie pytania zadawali, czy możemy ustalić ich dane kontaktowe, gdzie i jakie ukazały się informacje o instytucji do tej pory, gdzie i jakie ukazały się informacje o problematyce narkomanii w lokalnej społeczności, których źródłem była nasza instytucja, jaki wizerunek instytucji prezentują dotychczasowe publikacje, czy doświadczenia ze współpracy z dziennikarzami były dobre czy złe?
<b>Analiza otoczenia</b>	Etap ma na celu sformułowanie opisu i oceny otoczenia medialnego i otoczenia samej instytucji. Należy stworzyć listę mediów, zebrać informację na temat ich działalności, a następnie podzielić media ze względu na zasięg, grupy docelowe oraz czy instytucja i w jaki sposób współpracowała z daną stacją/gazetą. Z drugiej strony należy zidentyfikować grupy zewnętrzne, które będzie można w przyszłości wykorzystać do współpracy z mediami (np. lokalne NGO, instytucje państwowe, lokalni eksperci w dziedzinie uzależnień, lokalni liderzy, znani lokalni dziennikarze niekoniecznie zajmujący się problematyką ochrony zdrowia, potencjalni partnerzy biznesowi itp.).
<b>Analiza wewnątrzinstytucjonalna</b>	Na tym etapie musimy poznać zaplecze oraz charakterystykę własnej instytucji, by w przyszłości móc usprawnić wewnętrzne zarządzanie informacją. Bez optymalizacji przepływu informacji wewnątrz organizacji nasza praca nie odniesie sukcesu. Należy dokładnie poznać strukturę organizacyjną, czy i jakie osoby są odpowiedzialne za przepływ informacji, jak wygląda komunikacja między działami, gdzie są „wąskie gardła” przepływu informacji w instytucji, jak wygląda proces decyzyjny, jaki jest klimat wewnątrz organizacji, czy w instytucji jest dział <i>public relation</i> lub osoba zajmująca się kontaktami z mediami, jakie działy i jakie osoby mają prawo kontaktować się z mediami i w jakich obszarach działalności, czy przewidziano na działania PR budżet, w jakiej wysokości, czy i w jaki sposób można go wydzielić lub lobbować za jego podwyższeniem?
<b>Planowanie działań strategicznych</b>	Na tym etapie formułujemy strategię opartą na celach. Cele powinny być uwarunkowane analizą przeprowadzoną na wcześniejszych etapach. Cele muszą mieć charakter dwustopniowy. Cele pierwszego stopnia to: usprawnienie komunikacji wewnętrznej, cele informacyjno-promocyjne. Cele drugiego rzędu to: cele wizerunkowe, perswazyjne i antykrzysowe. Strategia powinna opierać się na misji i zawierać konkretny program oddziaływań.
<b>Etap I realizacji – tworzenie zaplecza i struktur, bazy wiedzy i dziennikarzy</b>	Jest to etap bezpośredniego działania, gdzie należy spisać wyniki analiz i strategię, pozyskać dziennikarzy do współpracy, stworzyć optymalne warunki pracy wewnątrz instytucji, stworzyć zewnętrzne grupy eksperckie i grupy patronackie.
<b>Etap II realizacji – informacja, promocja, kształtowanie wizerunku</b>	To wstępny etap związany z poinformowaniem i stworzeniem „marki” instytucji na rynku medialnym – etap pozycjonowania wizerunku.
<b>Etap III realizacji – filtrowanie i stymulowanie informacji perswazyjnej, zapobieganie kryzysom</b>	Kluczowy etap „wykorzystywania mediów” do celów edukacyjnych i informacyjnych w obszarze zapobiegania negatywnym zjawiskom. Także rozpoczęcie procesu edukowania mediów.
<b>Monitorowanie działań</b>	Zebranie informacji zwrotnych i dokonanie oceny działań.

