



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (57) 2012

NR 1

2012

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

zakończyła się polska prezydencja w Radzie UE. Trwała 184 dni. Szef prestiżowego ośrodka badawczego – Europejskiej Rady Spraw Zagranicznych Mark Leonard zwrócił uwagę na zaangażowanie Polaków. „To było coś w rodzaju moralnego przywództwa, Polska starała się przypominać wszystkim o interesie europejskim i o odpowiedzialności krajów członkowskich za europejski projekt”. W bieżącym numerze Serwisu staramy się podsumować rezultaty działań dotyczących problematyki narkomanii, prowadzonych w ramach polskiej prezydencji.

Istotnym problemem omawianym na forum europejskim była ocena funkcjonowania systemu poddawania kontroli nowych substancji psychoaktywnych, które działają jak narkotyki, ale nie są nielegalne. Dawid Chojecki relacjonuje wyniki ewaluacji istniejących procedur, z której wynika, że umieszczanie niebezpiecznych substancji pod kontrolą jest zbyt powolne (na przykład BZP umieszczono pod kontrolą po 15, a mefedron po 12 miesiącach od przedstawienia stosownego raportu).

Polecam artykuł Janusza Sierosławskiego, który opisuje wyniki ostatniej edycji badań młodzieży ESPAD. Co prawda, większość wskaźników dotyczących substancji nielegalnych uległa zmniejszeniu, ale – po spadku w roku 2007 – wzrosło rozpowszechnienie używania marihuany/haszyszu. W dalszym ciągu polska młodzież jest zagrożona przez używanie legalnych substancji psychoaktywnych. Co do wzrostu doświadczeń młodzieży z przetworami konopi, autor formułuje dwie alternatywne hipotezy: wg pierwszej nie tyle nastąpił wzrost rejestrowany w pomiarze z 2011 roku, co dane zebrane w 2007 roku były zaniżone, w związku z ówczesną restrykcyjną polityką wychowawczą systemu edukacji, skłaniającą badanych do ukrywania doświadczeń z narkotykami. Druga hipoteza wskazuje na rosnące przekonanie młodzieży o mniejszym – w porównaniu z innymi narkotykami – ryzyku szkód związanych z używaniem przetworów konopi. Mogło to spowodować wzrost ich konsumpcji, dodatkowo wzmocniony zablokowaniem dostępu do łatwo wcześniej dostępnych „dopalaczy”, reklamowanych jako substancje bezpieczne.

W związku z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie pod koniec 2011 roku, chcę zwrócić uwagę na artykuł Doroty Wieczorek, omawiający procedury umożliwiające rejestrację specjalistów do spraw uzależnień zainteresowanych współpracą z organami wymiaru sprawiedliwości w zakresie przeprowadzania wywiadów na temat używania narkotyków przez oskarżonego. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzi ewidencję uprawnionych ekspertów.

Artykuł Bernadety Lelonek-Kulety „Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnozy” kontynuuje podjętą przez Krajowe Biuro, w związku z powołaniem Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, tematykę uzależnień behawioralnych. Autorka – na podstawie przeglądu literatury – określa kryteria umożliwiające zdefiniowanie zjawiska uzależnień czynnościowych. Cenna jest prezentacja wyboru stosowanych na świecie oraz w Polsce narzędzi umożliwiających diagnozę wybranych uzależnień behawioralnych.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

PIOTR JABŁOŃSKI ORAZ WALDEMAR KRAWCZYK – POLSKA PREZYDENCJA W OBSZARZE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII	2
---	---

Współpraca międzynarodowa

POLSKA PREZYDENCJA W RADZIE UE – AKTYWNOŚCI W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOTYKOM I NARKOMANII	
<i>Łukasz Jędruszek</i>	7
EWALUACJA FUNKCJONOWANIA DECYZJI RADY EUROPY O WYMIANIE INFORMACJI, OCENIE RYZYKA I KONTROLI NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	
<i>Dawid Chojecki</i>	10

Uzależnienia behawioralne

UZALEŻNIENIE OD CZYNNOŚCI – ZDEFINIOWANIE POJĘCIA, SPECYFIKA PROBLEMU ORAZ KIERUNKI DIAGNOZY	
<i>Bernadeta Lelonek-Kuleta</i>	13

Prawo

NOWE ROZWIĄZANIE PRAWNE I NOWE ZADANIA DLA SPECJALISTÓW TERAPII UZALEŻNIEŃ	
<i>Dorota Wieczorek</i>	19
KALENDARIUM WYDARZEŃ	21
RAPORT RZECZNIKA PRAW PACJENTA OSÓB UZALEŻNIONYCH	
<i>Agnieszka Sieniawska</i>	22

Profilaktyka

MINIMALNE EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE, LECZENIU I REDUKCJI SZKÓD	
<i>Artur Malczewski</i>	26
STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE – NOWY PODRĘCZNIK DLA SPECJALISTÓW ZAJMUJĄCYCH SIĘ PROFILAKTYKĄ	
<i>Artur Malczewski</i>	29

Leczenie, redukcja szkód

ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW – CHARAKTERYSTYKA SYSTEMU MONITOROWANIA W POLSCE	
<i>Marta Struzik, Katarzyna Sollich</i>	32

Badania, raporty

UŻYWANIE ALKOHOLU I NARKOTYKÓW PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ – WYNIKI BADANIA ESPAD	
<i>Janusz Sierosławski</i>	35

Społeczności lokalne

MONITOROWANIE ZJAWISKA NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA TERENIE GMINY OPOLE W ROKU 2011	
<i>Marek Łabudziński</i>	39

Akcje społeczne

NARKOTYKI? NA CO MI TO! PODSUMOWANIE KAMPANII	
<i>Dorota Olszewska</i>	45

Badania, raporty

WSPIERANIE PROJEKTÓW BADAWCZYCH DOTYCZĄCYCH PROBLEMATYKI NARKOTYKÓW I NARKOMANII PRZEZ KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII	
<i>Marta Struzik</i>	47

Internet

SERWISY PROFILAKTYCZNE DLA MŁODZIEŻY	III i IV okładka
--	------------------

POLSKA PREZYDENCJA W OBSZARZE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII



Piotr Jabłoński



Waldemar Krawczyk

– Polska prezydencja w Unii Europejskiej objęła okres od lipca do grudnia 2011 roku. Jednym z obszarów zaangażowania naszego kraju była problematyka przeciwdziałania narkomanii. Jak Panowie oceniają działania Polski na tym polu?

Waldemar Krawczyk: Myślę, że warto zacząć od naszych przygotowań, które zaczęły się dosyć dawno. O prezydencji myśleliśmy przynajmniej od kilku lat. Od samego początku mieliśmy określoną wizję, że nasza prezydencja w obszarze przeciwdziałania narkomanii ma być zrównoważona. Wyróżniliśmy trzy elementy: ograniczenie podaży narkotyków, wpływ na ograniczenie popytu, z uwzględnieniem różnych form reagowania w tym obszarze, oraz rozwój współpracy z państwami trzecimi, spoza Unii Europejskiej. W związku z tymi głównymi celami w skład zespołu prezydencji weszli przedstawiciele Policji, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ministerstwa Spraw Zagranicznych – żeby właśnie zapewnić równowagę.

Piotr Jabłoński: Trzeba pamiętać, że w Unii Europejskiej w dziedzinie narkotyków i narkomanii obowiązują różne od polskich rozwiązania organizacyjne. W Polsce ministrem wiodącym w sprawach związanych z narkotykami jest minister zdrowia, natomiast w Unii Europejskiej sprawy narkotyków leżą w gestii Rady Ministrów Spraw Wewnętrznych i Sprawiedliwości. W konsekwencji więc czołową grupą ekspertów w Horyzontalnej Grupie ds. Narkotyków są w polskim przypadku przedstawiciele instytucji egzekwujących prawo – reprezentanci Komendy Głównej Policji i Centralnego Biura Śledczego. W trakcie

Z Piotrem Jabłońskim – dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Waldemarem Krawczykiem z Centralnego Biura Śledczego Komendy Głównej Policji, przewodniczącym Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków, rozmawia Tomasz Kowalewicz

przygotowań do prezydencji szukaliśmy takiej formuły naszych działań, która by odzwierciedlała zrównoważone podejście do problematyki ograniczenia popytu i podaży i pozwalała nam na ukazanie związków pomiędzy tymi działaniami.

W czasie przygotowań musieliśmy częściowo zweryfikować nasze plany, ponieważ pojawił się problem nowych substancji psychoaktywnych, czyli „dopalaczy”. Niespodziewanie zderzyliśmy się w Polsce z tym zjawiskiem i nie było to konsekwencją tego, że „dopalacze” stały się głośnym faktem medialnym. „Dopalacze” dotknęły zdrowia publicznego, zagroziły temu zdrowiu i bezpieczeństwu publicznemu. Jednocześnie okazało się, że jest to temat w zasadzie ignorowany przez Unię Europejską i większość krajów unijnych. Zdecydowaliśmy się go poruszyć i to on w sposób zdecydowany doprowadził do przeformułowania celów prezydencji. Koledzy z Centralnego Biura Śledczego przygotowali pakt przeciw narkotekom syntetycznym.

– Czyli pakt związany z „dopalaczami”?