*Monitoring lokalny w Niemczech prowadzony jest w dwóch miastach, w których rozwinęły się sceny narkotykowe. W Hamburgu i we Frankfurcie nad Menem udało się przekonać decydentów do stworzenia systemów monitorujących problem narkotyków i narkomanii. Mimo pewnych różnic oba systemy są do siebie podobne i korzystają z takiego samego zakresu metod.*

# MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA PRZYKŁADZIE FRANKFURTU I HAMBURGA

Artur Malczewski

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

Definiując monitoring, należy podkreślić, że jest on systematyczną, często naukową, zawsze powtarzaną i stałą obserwacją wybranych aspektów rzeczywistości, prowadzoną w celu podjęcia na czas działań zapobiegawczych. Celem monitoringu realizowanego w Niemczech jest uchwycenie specyfiki lokalnej problemu narkomanii i alkoholu oraz analiza trendów i dynamiki zjawiska używania substancji psychoaktywnych. Dostarczanie jak najbardziej aktualnych i adekwatnych danych stanowi podstawę planowania i prowadzenia działań o charakterze polityczno-porządkowym, jak również profilaktycznych i leczniczych. Wnioski wyciągnięte z analizy informacji zebranych w ramach monitoringu pozwalają na bezpośrednie i adekwatne podejmowanie decyzji i wdrażanie działań. Dodatkowym elementem zbierania i analizowania danych jest możliwość skutecznego reagowania na fałszywe i przesadzone prezentowanie problemu. O praktycznym charakterze monitoringu świadczy fakt, że jedno z badań ewaluacyjnych oferty niskoprogowej posłużyło później za wzór do badań przeprowadzanych w ramach systemu monitorowania w jednym z miast w Niemczech. Warto przyjrzeć się doświadczeniom niemieckim, ponieważ stanowią one dobry wzór organizowania monitorowania problemu narkotyków. Należy podkreślić, że omawiane projekty są rozbudowanymi systemami zbierania i analizy zjawiska, ale wprowadzone w Niemczech rozwiązania można stosować jako moduły do wykorzystania we własnej obserwacji zjawiska używania substancji psychoaktywnych na poziomie lokalnym.

## Metody stosowane w niemieckim monitorowaniu

Cechą charakterystyczną niemieckich systemów jest oparcie monitorowania przede wszystkim na badaniach ilościowych i jakościowych. W ramach metod jakościowych badań są przedstawiciele środowisk użytkowników oraz instytucji zajmujących się problematyką uzależnień. Stosuje się wywiady grupowe tzw. *focus groups* oraz pogłębione wywiady indywidualne. W ramach technik ilościowych przeprowadzane są badania w szkołach. Dane od instytucji reagujących na problem narkotyków i narkomanii (np. policja, pomoc społeczna) nie są stałą częścią systemu monitorowania we Frankfurcie nad Menem i Hamburgu, stanowią dodatkowy element, mimo to w kilku istotnych punktach także służą do opracowywania raportu.

## Wywiady z osobami kluczowymi (key persons)

W Hamburgu przestrzeń miejska została podzielona na miejsca i środowiska, z których reprezentantami przeprowadza się wywiady indywidualne. Badanymi są zarówno użytkownicy narkotyków, np. z subkultur młodzieżowych, jak również osoby zajmujące się młodzieżą, np. z kościoła czy klubu młodzieżowego. W ramach wywiadów indywidualnych badanych jest około 25 osób z różnych środowisk. Ponadto tworzy się cztery grupy fokusowe (każda od 6 do 8 osób), składające się z różnych przedstawicieli młodzieży – są to:

użytkownicy nielegalnych substancji, osoby, które nie są użytkownikami nielegalnych substancji, użytkownicy legalnych substancji, osoby, które nie używają legalnych substancji. Badanie przeprowadzane jest corocznie.

We Frankfurcie nad Menem prowadzone są wywiady panelowe, czyli co roku w wywiadach grupowych biorą udział te same osoby. Ten element monitoringu nazywany jest *panelem trendscount*. W jego ramach badani są przedstawiciele różnych instytucji zajmujących się problemem narkotyków i narkomanii w mieście: od przedstawiciela policji, po pracownika ulicznego. Wywiad zaczyna się od przedstawienia ostatnich obserwacji przez reprezentantów poszczególnych instytucji, co stanowi wstęp do dyskusji na temat sytuacji w mieście. W drugiej części panelu omawiane są aktualne tematy wynikające z poprzednich rund eksperckich lub innych modułów monitoringu. Dynamika grupy pozwala na weryfikowanie mało wiarygodnych opinii oraz ich korekcję.

Ponadto w pogłębionych panelowych wywiadach grupowych badani są także przedstawiciele poszczególnych grup młodzieżowych, które mają lub mogą mieć kontakt z narkotykami. Opisują oni zjawisko narkomanii oraz zmiany w ich grupie.

W przypadku badań panelowych istnieje ryzyko „wypadania” osób z grup badanych, szczególnie w przypadku młodzieży z grup subkulturowych. Respondenci mogą przestać być kluczowym informatorem dla badania, ponieważ nie są już członkami grupy, na temat której zbierane są informacje w ramach projektu. W takim wypadku rekrutowana jest nowa osoba.

Dodatkowym modułem monitoringu we Frankfurcie jest badanie sceny. Specyfika sytuacji narkotykowej pozwala na przeprowadzenie badania na otwartej scenie narkotykowej – na terenie dworca kolejowego. Co dwa lata w formie rozmowy *face-to-face* ankietowanych jest około 150 użytkowników narkotyków. Zbierane informacje dotyczą: wzorów konsumpcji, korzystania z pomocy, stanu zdrowia, codziennego funkcjonowania, sytuacji na rynku narkotykowym, cen i jakości substancji. Wyniki badań użytkowników narkotyków publikowane są w formie oddzielnego raportu.

## Badania młodzieży szkolnej

W obydwu miastach realizuje się ankietowe badania młodzieży. Stanowią one jedno z głównych źródeł in-

formacji dla systemu monitorowania. Uczniowie pytani są o używanie substancji psychoaktywnych, postawę w stosunku do nich oraz dostępność. W Hamburgu, oprócz uczniów, badani są również nauczyciele, co stanowi cenne uzupełnienie wypowiedzi młodzieży. Badaniem objętych jest około 200-300 nauczycieli oraz od 2000 do 2500 uczniów w wieku powyżej 14 lat. Operatem stosowanym do losowania była lista szkół w Hamburgu (490 placówek). Schemat doboru do badania zakładał losowy dobór czterostopniowy, co oznacza, że najpierw losowano szkoły spośród pięciu ich typów, potem według dzielnic, następnie brano pod uwagę indeksy społeczne w dzielnicach. W efekcie stworzono listy alfabetyczne nazw ulic, na których znajdują się szkoły. Badanie było przeprowadzane w pierwszych czterech szkołach z każdej listy. Najprawdopodobniej w 2009 roku na potrzeby badań szkolnych w Hamburgu zostanie zakupiony autobus wyposażony w laptopy. Uczniowie będą wypełniać ankiety na zainstalowanych w nim komputerach.

## Ograniczenia i problemy

Ewaluacja zjawiska narkomanii ze względu na jego dynamiczny charakter stanowi wyzwanie dla osób zajmujących się jego opisywaniem i analizą. W niemieckich systemach zidentyfikowano kilka problemów, z których mogą wynikać ograniczenia w interpretacji i analizie danych, jak również takie, które trzeba rozpatrzyć planując i prowadząc monitoring lokalny. Pojawianie się nowych grup użytkowników narkotyków z nowymi wzorami konsumpcji stanowi często wyzwanie dla osób prowadzących monitoring. Kluczowi informatorzy objęci badaniem reprezentują już monitorowane sceny młodzieżowe w mieście. Nowa subkultura czy środowisko na scenie narkotykowej oznacza znalezienie kolejnego kluczowego informatora. Jakość uzyskanych danych zależy od wartości osoby pozyskanej do badania, ponieważ od jej informacji zależy, w jakim stopniu otrzymamy prawdziwy obraz interesującego nas środowiska. Oprócz poruszonego problemu dostępu do nowych grup użytkowników narkotyków lub potencjalnych użytkowników, możemy spotkać się także z problemem oceny rozmiarów opisywanego zjawiska. Nowe wzory używania najczęściej uchwycimy stosując przede wszystkim techniki badań jakościowych. Trudno jest jednoznacznie ocenić na podstawie badań tego typu,

na ile nowa substancja lub nowy sposób jej użycia jest sytuacją incydentalną i obejmuje wąską grupę użytkowników, a na ile stanowi realny problem i wyzwanie dla działań profilaktycznych czy leczniczych. Warto wziąć pod uwagę powyższe zastrzeżenia i starać się analizować uzyskane informacje pod kątem ich wiarygodności.

## Bibliografia

Baumgartner T., Link C.L., „Local monitoring System on Drug Use – Concept, Methods and Results”; maszynopis dostępny w CINN.  
Sierosławski J., Bukowska B., Jabłoński P., „Monitorowanie narkotyków na poziomie lokalnym”, KBPN 2007.