Piotr Jabłoński: Między innymi z „dopalaczami”. Wracając do naszych priorytetów związanych z prezydencją, to z punktu widzenia podaży, za główny priorytet uznaliśmy ograniczenie podaży narkotyków syntetycznych. Wcześniej został przyjęty pakt przeciwko heroinie i kokainie, a ponieważ Europa jest zarówno producentem, jak i dużym konsumentem narkotyków syntetycznych, i jest to niewątpliwie wielki problem, to uznaliśmy, że konieczny jest również pakt przeciwko narkotekom syntetycznym.

– *Czy pojęcie „narkotyki syntetyczne” to synonim „dopalaczy”?*

Waldemar Krawczyk: Nie, właśnie chciałem to wyjaśnić. Na początku myśleliśmy o klasycznych narkotykach syntetycznych, takich jak amfetamina, metamfetamina czy ecstasy – narkotykach dobrze znanych i popularnych. Problem „dopalaczy” rozszerzył zakres naszego działania. Jeszcze przed rozpoczęciem polskiej prezydencji zaczęliśmy przekonywać inne państwa i Komisję Europejską do tego, że trzeba zająć się również „dopalaczami”. Po tej sytuacji, która się w Polsce wydarzyła i w związku z wynikami badań przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Leków, okazało się, że „dopalacze” są nowymi narkotykami syntetycznymi. W każdym specyfiku tej kategorii był – jako substancja aktywna – jakiś narkotyk syntetyczny. Dlatego problematykę „dopalaczy” włączyliśmy do priorytetu dotyczącego narkotyków syntetycznych, jednocześnie namawiając inne państwa członkowskie, również Komisję, żeby zmienić nomenklaturę. Wydaje mi się, że jednym z istotnych sukcesów polskiej prezydencji jest to, że przestało się mówić o „dopalaczach”, a zaczęło się mówić o nowych substancjach psychoaktywnych, co sugeruje, że są to potencjalne narkotyki. Pakt, o którym mówiłem, i który – z punktu widzenia podaży – był głównym celem polskiej prezydencji, zawiera cztery elementy. Pierwszy – to ograniczenie produkcji klasycznych narkotyków syntetycznych, takich jak na przykład amfetamina. Drugim jest ograniczenie przemytu narkotyków zarówno do Unii Europejskiej, jak i z Unii Europejskiej do państw trzecich. Trzecim elementem są nowe narkotyki syntetyczne, czyli „dopalacze”, i czwarty element to wspólne szkolenia w Unii Europejskiej dotyczące likwidacji nielegalnych laboratoriów produkujących właśnie tego typu substancje.

– *Posługujecie się Panowie pojęciem „pakt” związanym z tymi czterema obszarami. Czy to pojęcie ma jakieś szczególne znaczenie?*

Waldemar Krawczyk: Ten dokument, który przygotowaliśmy, nosi oficjalną nazwę „Europejski Pakt Przeciwko Narkotynom Syntetycznym”. Został przyjęty przez Radę Ministrów Spraw Wewnętrznych wszystkich państw członkowskich. Są w nim zapisane konkretne działania, które muszą podjąć państwa członkowskie. A więc dokument ma charakter zobowiązania, dlatego nazywa się paktem.

Piotr Jabłoński: Okres naszej prezydencji zbiegł się ze zbliżającym się zakończeniem ostatniej strategii i planu działania Unii Europejskiej. W związku z tym planowaliśmy rozpoczęcie dyskusji na temat przyszłej strategii europejskiej i przyszłego planu pracy. Te zamierzenia zostały nieco zweryfikowane przez fakt, że toczący się formalny proces zamówionej przez Komisję Europejską zewnętrznej ewaluacji dotychczasowej strategii europejskiej, bardzo się opóźnił. Lepiej jest dyskutować o przyszłości, gdy ma się jakąś zewnętrzną ocenę dotychczas realizowanych działań.

Drugim tematem, na którego podjęciu bardzo nam zależało,

była sprawa narkotyków w ruchu drogowym, zagrożeń powodowanych przez kierowców siadających za kierownicę pod wpływem innych substancji niż alkohol. Natomiast w związku z głównym, jak się okazało, tematem naszej prezydencji, tj. problemem nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”), przeprowadziliśmy chyba najdłuższą w historii Grupy Horyzontalnej debatę tematyczną, która trwała ponad sześć godzin. Praktycznie wszystkie kraje członkowskie miały w niej swoje wystąpienia i – co najdziwniejsze – była to bardzo twórcza dyskusja. Nikt nie czekał, aż to się wreszcie skończy. Była to naprawdę bardzo rzetelna i wielopłaszczyznowa debata na temat narkotyków.

Waldemar Krawczyk: Chciałbym dodać, że ta debata była na tyle owocna, że na jej podstawie przygotowaliśmy konkluzje Rady Unii Europejskiej dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, przyjęte przez ministrów spraw wewnętrznych i sprawiedliwości.

W czasie przygotowań do prezydencji musieliśmy częściowo zweryfikować nasze plany, ponieważ pojawił się problem nowych substancji psychoaktywnych, czyli „dopalaczy”. „Dopalacze” dotknęły zdrowia publicznego, zagroziły temu zdrowiu i bezpieczeństwu publicznemu. Jednocześnie okazało się, że jest to temat w zasadzie ignorowany przez Unię Europejską i większość krajów unijnych.

– *Co takiego się stało, że zmieniła się postawa wobec „dopalaczy”? Bo mówili Panowie, że wcześniej „dopalacze” były lekceważone przez inne kraje.*

Piotr Jabłoński: Przez jednych lekceważone, przez drugich niedostrzegane, a jeszcze przez innych niedoceniane. Wiele rzeczy się zmieniło. Po pierwsze, zaczynając dyskusję, mieliśmy w ręku argumenty. Mogliśmy nie tylko opowiadać o tym, że „dopalacze” są niebezpieczne, ale również mogliśmy pokazać jednoznaczne wyniki badań. Zarówno wyniki badań populacyjnych, diagnozujących style konsumpcji „dopalaczy” w środowisku młodych Polaków, jak i wyniki badań przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Leków i inne instytucje. Główny Inspektorat Sanitarny zabezpieczył ponad 8 tys. próbek. W większości zbadanych próbek znaleziono substancje psychoaktywne, a znaczący ich odsetek zawierał substancje zakazane. Ważnym argumentem był fakt, że ponad 35% tych preparatów zawierało cztery lub więcej substancji psychoaktywnych. Te wszystkie fakty mogliśmy przedstawić krajom członkowskim. Ważnym elementem naszych przygotowań było to, że szukając sojuszników dla celów strategicznych naszej prezydencji, za głównego naszego partnera wybraliśmy Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Lizbonie. Zorganizowaliśmy specjalne spotkanie z Centrum, w którym wzięła udział delegacja z udziałem wiceministra zdrowia Adama Fronczaka. W trakcie spotkania przedstawiliśmy fakty i dane, którymi dysponowaliśmy i uzyskaliśmy bardzo duże wsparcie EMCDDA, które uznało, że „dopalacze” stanowią rzeczywiście realne zagrożenie i że polskie propozycje wpisują się bezpośrednio w priorytety EMCDDA i Systemu Wczesnego Ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych.

– *Jakie Unia ma możliwości, żeby wpływać na politykę narkotykową poszczególnych państw, na przykład spowodować, żeby państwa członkowskie zintensyfikowały walkę z „dopalaczami”.*

Waldemar Krawczyk: Unia ma możliwość rekomendowania konkretnych środków do wprowadzenia na listę substancji kontrolowanych. Oczywiście, każde państwo może samodzielnie podejmować decyzje o wprowadzeniu danej substancji na listę, ale praktycznie, jeśli Unia sugeruje, że jakaś substancja ma być wpisana na listę, to państwa członkowskie muszą ją wpisać.

Ta procedura okazuje się jednak mało efektywna, ponieważ od momentu pojawienia się nowej substancji do podjęcia decyzji przez Radę Unii Europejskiej, że substancja ma być kontrolowana, mija mniej więcej od półtora roku do dwóch lat. Państwa członkowskie mają jeszcze rok na wprowadzenie substancji na listę, czyli w sumie mijają trzy lata. W konsekwencji w odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych to jest tak, jakby w ogóle nie były kontrolowane. Bo my w ciągu roku wykrywamy 90 nowych substancji psychoaktywnych. Wprowadzimy je na listę, a w tym

czasie powstają nowe.

Piotr Jabłoński: Działania Unii w sposób widoczny unaocznili swoją niską efektywność. Kiedy zapadła unijna decyzja o rozważeniu kontrolowania obrotu mefedronem, rozpoczął się długi proces oceny i ewaluacji. Gdy podjęto decyzję o zarekomendowaniu takiego rozwiązania, to okazało się, że większość krajów członkowskich, na czele z Polską, mefedron już dawno zdelegalizowało. Mechanizm, mimo swojej spójności, okazał się być narzędziem pasywnym i długotrwałym, nieprzystosowanym do nowej rzeczywistości. Podkreślona więc została ko-

nieczność zmiany podejścia i sposobu myślenia o nowych narkotykach. W dyskusji podjęto temat tzw. podejścia generycznego, czyli takiego, które nie definiuje tylko i wyłącznie pojedynczej substancji, co dotychczas umożliwiało producentom różnych produktów zabawę w kotka i myszkę z systemem kontroli, gdyż poprzez niewielką zmianę struktury substancji, co odróżniało ją od substancji kontrolowanej, praktykowano jej legalną sprzedaż. Rozważane jest definiowanie całych grup substancji. Po raz pierwszy byłaby możliwość

Jednym z sukcesów polskiej prezydencji jest to, że w Europie przestało się mówić o „dopalaczach”, a zaczęło się mówić o nowych substancjach psychoaktywnych, co sugeruje, że są to potencjalne narkotyki. Polska jest teraz uznawana za lidera, jeśli chodzi o rozwiązywanie problemów dotyczących narkotyków syntetycznych. Właściwie nic się teraz nie dzieje bez zapraszania Polaków jako ekspertów.

zdefiniowania substancji, które potencjalnie mogą mieć działanie psychoaktywne, a które jeszcze się na rynku nie pojawiły. Myślę, że to jest chyba największa zmiana w myśleniu o kontroli narkotyków, choć jej wdrożenie napotyka na poważne kontrowersje legislacyjne.

Waldemar Krawczyk: Warto też wspomnieć o innym pomysle, który pojawił się na forum. Polska zaproponowała stosowaną już w kraju procedurę umożliwiającą czasowe zatrzymanie obrotu konkretnym produktem.

– *Na czym polega ta procedura?*

Waldemar Krawczyk: Chodzi o to, żeby można było zablokować sprzedaż produktu, co do którego istnieje podejrzenie, że jest niebezpieczny. Zawiesić jego sprzedaż do czasu uzyskania obiektywnych danych laboratoryjnych jednoznacznie rozstrzygających, czy jest on bezpieczny, czy też nie.

Piotr Jabłoński: Jeszcze innym polskim pomysłem jest postulat, żeby nie działać wyłącznie na polu legislacji antynarkotykowej, tylko poszukać nowych możliwości ograniczania podaży środków psychoaktywnych poprzez akty prawne regulujące np. bezpieczne produkty, zdrową żywność, produkty farmaceutyczne.

– *Jakie jeszcze działania w obszarze przeciwdziałania narkomanii były podejmowane w trakcie polskiej prezydencji?*

Waldemar Krawczyk: Kolejnym wymiarem, o którym należy wspomnieć, jest wymiar międzynarodowy. Założyliśmy sobie – jeszcze przed polską prezydencją – że naszym obszarem priorytetowym będzie Europa Wschodnia, co jest oczywiste w przypadku narkotyków i naszego położenia geograficznego. Podjęliśmy w tej sprawie wiele działań na różnym poziomie oraz w różnych formach. Jednym z najważniejszych było zorganizowanie w Warszawie konferencji Unia Europejska – Europa Wschodnia. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele wszystkich państw Partnerstwa Wschodniego i Rosja oraz wszystkie państwa Unii Europejskiej. Spotkanie umożliwiło wypracowanie mapy drogowej współpracy w zakresie ograniczenia podaży narkotyków pomiędzy Unią Europejską a Europą Wschodnią. Również w naszej Horyzontalnej Grupie ds. Narkotyków opracowaliśmy konkluzje Rady Unii Europejskiej dotyczące współpracy pomiędzy Unią

Europejską a Europą Wschodnią. Te konkluzje zostały przyjęte również przez ministrów spraw wewnętrznych i sprawiedliwości. W konkluzjach jest mowa o zamieszczeniu wniosków z konferencji w dokumencie unijnym, w którym są wytyczne podstawowe kierunki działań podejmowanych we współpracy ze Wschodem. Głównie dotyczą one prekursorów do produkcji narkotyków, ponieważ duża część prekursorów trafia do Europy właśnie poprzez Europę Wschodnią lub z Europy Wschodniej jako regionu źródłowego. Duży nacisk położono na współpracę zarówno z przemysłem, jak i z firmami cywilnymi. Nie jest to jeszcze na Wschodzie stosowane podejście, dlatego zachęcanie służb antynarkotykowych do dobrowolnej współpracy z firmami, które produkują chemikalia, jest bardzo ważne. W konkluzjach dotyczących Europy Wschodniej znalazł się także blok dotyczący nowych substancji psychoaktywnych, bo w czasie trwania naszej prezydencji ten problem zaczął się przenosić na Wschód i coraz więcej tego typu substancji zaczęło się pojawiać w tym regionie. Myślę, że istotnym wskaźnikiem sukcesu polskich działań w Grupie Horyzontalnej jest zwrócenie się aktualnej duńskiej prezydencji do Polski z prośbą o to, żeby dialogi polityczne w ramach ich prezydencji dalej były prowadzone przez naszych przedstawicieli. Polska prowadziła wcześniej te dialogi z Ukrainą, Rosją, Azerbejdżanem, Gruzją, Armenią, Mołdową oraz ze Stanami Zjednoczonymi, Ameryką Łacińską i Karaibami. Potrafiliśmy pokazać, że jesteśmy kreatorami dialogu międzynarodowego. Na tyle skutecznymi – co zostało zauważone – że inny kraj poprosił nas, żebyśmy kontynuowali tę naszą filozofię podejścia do prowadzenia tych dialogów. Przedstawicielom Centralnego Biura Śledczego i Ministerstwa Spraw Zagranicznych udało się wprowadzić trochę inną jakość do tych rozmów – mniej formalne prezentowanie stanowisk, a bardziej dialog właśnie i rzeczywiste zainteresowanie tym, co jest istotne dla drugiej strony.

Piotr Jabłoński: Istotnym elementem była zmiana formuły dialogów. One stawały się fasadowym zjawiskiem, obowiązywała niezmienna agenda: my mówiliśmy, co w Unii Europejskiej, oni – z grubsza – opowiadali, co się dzieje u nich i w zasadzie na tym spotkanie się kończyło. W trakcie naszej prezydencji zaproponowaliśmy, żeby dialogi skupiły się na konkretnych problemach. Spotkania zaczęły być tematyczne i objęły cały świat: całą Amerykę Łacińską, Stany Zjednoczone, całe Part-

nerstwo Wschodnie i Rosję. Wszędzie wprowadziliśmy formułę dyskusowania o tym, co dla danego państwa jest najbardziej istotne. Na przykład okazało się, że dla Ameryki Łacińskiej to wcale nie kokaina, o której zawsze się rozmawiało, jest w tej chwili najważniejszym problemem, ale właśnie narkotyki syntetyczne. Od pewnego czasu niektóre państwa w Ameryce Południowej (a zwłaszcza Meksyk) stały się znaczącymi producentami narkotyków syntetycznych. Z drugiej strony oni nie mają żadnego doświadczenia w walce z przestępczością narkotykową związaną z syntetykami i zapoczątkowanie dyskusji o syntetykach i wspieranie tych państw w tym właśnie zakresie okazało się bardzo istotne. To jeden z przykładów, jak zmieniły się kontakty międzynarodowe. Z tego też między innymi względu Duńczycy poprosili nas o kontynuowanie tych dialogów. Nie przypominam sobie takiej sytuacji, żeby w czasie czyjejkolwiek prezydencji inne państwo członkowskie niż sprawujące prezydenturę przewodniczyło tym dialogom. Jest to niewątpliwie uznanie naszej pracy w tym zakresie.

– A jakie są konsekwencje prezydencji polskiej na gruncie wewnętrznym?

Piotr Jabłoński: Nie możemy powiedzieć, że dzięki prezydencji coś „w narkotykach” definitywnie załatwiliśmy. Na to, co się dzieje, można spojrzeć jak na specyficzną grę. Z jednej strony my zainteresowaliśmy Europę pewną grupą tematów i doprowadziliśmy do powstania masy krytycznej, dzięki której przestaliśmy walczyć o zrozumienie, z drugiej natomiast zaczęliśmy uczestniczyć w realnych działaniach na poziomie całej Unii. Obserwujemy teraz działania pojawiające się w innych krajach, które wpływają na nasze stanowiska. Pomaga nam to w znajdowaniu rozwiązań skutecznych na naszym gruncie. Nie jest tak, że dzięki paktowi czy konkluzjom Rady Unii Europejskiej zlikwidowaliśmy problemy. Dalej trzeba monitorować sytuację, szukać nowych rozwiązań i to nas nadal w Polsce czeka. Jednak dzięki temu, co dzieje się na poziomie Unii i w innych krajach członkowskich, jest nam łatwiej. Nie jesteśmy już w tym dialogu sami. Możemy z innymi rozmawiać i wspólnie szukać skuteczniejszych rozwiązań. Zostało również zainteresowanie sprawami międzynarodowymi. Ważne jest, że jesteśmy partnerem międzynarodowej dyskusji, że dzięki polskiej prezydencji rozwijana jest

współpraca z Partnerstwem Wschodnim i z Rosją. Wpływa to zarówno na walkę z przestępczością narkotykową, jak i na sprawy związane z profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją. Dużo ludzi przecież przyjeżdża stamtąd do Polski. Ważne jest, żeby tam również powstawały programy lecznicze, żeby tam również efektywnie radzono sobie z chorobami zakaźnymi. Unia Europejska nie zamyka się na Bugu. Problemy za tą granicą też na nas wpływają, a my możemy na nie pozytywnie oddziaływać.

Waldemar Krawczyk: Warto podkreślić, że Polska jest teraz uznawana za lidera, jeśli chodzi o rozwiązywanie problemów dotyczących narkotyków syntetycznych. Z jednej strony jest to dla nas bardzo przyjemne, bo właściwie nic się teraz nie dzieje bez zapraszania Polaków jako ekspertów, z drugiej zaś nakłada to na nas zobowiązania na przyszłość. Pod auspicjami Komitetu Bezpieczeństwa Wewnętrznego Unii Europejskiej rozpoczęła się implementacja Europejskiego Paktu przeciwko Narkotykom Syntetycznym. Jednym z priorytetów Komitetu jest ograniczanie przestępczości związanej z narkotykami syntetycznymi. Implementacja w tym zakresie odbywa się poprzez grupę EMPACT, której przewodniczę. Na podstawie Paktu wypracowaliśmy cele strategiczne dla państw unijnych i cele operacyjne, które będą podejmowane w ciągu najbliższych dwóch lat. Ważne, że Komisja Europejska zapewnia finansowanie realizacji tych celów, więc nie tylko mamy wpływ na to, co powinno być robione, ale także mamy środki na realizację. Uczestnictwem w implementacji jest zainteresowanych 16 państw członkowskich. We wszystkich jest problem z narkotykami (a nie wszędzie w Europie narkotyki syntetyczne stanowią problem).