# BADANIA W OBSZARZE NARKOMANII – WSPARCIE ZE STRONY KRAJOWEGO BIURA

Artur Malczewski

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

W 2007 roku Krajowe Biuro wyszło z inicjatywą mającą na celu wspieranie rozwoju badań nad problemem narkotyków i narkomanii. Jedną z głównych przeszkód w prowadzeniu badań w Polsce są ograniczone środki finansowe. Dlatego też podjęto decyzję o stworzeniu specjalnego budżetu, w ramach którego instytucje badawcze otrzymywałyby wsparcie finansowe. Przygotowany został komunikat zachęcający podmioty zajmujące się tematyką badań w obszarze narkomanii do składania wniosków do Krajowego Biura. Powyższe działanie jest realizacją jednego z obszarów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010, który mówi o *inicjowaniu i wspieraniu badań naukowych w obszarze redukcji popytu na narkotyki przyczyniających się do lepszego zrozumienia zjawiska narkomanii*.

Informacja o ofercie została umieszczona na stronie Krajowego Biura oraz przesłana drogą mailową do członków Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami. Komunikat dotyczący składania wniosków na drugą edycję znajduje Państwo na łamach obecnego Serwisu.

Otwarta formuła ogłoszenia, nie precyzująca dokładnie, o badanie jakiego aspektu zjawiska narkomanii chodzi, miała na celu umożliwienie składania projektów dotyczących różnorodnych zagadnień problemu narkotyków. Przyjęcie takiego założenia mogło jednak stanowić pewną trudność dla wnioskodawców.

Dotychczasowa działalność komórki Krajowego Biura odpowiedzialnej za działalność badawczą – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, koncentrowała się przede wszystkim na zlecaniu i prowadzeniu badań

dotyczących głównie epidemiologii zjawiska narkomanii. Opisywana inicjatywa ma za zadanie rozszerzyć zakres finansowanych przez Krajowe Biuro badań, a ponadto dać szansę innym, nowym instytucjom badawczym, dotychczas z nami nie współpracującym, na otrzymanie środków z Krajowego Biura.

W odpowiedzi na tegoroczne ogłoszenie wpłynęło dziesięć projektów. Swoje propozycje przesłały zarówno uniwersytety, jak i organizacje pozarządowe. Każdy z przedłożonych projektów został przekazany do recenzji osobie nie związanej z ośrodkiem badawczym wnioskodawcy, ale będącej znawcą tematyki, której dotyczył wniosek. Większość propozycji została zrecenzowana przez dwie osoby. Po otrzymaniu recenzji komisja złożona z pracowników Krajowego Biura i naukowców Instytutu Psychiatrii i Neurologii dokonała ostatecznego wyboru pięciu projektów. Jeden z wnioskodawców wycofał swój wniosek, a trzy podmioty zostały poproszone o uzupełnienie projektów. Nie wszystkie podmioty przedłożyły projekty według przedstawionego w komunikacie wzoru. Zwracamy uwagę, aby przed przesłaniem oferty do Krajowego Biura sprawdzić, czy została ona przygotowana według zalecanego schematu. Ważnym elementem projektu jest poprawne przygotowanie narzędzi badawczych, za pomocą których realizatorzy będą weryfikować założoną hipotezę badawczą. Należy też szczegółowo opisać dobór próby oraz metodologię badania. Nie zawsze powyższe części projektu były dobrze przygotowane, na co zwrócili uwagę recenzenci wniosków. Warto poprzeć



zawarte w ofercie dane literaturą oraz powołać się na inne podobne badania, co świadczy o wiedzy i przygotowaniu wnioskodawcy do prac nad projektem.

W tym roku czekamy na kolejne propozycje projektów badawczych, które mogą zostać sfinansowane z środków Krajowego Biura. Termin składania ofert upływa 29 września. Do połowy grudnia poinformujemy o wynikach zgłoszenia ofert badawczych. Prosimy o zapoznanie się z treścią komunikatu opublikowanego poniżej.

Ponadto mogą Państwo aplikować również o środki unijne. Informacje na temat możliwości sfinansowania badań z tego źródła znajdują się na stronie Biura oraz pod adresem [http://ec.europa.eu/justice\\_home/funding/intro/funding\\_rights\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice_home/funding/intro/funding_rights_en.htm). Polecamy także odwiedzenie strony Grupy Pompidou Rady Europy, na której badacze z krajów europejskich mogą się zarejestrować i szukać partnerów do współpracy (<http://www.pgregister.coe.int/Pompidou/WebForms/Accueil.aspx>).