– Czy rozdziałem pieniędzy zajmuje się też ta grupa?

Waldemar Krawczyk: Rozdziałem pieniędzy zajmuje się Komisja Europejska, ale priorytetem dla niej jest realizacja celów określonych przez naszą grupę. W tej chwili jeśli jakikolwiek wniosek o grant jest odniesiony do naszych celów strategicznych i operacyjnych, to ma on pierwszeństwo w realizacji. Na najbliższe dwa lata Komisja Europejska przeznaczyła 4 mln euro na realizację projektów w ramach tego priorytetu. I to jest kwota, za którą można przeprowadzić konkretne działania.

– Dziękuję za rozmowę.

Jednym z priorytetów Polski w czasie przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej były nowe narkotyki syntetyczne, w tym „dopalacze”. Z perspektywy niemal pięciu miesięcy od zakończenia polskiej prezydencji wydaje się, że kierunek ten był właściwy. Jeszcze na początku 2011 roku problem nowych narkotyków syntetycznych dostrzegała i poruszała na forum UE głównie Polska – dziś kwestia ta stanowi ważny punkt europejskiej debaty na temat narkotyków i narkomanii.

POLSKA PREZYDENCJA W RADZIE UE – AKTYWNOŚCI W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOTYKOM I NARKOMANII

Łukasz Jędruszk

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

1 lipca 2011 roku Polska rozpoczęła półroczną prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. W tym czasie przedstawiciele Polski kierowali pracami Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (HDG). Horyzontalna Grupa jest jedną z 250 grup roboczych Rady UE. Zajmuje się ona koordynacją polityk antynarkotykowych na poziomie Unii. Jej horyzontalny charakter polega na tym, iż spaja ona i koordynuje kwestie związane z narkotykami na poziomie innych grup roboczych Rady Unii, zarówno w obszarze redukcji podaży, jak i popytu.

Pracami polskiej prezydencji kierowało Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji, a w skład zespołu prezydencji weszło Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ministerstwo Spraw Zagranicznych, odpowiedzialne za współpracę z państwami trzecimi – nienależącymi do Unii Europejskiej.

Prezydencja była szansą do promowania tych rozwiązań związanych z ograniczeniem podaży i popytu na narkotyki, które naszym zdaniem były istotne zarówno dla Polski, jak i całej Unii Europejskiej.

Do priorytetów polskiej prezydencji na forum HDG należały następujące zagadnienia:

- zapobieganie prowadzeniu pojazdów mechanicznych pod wpływem substancji odurzających,
- przeciwdziałanie dostępności narkotyków syntetycznych, w tym tzw. dopalaczy,
- rozwijanie współpracy z państwami Europy Wschodniej i Kaukazu w zakresie zapobiegania narkomanii.

Polska, chcąc zyskać przychylność Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i Komisji Europejskiej dla realizacji swych priorytetów, zwróciła się z prośbą do EMCDDA o zorganizowa-

Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków, Poznań, 21-22 listopada 2011 r.



nie spotkania, którego celem było wypracowanie zasad współpracy pomiędzy polską prezydencją a Komisją Europejską i EMCDDA oraz omówienie wspólnych działań dotyczących tzw. dopalaczy. Postanowiono, że spotkanie to odbędzie się w dniach 6-8 marca 2011 roku w Lizbonie. W skład delegacji polskiej weszli m.in. Adam Fronczak – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, przewodniczący Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Zbigniew Fijałek – dyrektor Narodowego Instytutu Leków, przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Centralnego Biura Śledczego KGP, a także Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W wyniku konsultacji Komisja i EMCDDA zgodziły się z priorytetami polskiej prezydencji.

Poniżej przedstawiamy najważniejsze wydarzenia, które miały miejsce podczas półrocznej polskiej prezydencji.

- W pierwszym tygodniu lipca w Warszawie odbyła się konferencja „Europejska kampania w sprawie narkotyków” (*European Action on Drugs – EAD*), zorganizowana przez Komisję Europejską we współpracy z polską prezydencją. „Europejska kampania w sprawie narkotyków” miała na celu stworzenie platformy podnoszącej świadomość obywateli UE w zakresie narkotyków i związanych z nimi zagrożeń. Kampania zachęcała także do większego zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego w działania mające na celu przeciwdziałanie narkomanii. Spotkanie w Warszawie poświęcone było działaniom realizowanym na poziomie europejskim w zakresie nowych narkotyków syntetycznych, ze szczególnym naciskiem na tzw. dopalacze. Program konferencji uwzględniał m.in. przedstawienie działań Unii Europejskiej oraz instytucji i organizacji wspomagających społeczeństwo obywatelskie w zakresie profilaktyki przeciwdziałania narkomanii. Krajowe Biuro zaprezentowało doświadczenia Polski w obszarze profilaktyki „dopalaczy” (m.in. ogólnopolską kampanię „Dopalacze mogą cię wypalić”) oraz badania epidemiologiczne tego zjawiska.
- W dniach 17-18 lipca 2011 roku przedstawiciele polskiej prezydencji, reprezentując całą Unię Europejską, wzięli udział w międzynarodowym sympozjum zorganizowanym w Montrealu w Kanadzie. Było ono poświęcone problemowi prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków. Ten temat zaistniał na forum międzynarodowym po raz pierwszy. Oprócz przedstawicieli rządów i organizacji pozarządowych, udział wzięli w nim naukowcy, specjaliści zajmujący się bezpieczeństwem ruchu drogowego i substancjami psychoaktywnymi.
- Ważnym priorytetem polskiej prezydencji była współpraca z państwami Europy Wschodniej. Promocji tego celu służyła zorganizowana w dniach 26-27 października 2011 roku konferencja Unia Europejska–Europa Wschodnia, w której udział wzięły państwa i instytucje UE, Federacja Rosyjska, Ukraina i Mołdawia. Konferencja skupiła się głównie na kwestiach związanych z ograniczaniem podaży. Poruszone zostały także wątki odnoszące się do ograniczenia popytu na narkotyki. Jeden z trzech paneli – poświęcony tematyce monitoringu i badaniom – przygotowany został przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W wyniku dyskusji przeprowadzonej w trakcie tego panelu Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii podjęło decyzję o zacieśnieniu współpracy z państwami Partnerstwa Wschodniego oraz Rosją. Rozważano zaproszenie tych państw na spotkanie organizowane corocznie w maju przez EMCDDA z szefami Krajowych Punktów Kontaktowych (National Focal Points) z 30 krajów europejskich w celu wymiany doświadczeń oraz dyskusji na temat monitoringu i badań jako sposobu na poprawę efektywności polityk antynarkotykowych.
- Jednym z priorytetów Polski w HDG, który stanowił jednocześnie ważny priorytet Centralnego Biura Śledczego Komendy Głównej Policji, było przygotowanie Europejskiego Paktu Przeciwko Narkotynom Syntetycznym. Postulat uchwalenia tego dokumentu został zapisany w Europejskim Pakcie na rzecz zwalczania międzynarodowego handlu narkotykami – likwidacja kanałów przemytu heroiny i kokainy. Europejski Pakt o narkotykach syntetycznych obejmuje cztery obszary: nielegalną produkcję narkotyków syntetycznych, przemysł narkotyków syntetycznych, nowe narkotyki syntetyczne (w tym „dopalacze”) oraz szkolenie służb zwalczających przestępczość narkotykową. Dokument ten wzywa państwa członkowskie, instytucje i agencje UE do intensyfikacji działań w zakresie zwalczania produkcji i nielegalnego obrotu narkotykami syntetycznymi i prekursorami. Pakt przeciwko narkotynom syntetycznym zawiera zapisy dotyczące przeciwdziałania produkcji i handlowi narkotyków syntetycznych oraz prekursorów; zwalczania nowych substancji psychoaktywnych oraz przeprowadzenia serii szkoleń dla organów ścigania dotyczących m.in.

wykrywania i likwidacji nielegalnych laboratoriów. 27 października, podczas spotkania w Luxemburgu, Rada Unii Europejskiej ds. Wymiaru Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem polskiej prezydencji przyjęła wyżej wymieniony dokument.

- Jednym z istotnych wydarzeń polskiej prezydencji w ramach HDG w zakresie ograniczania popytu na narkotyki było spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków, zorganizowane w Poznaniu w dniach 21-22 listopada 2011 roku. Głównym jego tematem była dyskusja na temat przyszłości zjawiska narkomanii w Unii Europejskiej, widzianego z perspektywy potencjalnych zmian w jego obrazie epidemiologicznym, zmian w percepcji społecznej problemu, zmian postaw wobec zjawiska, w tym zmian w podejściu prawnym i etycznym. Pamiętając o tym, że w 2012 roku dobiegnie końca obowiązująca obecnie Strategia Antynarkotykowa Unii Europejskiej, Polska zainicjowała również w Poznaniu dyskusję nad przyszłym kształtem unijnych Strategii i Planów Działania wobec problemu narkotyków i narkomanii. W spotkaniu, oprócz Krajowych Koordynatorów, udział wzięli przedstawiciele Europejskiego Centrum Badania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA), Komisji Europejskiej, Sekretariatu Generalnego Rady, Grupy Pompidou Rady Europy, Europejskiego Urzędu Policji (Europol) i Biura Narodów Zjednoczonych ds. narkotyków i przestępczości (UNODC). Prezydencję polską reprezentowali przedstawiciele Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Centralnego Biura Śledczego.
- Podczas comiesięcznych posiedzeń Horyzontalnej Grupy Roboczej Polska zorganizowała cztery debaty tematyczne. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zorganizowało dwie z nich. Pierwsza z debat, przeprowadzona 12 lipca 2011 roku, poświęcona była problemowi narkotyków w ruchu drogowym. Oprócz nielegalnych substancji odurzających poruszony został także temat legalnych substancji, takich jak leki substytucyjne. Prezentację na ten temat miał przedstawiciel Grupy Pompidou Rady Europy. Przedstawiono informacje na temat programu DRUID (*Driving Under Influence of Drugs*), w którym uczestniczy Komenda Główna Policji i Instytut Transportu Samochodowego. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przedstawiło ogólnopolską kampanię „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”, która realizowana była Polsce w latach 2009–2010. Druga debata doty-

czyła problemu nowych narkotyków syntetycznych, ze szczególnym naciskiem na „dopalacze”. W jej trakcie Polska przedstawiła swoje doświadczenia w zakresie ograniczania obrotu i konsumpcji tych substancji, zaprezentowała nowe rozwiązania legislacyjne podejmowane w tym obszarze oraz działania prewencyjne. Warto podkreślić, że w czasie debaty Narodowy Instytut Leków przedstawił obszerną prezentację poświęconą analizom laboratoryjnym substancji skonfiskowanych podczas ogólnopolskiej akcji zamknięcia sklepów z „dopalaczami” w październiku 2010 roku.

- Pozostałe debaty tematyczne zostały zorganizowane przez CBS i dotyczyły ograniczania produkcji i przemytu narkotyków syntetycznych oraz regionalnych platform współpracy instytucji zajmujących się ograniczaniem podaży narkotyków.
- Warto wspomnieć, iż w trakcie polskiej prezydencji po raz pierwszy w historii zorganizowano spotkanie w ramach dialogów politycznych w obszarze narkotyków (dawniej spotkania w formule HDG-TROIKA) z państwami Kaukazu (Armenia, Azerbejdżan, Gruzja), a także z Mołdawią. Celem spotkania była wymiana informacji pomiędzy UE i tymi państwami oraz wypracowanie planów współpracy na najbliższe lata. Dania, która obecnie przewodniczy Radzie UE, również organizuje konsultacje z państwami Kaukazu i Mołdawią. Wydaje się, że te spotkania wejdą na stałe do kalendarza wydarzeń organizowanych przez UE. Polska w okresie przygotowań do objęcia prezydencji i w trakcie jej realizacji szczególną wagę przykładała do szeroko rozumianej problematyki zdrowotnej, w tym do kwestii używania i nadużywania substancji psychoaktywnych. Zdaniem Polski jedno z istotniejszych wyzwań zarówno dla nas, jak i dla Unii Europejskiej stanowią obecnie nowe narkotyki syntetyczne, w tym m.in. „dopalacze”. Działania podejmowane standardowo na poziomie unijnym czy krajowym wobec pojawiania się nowych substancji okazały się niewystarczające. Dlatego Polska w czasie przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej uczyniła z tego jeden ze swoich priorytetów. Z perspektywy niemal pięciu miesięcy od zakończenia przewodnictwa Polski w UE wydaje się, że kierunek ten był właściwy. Jeszcze na początku 2011 roku problem nowych narkotyków syntetycznych dostrzegała i poruszała na forum UE głównie Polska – dziś kwestia ta stanowi ważny punkt europejskiej debaty na temat narkotyków i narkomanii.

Europejski System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych funkcjonuje na podstawie Decyzji Rady Europy 2005/387/JHA o wymianie informacji, ocenie ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych. System został stworzony w odpowiedzi na nowe zjawisko, które pojawiło się na europejskiej scenie narkotykowej – tzw. designer drugs, czyli używania substancji, które działają jak narkotyki, ale nie są pod kontrolą prawną.

EWALUACJA FUNKCJONOWANIA DECYZJI RADY EUROPY O WYMIANIE INFORMACJI, OCENIE RYZYKA I KONTROLI NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W celu kontrolowania nowych substancji psychoaktywnych w roku 1997 Rada Unii Europejskiej stworzyła, na mocy „Wspólnego Działania dotyczącego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach Syntetycznych” (*Joint Action on New Synthetic Drugs*), System Wczesnego Ostrzegania (*Early Warning System* – EWS). Początkowo był to system wymiany informacji pomiędzy instytucjami w krajach Unii Europejskiej posiadającymi możliwości identyfikacji nowych narkotyków, a jego podstawowym celem było szybkie wprowadzanie pod kontrolę prawną nowych substancji oraz ocena ryzyka związanego z ich używaniem. W 2005 roku Rada Unii Europejskiej zdecydowała się na rozszerzenie zakresu zbieranych informacji o wszystkie nowe narkotyki, także pochodzenia naturalnego. System Wczesnego Ostrzegania tworzony jest przez państwa członkowskie, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz Europol.

Zgodnie z Decyzją Rady, zbieraniem i wymianą informacji objęte są nowe substancje psychoaktywne, pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które nie są prekursorami oraz nie znalazły się w Konwencji Narodów Zjednoczonych o Środkach Odurzających z 1961 roku i Konwencji Narodów Zjednoczonych o Substancjach Psychoaktywnych z 1971 roku.

Wspólne działanie w zakresie nowych narkotyków obejmuje trzy fazy:

- wymianę informacji;
- ocenę ryzyka;
- podejmowanie decyzji o kontroli substancji.

System Wczesnego Ostrzegania stanowi pierwszy etap tych działań i polega na zbieraniu informacji o nowych substancjach i mieszkankach na poziomie

krajowym, a następnie przekazywaniu ich organizacjom międzynarodowym (EMCDDA). Informacje mogą pochodzić z różnych źródeł, np. z placówek ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych prowadzących programy skierowane do osób używających narkotyków (głównie są to programy redukcji szkód typu *street working* i *party working*), ale przede wszystkim od policji oraz laboratoriów kryminalistycznych i laboratoriów medycyny sądowej, ponieważ do zweryfikowania informacji o nowej substancji konieczna jest jej analiza chemiczna. Podstawą funkcjonowania EWS jest więc wielopoziomowa współpraca międzyresortowa. Po wykryciu nowej substancji, wszelkie dostępne na jej temat informacje trafiają do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (w Polsce działa ono przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii) lub do odpowiednich komórek Europolu, stamtąd do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z siedzibą w Lizbonie, a dalej do Komisji Europejskiej i Europejskiej Agencji Ewaluacji Produktów Medycznych (EMA).

W przypadku kiedy EMCDDA, Europol lub Rada Europy, reprezentowana przez większość swoich członków, zdecydują, że dostępne informacje zasługują na dalsze zbieranie – powstaje Wspólny Raport Europolu i EMCDDA (*Joint Report*). W drugim etapie zostaje ocenione ryzyko używania wykrytej substancji. Pod przewodnictwem Komitetu Naukowego, EMCDDA zwołuje spotkanie ekspertów z państw członkowskich, Europolu, Komisji Europejskiej i EMA. Zespół ten ocenia potencjalne ryzyko i opracowuje raport (*Risk Assessment Report*), na podstawie którego Rada Unii Europejskiej może podjąć decyzję o kontrolowaniu

substancji. Więcej na temat Systemu Wczesnego Ostrzegania znaleźć można we wcześniejszych numerach „Serwisu”.

Wnioski z ewaluacji Decyzji

11 lipca 2010 roku Komisja Europejska przedstawiła raport dotyczący oceny funkcjonowania mechanizmów pozwalających na kontrolowanie zjawiska nowych substancjach psychoaktywnych, które pojawiają się na rynku europejskim. Zwróciła w nim uwagę na fakt, że o ile procedury wymiany informacji działają wystarczająco szybko i dostarczają cennych informacji o zmianach zachodzących na rynku w zakresie nowych substancji, o tyle procedury wprowadzania substancji pod kontrolę prawną wymagają zmian. Powodem jest zdecydowany wzrost dynamiki, z jaką nowe substancje pojawiają się na rynku europejskim.

Od roku 2005 na scenie narkotykowej pojawiły się 193 nowe substancje. W 2009 roku było ich 24, rok później również 24. W 2011 roku odnotowano rekordową liczbę – 49 nowych substancji psychoaktywnych, które wywołują podobne objawy jak narkotyki (m.in. marihuana, ecstasy, amfetamina, kokaina, a nawet heroina czy środki halucynogenne), a mimo to część z nich jest sprzedawana legalnie, głównie przez internet i wyspecjalizowane sklepy. Warto podkreślić, że nowe substancje psychoaktywne mogą być równie niebezpieczne jak substancje zakazane, a nawet, ze względu choćby na brak rzetelnej wiedzy o zagrożeniach wynikających z ich używania – bardziej niebezpieczne. Większość dostępnych na rynku środków, o których tu mowa, jest najprawdopodobniej produkowana w Chinach.