## KOMUNIKAT W SPRAWIE ZGŁASZANIA OFERT BADAWCZYCH

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zwraca się z prośbą do podmiotów zajmujących się tematyką badawczą o składanie propozycji realizacji projektów badawczych w obszarze przeciwdziałania narkomanii.**

Wyrażamy przekonanie, że wspieranie badań naukowych dotyczących narkomanii, poprzez rozszerzanie ich zakresu przedmiotowego oraz metodologicznego, w istotnym stopniu przyczynia się do rzetelnego poznania zjawiska narkotyków i narkomanii.

W 2008 roku jesteśmy zainteresowani następującymi obszarami badawczymi:

1. Zagadnienia zdrowia publicznego w kontekście problemu narkomanii.
2. Polityka wobec substancji psychoaktywnych.
3. Polityka społeczna w kontekście problemu narkomanii.
4. Używanie narkotyków w wybranych grupach: badania ilościowe i jakościowe.
5. Używanie narkotyków z alkoholem.
6. Postawy wobec problemu narkotyków i narkomanii.
7. Społeczny kontekst używania substancji psychoaktywnych.
8. Psychospołeczne uwarunkowania narkomanii.
9. Badania ewaluacyjne w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Projekt może mieć na celu eksplorowanie już występujących zjawisk na scenie narkotykowej. Nie precyzujemy dokładnie obszaru badania czy metody badawczej, ponieważ liczymy na Państwa różne propozycje.

Zapraszamy zainteresowane podmioty do składania swoich propozycji według poniższego schematu:

- I. Nazwa instytucji realizującej projekt.
- II. Adres i dane kontaktowe, w tym e-mail.
- III. Doświadczenie instytucji i/lub osób realizujących badanie.
- IV. Opis projektu zawierający m.in.:

- cel badania/hipotezy badawczej;
- metody badawcze;
- grupy badania;
- efekty badania;
- planowany czas trwania badania w miesiącach;
- przybliżone koszty;
- udział własny, w tym inne źródła finansowania.

W przypadku pytań prosimy o kontakt z pracownikami Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii tel. 022 641-15-01 lub [nfpp@kbpn.gov.pl](mailto:nfpp@kbpn.gov.pl)

Propozycje prosimy przysyłać na adres: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa do dnia 29 września br. O wynikach powiadomimy Państwa najpóźniej do 10 grudnia.

Realizacja ciekawych, spełniających oczekiwania Krajowego Biura projektów badawczych może zostać sfinansowana ze środków Biura. Komunikat nie ma charakteru postępowania o udzieleniu zamówienia publicznego. Złożenie propozycji nie jest wiążące dla obydwu stron.

## OGŁOSZENIE

**w sprawie konkursu na uzyskanie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia.**

**Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0-22) 641 15 01, fax (0-22) 641 15 65, [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

na podstawie:

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

*Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. Nr 132, poz. 931)*  
**ogłasza konkurs na uzyskanie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia w zakresie: specjaliści terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.**

W konkursie mogą brać udział podmioty nie będące osobami fizycznymi i nie zaliczane do sektora finansów publicznych, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń.

### **Oferta powinna zawierać następujące informacje:**

- imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania i adres albo nazwę (firmę) i adres siedziby oferenta,
- formę organizacyjno-prawną oferenta,
- numer wpisu oferenta do właściwego rejestru,
- planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia,
- szczegółowe informacje na temat doświadczenia podmiotu szkolącego w prowadzeniu szkoleń z zakresu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- szczegółowe informacje o kwalifikacjach kadry wskazanej do realizacji programu,
- szczegółowe informacje na temat zawartości merytorycznej i czasu trwania programu,
- program szkolenia,
- miejsce prowadzenia szkolenia, opis bazy dydaktycznej (sale wykładowe, sale do prowadzenia warsztatów) oraz wyszczególnienie posiadanych środków dydaktycznych (rzutniki multimedialne, rzutniki do slajdów, magnetowid, odtwarzacz DVD itp.),
- kryteria i sposób naboru uczestników szkolenia oraz planowaną liczbę uczestników,
- opis sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności w trakcie szkolenia,
- opis systemu wewnętrznego monitorowania jakości kształcenia,
- całkowity koszt programu szkoleniowego wraz z kosztorysem szczegółowym,
- opis prowadzonej dokumentacji z przebiegu procesu rekrutacji uczestników szkolenia,
- szczegółowe informacje dotyczące sposobu organizowania staży klinicznych,
- szczegółowe informacje dotyczące sposobu organizowania superwizji klinicznej.