Według badania Eurobarometru, nowe środki stają się coraz bardziej popularne: 5% młodych Europejczyków deklaruje, że zażyło tego typu substancje. Najwyższy odsetek odnotowano w Irlandii (16%), Polsce (9%), na Łotwie (9%), w Wielkiej Brytanii (8%) oraz Luksemburgu (7%). W badaniach tych ujawniono również, że we wszystkich 27 państwach członkowskich większość osób w wieku 15-24 lata jest zdania, że tego rodzaju substancji należy zakazać.

Zwrócono uwagę, iż nowe substancje psychoaktywne to w coraz większym stopniu problem o globalnym zasięgu i nie dotyczy tylko Europy. Związane jest to między innymi z brakiem jednolitych regulacji dotyczących przemysłu chemicznego na świecie. Według światowego

raportu o narkotykach za rok 2010, sporządzonego przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), używanie tradycyjnych narkotyków, takich jak kokaina, heroina i ecstasy pozostaje generalnie na niezmiennym poziomie, jednocześnie jednak nielegalny rynek zaopatrywany jest w nowe narkotyki, ponieważ handlujący wykorzystują substancje chemiczne, które nie podlegają żadnym uregulowaniom.

Obecny system wykrywania nowych narkotyków nie sprawdza się w warunkach pojawiania się na rynku dużej liczby tego typu substancji. Łatwo jest np. ominąć istniejące środki kontroli i stworzyć nowy narkotyk, który będzie legalny, mimo że poważnie szkodzi zdrowiu. Dlatego właśnie, według Komisji Europejskiej, obowiązujące przepisy powinny zostać zaostrzone.

Stwierdzono też, że pewnym mankamentem jest to, iż w przypadku zbierania informacji i przygotowywania raportów (Wspólny Raport Europolu i EMCDDA, raport dotyczący ryzyka) uwaga pozostaje skupiona praktycznie tylko na jednej nowej substancji. W ten sposób pomijane są mieszaniny, które zawierają więcej niż jedną substancję psychoaktywną. Jeśli Komisja decyduje o objęciu kontrolą prawną daną substancję na poziomie europejskim, to nie są uwzględniane przy tym inne substancje charakteryzujące się podobnym działaniem/strukturą chemiczną, które na rynku automatycznie zajmują miejsce delegalizowanego środka. Takie jednostkowe, indywidualne podejście do substancji jest, zdaniem wielu państw członkowskich, nieefektywne i nie jest właściwą odpowiedzią na pojawiające się w szybkim tempie kolejne substancje na rynku.

Zwrócono także uwagę na brak wystarczających środków i możliwości do oceny ryzyka zdrowotnego, jakie niesie za sobą używanie danej substancji. Zaproponowano, że wskazane byłoby np. włączenie do analizy potencjalnego ryzyka zdrowotnego wynikającego z używania nowych substancji testów toksykologicznych.

Innymi wnioskami płynącymi z raportu, jest potrzeba stosowania zróżnicowanych form kontroli substancji wykraczających poza prawo narkotykowe, takich jak choćby procedury oceny ryzyka czy kontrola tymczasowa.

W praktyce procedury umieszczania poszczególnych substancji pod kontrolą są zbyt powolne (BZP umieszczono pod kontrolą po 15, a mefedron po 12 miesiącach od przedstawienia stosownego raportu).

Komisja Europejska rozważa obecnie rozmaite sposoby poprawienia efektywności monitorowania zagrożeń związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi oraz wprowadzenia tych substancji pod kontrolę prawną na terenie Unii Europejskiej. Rozważana jest możliwość wykorzystania w tym celu przepisów nie tylko związanych z prawem narkotykowym, ale także z żywnością oraz ogólnym bezpieczeństwem produktów (w zakresie tzw. dopalaczy w Europie miało także zastosowanie prawo konsumenckie).

W przyszłości Komisja ma zamiar zweryfikować różne możliwości monitorowania także tych substancji, które nie zostały poddane ocenie ryzyka, ale pomimo tego zasługują na szczególną uwagę.

Pełna wersja raportu oraz wiele uzupełniających informacji dostępnych jest na stronie Komisji http://ec.europa.eu/justice/newsroom/news/20110711_en.htm.

Krótki przegląd nowych substancji

Aktualnie w bazie EMCDDA znajdują się 193 nowe substancje, które nie zostały objęte Konwencją Narodów Zjednoczonych o Środkach Odurzających ani Konwencją Narodów Zjednoczonych o Substancjach Psychoaktywnych. Ich status prawny różni się w poszczególnych państwach.

Substancje te zostały podzielone na 7 kategorii:

- **fenetylaminy** (33 w bazie). Najbardziej znane: PMA (parametoksamfetamina) oraz PMMA (parametoksymetamfetamina). Działanie tych związków, podobnie jak towarzyszące efekty uboczne, mogą być bardzo zróżnicowane. Wspólnym efektem działania dla większości fenetylamin jest, podobnie jak w przypadku amfetaminy – stymulacja ośrodkowego układu nerwowego, czasem (jak np. w przypadku MDMA) połączona z euforią. Dlatego fenetylaminy mają zastosowanie przy produkcji tabletek ekstazy. Fenetylaminy mogą również wywoływać halucynacje. Do najczęstszych efektów ubocznych należą: zawroty głowy, wahania nastroju, bezsenność, drażliwość, przyspieszone bicie serca, lęk;
- **tryptaminy** (23 w bazie). Najbardziej znana: DMT (dimetylotryptamina). Podobnie jak w przypadku fenetylamin działanie poszczególnych tryptamin może być bardzo zróżnicowane. Część z nich wywołuje halucynacje (np. DMT, które jest uważane za jeden z silniejszych halucynogenów na świecie). Tryptaminy mogą być pochodzenia zarówno syntetycznego, jak i naturalnego – znajdują się w niektórych roślinach, a nawet w organizmach zwierzęcych (w żabie halucynogennej). Do najczęstszych skutków ubocznych związanych z zażyciem tryptamin należą: bóle głowy, bóle brzucha, wystąpienie podrażnienia i zaburzeń pokarmowych typu nudności i wymioty, nadmierna potliwość; w sferze psychicznej silne stany lękowe i duże prawdopodobieństwo wystąpienia tzw. bad tripów. Uważa się, że niektóre tryptaminy, a w szczególności ich duże dawki lub/i częste używanie, mogą indukować zaburzenia i choroby psychiczne (np. schizofrenia);
- **piperazyny** (13 w bazie). Najbardziej znane: BZP (1-benzylpiperazyna), mCPP (1-(3-chlorophenyl)piperazyna). Piperazyny, podobnie jak fenetylaminy, używane są do produkcji tabletek ekstazy. Działanie piperazyn może być różne, ale ogólnie zbliżone jest do działania amfetaminy – pobudzające oraz tabletek ekstazy – euforyzujące i empatogenne. BZP, która przez jakiś czas była najpopularniejszą legalną alternatywą dla nielegalnego MDMA i innych substancji psychoaktywnych będących składnikami tabletek ekstazy została niezbyt pozytywnie oceniona przez użytkowników. Użytkownicy często tak ją opisywali: biorąc pod uwagę jej nieprzyjemne efekty uboczne (bóle i zawroty głowy, nudności, kołatanie serca, nagłe zmiany nastroju, dezorientacja, niepokój, bezsenność) i stosunkowo krótki czas działania efektów pożądanых (pobudzenie i lekka euforia) – nie była to udana następczyni MDMA. Piperazyny mogą także wywoływać halucynacje;
- **katynony** (38 w bazie). Najbardziej znany: mefedron. Jest to grupa związków syntetycznych otrzymywana na bazie naturalnego katynonu – stymulującego alkaloidu zawartego w roślinie zwanej czuwaliczka jadalna (khat), rosnącej głównie w Afryce. Działanie mefedronu zbliżone jest do działania kokainy (krótka stymulacja połączona z euforią). Niektórzy użytkownicy porównywali działanie tej substancji także do działania tabletek ekstazy. Mefedron jest substancją niezwykle uzależniającą. Charakteryzuje się bardzo silną chęcią zażycia kolejnej dawki, gdy działanie poprzedniej słabnie. Mefedron oraz niektóre inne syntetyczne katynony sprzedawane były w Polsce najczęściej jako „białe proszki” lub „sole do kąpieli”, a przyjmowało się je podobnie jak kokainę czy amfetaminę – donosowo. Były jednak także sprzedawane w postaci tabletek imitujących tabletki ekstazy. W Szwecji odnotowano

co najmniej jeden potwierdzony przypadek zgonu spowodowanego zażyciem mefedronu; w Anglii – kilkanaście takich przypadków;