### **Ocena ofert:**

Oceny ofert dokonuje komisja konkursowa powołana przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Oferta oraz podmiot szkolący zostaną poddane ocenie pod względem spełniania wymagań określonych w wymienionych na wstępie aktach prawnych.

### **Oferta zostanie oceniona w szczególności pod względem:**

- zawartości merytorycznej programu szkolenia i czasu trwania szkolenia,

- sposobu organizowania staży klinicznych<sup>1</sup>,
- sposobu organizowania superwizji klinicznych<sup>2</sup>,
- sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia,
- posiadania właściwego, wewnętrznego systemu monitorowania jakości kształcenia,
- posiadanej bazy dydaktycznej adekwatnej do planowanej liczby uczestników szkolenia,
- kwalifikacji zawodowych kadry realizującej program.

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

Ofertę należy składać w formie pisemnej, w 3 egzemplarzach w zamkniętych kopertach, na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Krajowego Biura lub w jego siedzibie w godz. 9.00–16.00 (od poniedziałku do piątku). Na kopercie należy umieścić napis „Konkurs-szkolenie”. **Do złożonych ofert pisemnych prosimy dołączyć ofertę w formie elektronicznej na płycie CD.**

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

### **Oferty prosimy kierować na adres:**

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,  
02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54

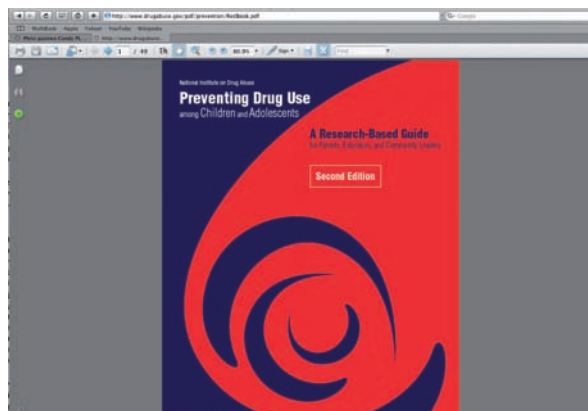
do dnia **23 czerwca 2008 roku** (decyduje data nadania lub osobistego złożenia w sekretariacie Krajowego Biura). Ofertę złożoną po terminie zwraca się bez otwierania.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do dnia **31 lipca 2008 roku**.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu. Oferent jest związany ofertą do dnia **31 lipca 2008 roku**, z zastrzeżeniem sytuacji, w której Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zmienia termin rozstrzygnięcia konkursu. Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie również prawo do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

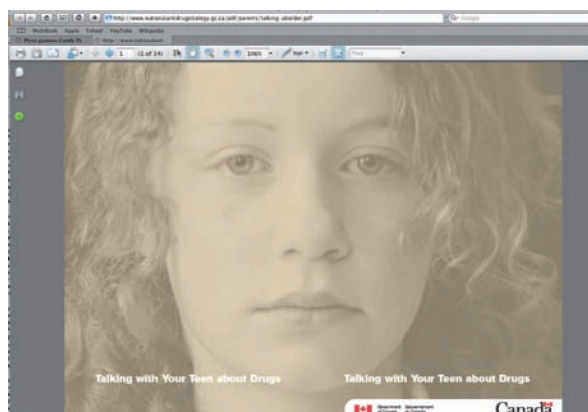
<sup>1,2</sup> Procedury prowadzenia staży oraz superwizji klinicznej znajdują się na stronie Krajowego Biura [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) w Dziale Certyfikacja.