- **syntetyczne kanabinoidy** (42 w bazie). Najbardziej znane: JWH-018, HU-210. Działanie syntetycznych kanabinoidów imituje działanie THC – alkaloidu zawartego w konopiach indyjskich. Syntetyczne kanabinoidy dodawane są do mieszanek „ziołowych” sprzedawanych jako odpowiedniki konopi indyjskich. Wiadomo jednak, że w przeciwieństwie do THC, niektóre sztucznie otrzymywane kanabinoidy można przedawkować. Obecnie na rynku występuje ich min. 42; znacznie różnią się między sobą potencjałem działania. Są wśród nich zarówno takie, których efekt działania jest słabszy niż przeciętnej marihuany, ale są także i takie, których moc działania jest znacznie od niej większa. Syntetyczne kanabinoidy mogą być zarówno agonistami receptorów CB1, jak i receptorów CB2 w mózgu. Najczęściej wymienianymi skutkami niepożądanymi są: bóle w klatce piersiowej i chwilowe problemy ze złapaniem tchu, kołatanie serca, zawroty głowy, ogólne zmęczenie psychofizyczne, czasem nawet utrata przytomności. Wielu toksykologów, lekarzy i osób zajmujących się profesjonalnie badaniem nowych substancji uważa, że używanie syntetycznych kanabinoidów jest znacznie bardziej szkodliwe i niebezpieczne niż palenie marihuany czy haszyszu;
- **syntetyczne opioidy** (w bazie na razie tylko 1 – ODT). Jest syntetycznym opioidowym środkiem przeciwbólowym. Jest także metabolitem tramadolu. Działanie tej substancji jest zbliżone do działania innych opiatów. Efekty niepożądane związane z używaniem ODT to: nudności, wymioty, senność, zawroty głowy, bóle głowy, zaparcia. Ponadto odnotowano także przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym;
- **pozostałe substancje** (43 w bazie). Jest to lista substancji o bardzo różnym działaniu (stymulanty, halucynogeny, analgetyki, opiaty, depresanty i inne), pochodzenia zarówno naturalnego (np. *Salvia divinorum* czy kratom), jak i syntetycznego (np. dekskrometorfam, ketamina, PCP, GHB). Substancje tu zawarte znacznie różnią się między sobą zarówno efektem działania, zagrożeniami, jakie ze sobą niosą, jak i profilem użytkowników po nie sięgających.

Pojęcie uzależnienia czynnościowego do tej pory nie zostało ujęte w ważnych międzynarodowych klasyfikacjach chorób, takich jak DSM czy ICD. Niemniej jednak coraz częściej w pracy terapeutycznej, zwłaszcza w dziedzinie terapii uzależnień, padają takie określenia, jak: uzależnienie behawioralne, nałogowe zachowanie, uzależnienie niechemiczne. Obserwacja, praktyka i doświadczenia samych pacjentów sugerują, że odnoszenie pojęcia uzależnienia do pewnych zachowań jest zasadne.

UZALEŻNIENIE OD CZYNNOŚCI – ZDEFINIOWANIE POJĘCIA, SPECYFIKA PROBLEMU ORAZ KIERUNKI DIAGNOZY

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Katedra Zdrowia Publicznego Instytutu Nauk o Rodzinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski

Nałóg i uzależnienie

Dyskusje na temat tzw. uzależnień czynnościowych rozpoczynają się na poziomie pojęć. W krajach zachodnich czyni się rozróżnienie pomiędzy pojęciem *dependence* oraz *addiction*, z których pierwsze odnosi się do uzależnień wywołanych przez substancje chemiczne, natomiast

drugie, rozumiane jako nałóg, sugeruje szersze pojęcie, obejmujące także zależność od określonych zachowań. Marc Valleur, tocząc dyskusję nad tym rozróżnieniem, podkreśla szerszy zakres pojęciowy nałogu i wskazuje na argumenty, które uzasadniają rozszerzenie pojęcia uzależnienia i posługiwanie się pojęciem nałogu:

- Podobieństwo pomiędzy zaburzeniami charakteryzującymi się powtarzaniem określonych zachowań, doświadczanych subiektywnie przez osobę, jako przewidywalnych i kontrolowanych przez nią samą.
- Częste nakładanie się różnych nałogów, np. alkoholizm u graczy patologicznych.

Podobieństwo w podejściach terapeutycznych, zwłaszcza wykorzystywanie przez różne grupy samopomocowe programów opartych na 12 Krokach opracowanych przez Anonimowych Alkoholików¹.

Wyłanianie się koncepcji uzależnień czynnościowych

Pierwsze koncepcje uzależnienia jako takiego mają swoje źródło w prowadzonych ponad wiek temu badaniach dotyczących szkodliwego używania substancji, w tym głównie alkoholu czy opiatów². Po ponad 50. latach badań temu poświęconych, dysponujemy obecnie uznanymi modelami teoretycznymi uzależnień od substancji oraz wieloma danymi empirycznymi. W ostatnich dziesięcioleciach badacze doszli do wniosku, że koncepcje wypracowane w odniesieniu do uzależnień chemicznych, mogą przez analogię znaleźć zastosowanie w opisywaniu i wyjaśnianiu innych form zaburzonych, powtarzających się zachowań, niezwiązanych z przyjmowaniem jakiegokolwiek substancji. W związku z tym „uzależnionymi” można było zacząć nazywać osoby z problemowym graniem hazardowym, seksem, ćwiczeniami fizycznymi, robieniem zakupów, pracą i innymi zachowaniami, które przybierały szkodliwy charakter. Cechą szczególną było to, że zaczynały one zmieniać całokształt zachowań osoby, podobnie jak to działo się w przypadku nadużywania substancji chemicznych³. Uzależnienia te noszą nazwę „czynnościowych”, ponieważ osoba doświadczająca ich, próbuje walczyć z określonym zachowaniem sprawiającym jej cierpienie, nie czuje się natomiast zniewolona przez substancję chemiczną. Istotnym faktem w ujmowaniu uzależnień czynnościowych jest to, że osoba doświadcza utraty kontroli nad określonym zachowaniem, co staje się niezmiernie ważne w próbach zrozumienia ich, diagnozy i leczenia⁴.

Kryteria definiujące uzależnienia czynnościowe

Pojęcie uzależnienia czynnościowego lub „toksykomanii bez substancji” po raz pierwszy wprowadził psychoana-

lityk Otto Fenichel w 1945 roku w swoim dziele „Teorie psychoanalityczne neuroz”⁵. Autor ten jest zarazem uważany za inicjatora opracowania kategorii „zaburzeń kontroli impulsów” w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Pierwsze kliniczne opisy uzależnień czynnościowych są zasługą amerykańskiego psychoterapeuty Stanton'a Peele, który przyjrzał się uzależnieniu od seksu, opisując je w „Love and addiction” w 1977 roku⁶. Pomimo tego, że nie zdefiniował kryteriów rozpoznawania tego zaburzenia, przyczynił się w znacznym stopniu do pogłębienia rozumienia natury tego nowego rodzaju uzależnień. Dążył on do wykazania analogii (jednak nie prostego podobieństwa) pomiędzy określonymi formami związków uczuciowych a uzależnieniami chemicznymi. Dla Peele to nie substancja chemiczna czyni człowieka uzależnionym, ale określone doświadczenie wewnętrzne. Uzależnienie analizował on w ujęciu warunkowania instrumentalnego, twierdząc, że poczucie braku kompetencji życiowych popycha do poszukiwania szybkiej i przewidywalnej gratyfikacji, którą można osiągnąć dzięki określonej substancji lub zachowaniu. Regularne osiąganie takiej gratyfikacji bardzo szybko przeradza się w nałóg, który jeszcze bardziej nasila poczucie braku kompetencji życiowych⁷.

Kryteria uzależnień czynnościowych jako pierwszy sformułował Orford, według którego wyrażałyby się one w *kompulsji* (poprzez zażycie środka lub zachowanie), *kontynuowaniu* zachowania, pomimo jego negatywnych konsekwencji, *obsesji* jego wykonywania, doświadczaniu *poczucia winy* po wykonaniu czynności nałogowej oraz objawach *abstynencyjnych* w sytuacji jej nagłego zaprzestania⁸.

Autorem pierwszych precyzyjnych kryteriów uzależnień czynnościowych, odwołujących się do koncepcji uzależnień w ogóle, był Aviel Goodman⁹. Opracował je, chcąc opisać nałogowe zachowania seksualne, jednak znajdują one zastosowanie także w przypadku innych uzależnień. Według Goodmana nałóg charakteryzuje się tym, że osoba podejmuje zachowanie, które może przynosić przyjemność lub zniesienie przykrości (ulga) oraz kontynuuje to zachowanie w taki sposób, że prowokuje ono występowanie kluczowych symptomów, jakimi są:

- powtarzające się niepowodzenie w kontrolowaniu tego zachowania (tzw. utrata kontroli),
- kontynuowanie zachowania pomimo negatywnych jego konsekwencji.

Kryteria rozpoznawania nałogu według Goodmana są następujące:

- A. Niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania.
- B. Poczucie narastającego napięcia pojawiającego się tuż przed rozpoczęciem zachowania.
- C. Przyjemność i ulga doświadczane podczas wykonywania zachowania.
- D. Poczucie utraty kontroli podczas wykonywania zachowania.
- E. Obecność przynajmniej pięciu spośród poniższych kryteriów:
 1. Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub przygotowywaniem go.
 2. Intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądaną.
 3. Powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania.
 4. Poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego.
 5. Częste zaniedbywanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych.
 6. Poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej czy rekreacyjnej na rzecz zachowania.
 7. Kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym.
 8. Wzrost tolerancji: potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądaną efekt lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowania o tej samej intensywności co wcześniej.
 9. Niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji niemożności podjęcia zachowania.
- F. Niektóre elementy składowe syndromu trwają dłużej niż jeden miesiąc lub powtarzają się na przestrzeni dłuższego okresu¹⁰.

Na podstawie kryteriów Goodmana można zauważyć, że osoba doświadczająca uzależnienia czynnościowego prezentuje liczne objawy klasycznego uzależnienia (chemicznego), które wyraża powtarzająca się i doświadczana jako konieczna sekwencja konkretnych zachowań (zakupy, sprzątanie, praca itd.), w znaczący sposób zaburzająca jej życie społeczne, rodzinne, zawodowe itp.