# INTERNET – PUBLIKACJE DO ŚCIĄGNIĘCIA



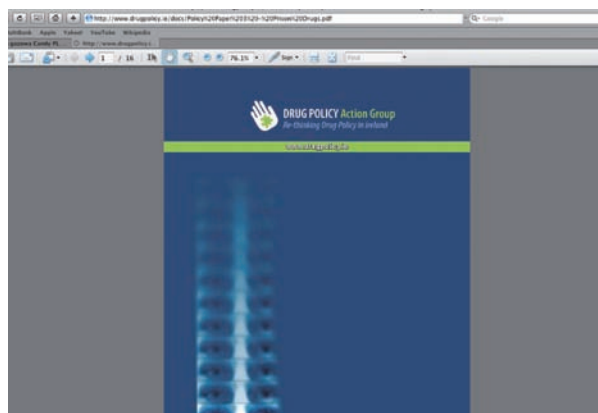
## PODRĘCZNIK PREWENCJI

„Czerwona książka” to bardzo popularne w USA kompendium wiedzy o profilaktyce. Publikacja została wydana na 30-lecie NIDA i jest adresowana do edukatorów, rodziców i liderów lokalnych społeczności. Założeniem autorów było przekazanie informacji w sposób maksymalnie zwięzły i czytelny dla odbiorcy. Na stronie <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf> znajdziemy tylko wiedzę opartą na obiektywnych badaniach najbardziej efektywnych programów profilaktycznych, zebranych na przestrzeni ostatnich lat w USA. Przewodnik jest podzielony na 5 rozdziałów. Pierwszy dotyczy czynników ryzyka oraz czynników chroniących, drugi – planowania prewencji antynarkotykowej w lokalnej społeczności, trzeci objaśnia, w jaki sposób zastosować zasady profilaktyki do tworzenia efektywnych programów, czwarty, najciekawszy, przedstawia kilkadziesiąt krótkich opisów przeanalizowanych programów w podziale na „programy uniwersalne” oraz „programy selektywne” w odniesieniu do trzech poziomów rozwoju szkolnego dzieci i młodzieży, piąty zaś jest zbiorem informacji na temat najlepszych praktyk badawczych w obszarze profilaktyki narkotykowej.



## POROZMAWIAJ Z DZIECKIEM O NARKOTYKACH

Narodowa Strategia Antynarkotykowa w Kanadzie powstała dzięki wsparciu trzech ministerstw: Sprawiedliwości, Bezpieczeństwa Publicznego i Zdrowia. Broszura do ściągnięcia „Porozmawiaj z dzieckiem o narkotykach” (<http://www.nationalantidrugstrategy.gc.ca/pdf/parents/talking-aborder.pdf>) prezentuje podstawowe informacje na temat narkotyków oraz edukuje rodziców, jak prowadzić skuteczną profilaktykę w domu. Publikacja ma za zadanie zaszczepić w rodzinie odpowiednie postawy względem narkotyków. Rodzic powinien przede wszystkim przestrzegać czterech zasad: „bądź dobrze poinformowany”; „komunikuj się ze swoim dorastającym dzieckiem”; „zwracaj uwagę na sygnały ostrzegawcze”; „dowiedz się więcej na temat narkotyków i narkomanii”, by być partnerem do rozmów dla swojego dziecka. Kanadyjska broszura zawiera zdjęcia poszczególnych narkotyków, ramki wyróżniające najważniejsze informacje do zapamiętania oraz telefony zaufania w każdym ze stanów. Stworzenie Narodowej Strategii było spowodowane faktem, że w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił wzrost o 67% użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych wśród młodych Kanadyjczyków.



## POLITYKA NARKOTYKOWA W IRLANDZKICH WIĘZIENIACH

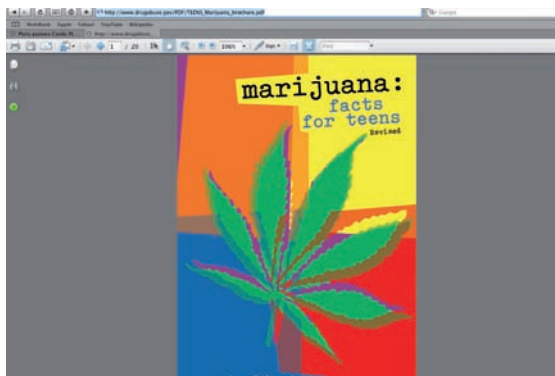
Polityka narkotykowa w zakładach karnych to wyzwanie dla każdego z krajów UE. Broszura dotycząca głównych założeń polityki antynarkotykowej w systemie więziennictwa w Irlandii prezentowana jest na stronie <http://www.drugpolicy.ie/docs/Policy%20Paper%2003%20-%20Prison%20Drugs.pdf>. Ukazuje ona obecny stan wiedzy i różne podejścia do tego problemu. Głównym założeniem strategii opracowanej przez członka DPAG Poula O'Mahony jest urealnienie polityki, dostosowanie jej do rzeczywistej sytuacji i możliwości systemu więziennictwa.