Goodman w swojej koncepcji nałogów czynnościowych chciał zwrócić uwagę zarówno na element „farmakolo-

giczny”, jak i behawioralny zachowania, podkreślając dwa istotne czynniki:

- z jednej strony zachowanie ma na celu przyniesienie przyjemności oraz zniesienie przykrości wewnętrznej (ulgę),
- z drugiej strony z zachowaniem tym związane jest doświadczanie poczucia bezradności i utraty kontroli nad nim¹¹.

Według autora, nałóg „mieści się” pomiędzy impulsją a kompulsją: impulsja zakłada poszukiwanie przyjemności lub szybkiej gratyfikacji, natomiast kompulsja – zmniejszenie napięcia, ulgę oraz zredukowanie przykrych odczuć, w związku z czym można zauważyć, że nałóg obejmuje obydwie z wymienionych objawów¹². Kryteria opracowane przez Goodmana są obecnie bardzo popularne i rozpowszechnione na świecie oraz wykorzystywane do opisu uzależnień od zachowań i od substancji. Niemniej jednak jak dotąd nie uzyskały one statusu narzędzia diagnostycznego.

Interesującego porównania kryteriów oficjalnych (według DSM i ICD) z kryteriami Goodmana oraz z ogólnie przyjętymi w diagnostyce klinicznej uzależnieniami dokonali Marie-Madeleine Jacquet i Alain Rigaud¹³. Prezentuje je tabela¹⁴ na s. 16:

Kolejnym badaczem, który rozwinął własną koncepcję uzależnień czynnościowych, jest Marc Griffiths. Odnosząc się do koncepcji uzależnień chemicznych, wyróżnił on:

- uzależnienie czynnościowe aktywne (np. od grania hazardowego),
- uzależnienie czynnościowe bierne (np. od oglądania telewizji).

Dodaje on, że uzależnienia od substancji mają zawsze charakter aktywny¹⁵.

W roku 1997 Griffiths zaprezentował sześć kryteriów definiujących zachowanie mające charakter uzależnienia:

1. **Dominacja** – dane zachowanie staje się aktywnością najważniejszą i dominującą w życiu osoby. Dominuje ono w myśleniu (zaabsorbowanie i znieskształcenia poznawcze), w emocjach (np. odczucie braku) oraz w zachowaniu (zaniedbywanie działań socjalizujących).
2. **Zmiana nastroju** – stanowi konsekwencję kontynuowania zachowania oraz może być strategią radzenia sobie (podekscytowanie, poczucie ucieczki).

3. **Tolerancja** – czas trwania wykonywania zachowania musi wzrastać, aby uzyskać pożądaną satysfakcję.
4. **Objawy odstawienia** – nieprzyjemne odczucia psychiczne (depresyjny nastrój, zirytowanie) lub objawy fizyczne (np. drżenie ciała).
5. **Konflikty** – o charakterze interpersonalnym (z osobami z otoczenia) lub o charakterze intrapsychicznym (pomiędzy pragnieniem, by nie ulec napięciu wywołanemu przez uzależnienie od zachowania, a psychiczną potrzebą oddania się temu zachowaniu).
6. **Nawrót** – tendencja do powracania do wykonywania zachowania po okresie zaprzestania go lub próby jego kontrolowania.

Analizując kryteria Griffithsa, zwraca uwagę ich mniejsza liczba, przez co mogą wydawać się łatwiejsze do praktycznego zastosowania. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że kryteria te są próbą własnego zdefiniowania uzależnień, podczas gdy kryteria Goodmana znajdują swój punkt odniesienia w klasyfikacji DSM-III-R. Goodman zakładał, że lepiej przyjęte w środowisku

specjalistów zostaną kryteria opracowane na „solidnej” podstawie, niż stworzone na nowo¹⁶.

Elementem budzącym dyskusję, jest istnienie objawów odstawienia oraz tolerancji w uzależnieniach czynnościowych. Specjaliści zwracają uwagę na to, że podstawowym czynnikiem odróżniającym uzależnienia czynnościowe od chemicznych jest brak – w ścisłym sensie – fizycznych objawów uzależnienia od niepożądanego zachowania, ponieważ nie występuje tu substancja chemiczna, która wchodziłaby w kontakt z organizmem. Niektórzy twierdzą jednak, że takie objawy występują i są nimi m.in. własne hormony, od których człowiek się uzależnia (np. adrenalina). Niemniej jednak potwierdzone jest to, że niektóre, mniej lub bardziej nasilone objawy, analogiczne do objawów odstawienia występujących w przypadku uzależnień chemicznych, pojawiają się także w sytuacji nagłego zaprzestania wykonywania czynności nałogowej. Adès i Lejoyeux zwracają uwagę na następujące:

- złe samopoczucie psychiczne i fizyczne, lęk i drażliwość,

Tabela 1. Porównanie kryteriów uzależnień według M.M. Jacquet i A. Rigaud, 2000

Uzależnienia według danych klinicznych, klasyfikacji oficjalnych oraz kryteriów Goodmana	Zaburzenia kontroli impulsów (DSM, ICD)	Uzależnienia zidentyfikowane klinicznie	Kryteria uzależnień Goodmana
Uzależnienia od substancji	+	+	+
Nadużywanie, używanie szkodliwe	+	-	-
Anoreksja psychiczna	-	+	?
Bulimia	-	+	+
Parafilia (perwersja seksualna)	+	-	
Kleptomania	+	+/-	+
Hazard patologiczny	+	+	+
Piromania	+	-	+/-
Trichotillomania	+	-	-
Uzależnienie od tytoniu	-	+	+/-
Uzależnienie od seksu	?	+	+/-
Próby samobójcze			
Uzależnienie od zakupów	?	+	+/-
Ryzykowne prowadzenie samochodu			
Intensywny wysiłek	?	+	+/-
Uzależnienie od pracy	?	+	+/-

- powracające pragnienie ponownego podjęcia sekwencji nałogowego zachowania w sytuacji jego braku¹⁷.

W przypadku uzależnień czynnościowych można także zaobserwować objawy wzrastającej tolerancji, przejawiające się zwiększaniem przez osobę częstotliwości lub intensywności zachowania w celu doświadczenia przyjemności lub złagodzenia przykrości w takim stopniu, w jakim miało to miejsce w początkowym okresie podejmowania zachowania nałogowego. Objawy te jednak także mają naturę psychiczną, natomiast nie fizyczną¹⁸.

Diagnozowanie pacjenta z uzależnieniem czynnościowym

W sytuacji, gdy po pomoc zgłasza się osoba, u której prawdopodobnie występuje uzależnienie czynnościowe, w pierwszej kolejności należy zastanowić się nad trzema następującymi zagadnieniami:

1. Ocena nasilenia problemu.
2. Upewnienie się, czy pacjent nie przejawia innych uzależnień czynnościowych – każdy dodatkowy problem o charakterze nałogu, jeśli nie zostanie rozpoznany, może utrudniać proces leczenia.
3. Ocena, na ile pacjent jest gotowy do podjęcia leczenia¹⁹.

Szczegółowa diagnoza pacjenta sygnalizującego uzależnienie czynnościowe powinna obejmować następujące elementy:

- czynniki wyzwalające,
- poziom aktualnego funkcjonowania pacjenta,
- relacje społeczne i sytuacja zawodowa,
- sytuacja prawna,
- zdrowie fizyczne i psychiczne (problemy minione i aktualne),
- wcześniejsze próby leczenia,
- czynniki „krytyczne” (chodzi głównie o ryzyko skrzywdzenia innej osoby lub samego siebie),
- cele terapeutyczne,
- poziom motywacji²⁰.

Mając na uwadze fakt, że diagnostyka uzależnień czynnościowych, zwłaszcza w Polsce, cały czas znajduje się w stadium początkowym (pojedyncze metody diagnostyczne, niewielkie ich rozpowszechnienie), w pracy z pacjentem należy przede wszystkim opierać się na własnej wiedzy i umiejętnościach, nabytych

w pracy z uzależnieniami chemicznymi. Podstawą jest dogłębny wywiad, a także własna intuicja w zdobywaniu informacji. Należy zachować jednak ostrożność w przypadku prób prostego kalkowania metod diagnostycznych stosowanych w uzależnieniach od substancji (poprzez np. zamianę słowa „alkohol” na „zakupy”). Diagnozowanie uzależnień od czynności wymaga dalszej pracy nad wartościowymi, standaryzowanymi narzędziami.

Spośród stosowanych na świecie i w Polsce cennych narzędzi do oceny uzależnień czynnościowych, warto wskazać następujące:

- **patologiczny hazard** – *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur, Blume, 1987)²¹; *Canadian Problem Gambling Index* CPGI, (Ferris, Wynne, 2001)²²; 20 pytań Anonimowych Hazardzistów, wykorzystuje się także kryteria opracowane na bazie DSM-IV-TR i ICD-10,
- **uzależnienie od komputera i internetu** – *Freimuth Screening Tool* (Freimuth, 2005)²³; *Internet Addiction Test Young 1998*, polska adaptacja: *Test Użytkownika Internetu* (Majchrzak, Ogińska-Bulik, 2006)²⁴ oraz *Test Problematicznego Używania Internetu* (Poprawa, 2007)²⁵,
- **uzależnienie od ćwiczeń** – *Exercise Addiction Inventory* (Terry, Griffiths, Szabo, 2004)²⁶; *Exercise Dependence Scale* (Hausenblas, Symons Downs, 2002)²⁷,