Autor wychodzi z założenia, że dotychczasowa strategia Totally Drug-Free Prison jest skazana na porażkę, ponieważ jest nierealistyczna i oparta na przesłankach życzeniowych. W niniejszej publikacji odnajdziemy podejście wywodzące się z koncepcji harm reduction, którego głównym celem jest redukcja przemocy oraz wypadków związanych z destruktywnym i ryzykownym braniem narkotyków. Postuluje się także rozwój i tworzenie nowych

programów leczenia substytucyjnego w więzieniach oraz zmianę podejścia z „akcentującego kontrolę” na podejście psychologiczno-medyczne. Wynikiem nowej strategii powinno być otwarcie systemu więziennictwa na usługi terapeutów-profesjonalistów spoza więzień.



# INTERNET – PUBLIKACJE DO ŚCIAĞNIĘCIA



## MARIHUANA – FAKTY DLA NASTOLATKÓW

Sieć internetowa oferuje szereg bezpłatnych materiałów na temat narkotyków i narkomanii, które można przeglądać oraz pozyskiwać z całego świata. Ograniczeniem jest bariera językowa, ale zasoby stron anglojęzycznych są niezwykle bogate. Na portalu National Institute on Drug Abuse (USA) można znaleźć dużą ilość materiałów edukacyjnych na temat narkotyków w formatach doc i pdf w języku angielskim i hiszpańskim. Misją NIDA jest promowanie informacji naukowych na temat zjawiska narkomanii wśród różnych grup docelowych.

Wyróżniają się materiały przeznaczone dla młodzieży, opatrzone ciekawą szatą graficzną. Na stronie [http://www.drugabuse.gov/PDF/TEENS\\_Marijuana\\_brochure.pdf](http://www.drugabuse.gov/PDF/TEENS_Marijuana_brochure.pdf) polecamy ulotkę

na temat marihuany, która w sposób przystępny ukazuje 17 aspektów związanych z THC. Od definicji, poprzez informacje na temat przyczyn i skutków zażywania marihuany, negatywnych efektów związanych z prowadzeniem pojazdów i wpływu na rozwój płodu, oddziaływań na centralny układ nerwowy, do obalania mitów rozpowszechnianych w Internecie na temat „pozytywnych aspektów palenia” czy wykorzystywania marihuany w medycynie. Podstawą przekazu jest prezentacja rzetelnych informacji w formie krótkich haseł. Całość broszury, wzbogaconej zdjęciami i wypowiedziami nastolatków, dobitnie informuje o potencjale uzależniającym THC. W publikacji zamieszczono adresy placówek leczenia odwykowego w USA.



## POZYTYWNE WIBRACJE – PRZEGLĄD DZIAŁAŃ ZA 2007 ROK

Positive Futures – to nazwa narodowego programu profilaktyki skierowanego do młodych Brytyjczyków. Głównym celem programu jest promowanie wśród młodzieży aktywności i alternatywnych form spędzania czasu wolnego, ze szczególnym naciskiem na sport. Program ma za zadanie – poprzez budowanie pozytywnych relacji pomiędzy dorosłymi a młodzieżą – promować „nowy, pozytywny styl życia”, oparty na kształtowaniu cech osobowości jako głównym czynnikiem chroniącym m.in. przed uzależnieniami.

Opublikowany pod adresem <http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/183400/positivefuturesreview?view=Standard&pubID=484507> raport jest kompilacją opisu narodowego programu i osiągniętych efektów. W programie od października

ka 2006 roku do marca 2007 roku wzięło udział około 30 tysięcy młodych ludzi, w tym 28% dziewcząt. W porównaniu z rokiem poprzednim 39% to nowi uczestnicy programu zajęć alternatywnych. Warto zwrócić uwagę na fakt, że aż 76% uczestników programu „wytrzymało” w nim ponad 12 tygodni, dzięki czemu oddziaływania profilaktyczne odniosły sukces. Prezentowany raport jest oparty na studium kilku przypadków, co pokazuje program „od wewnątrz”, poprzez uczestników prowadzonych zajęć. Największym zainteresowaniem cieszyły się zajęcia sportowe, którym patronowała fundacja dużych klubów piłkarskich w Wielkiej Brytanii.

*Wyboru dokonał: Tomasz Zakrzewski, KBPN*



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto: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](mailto:biuro@praesterno.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne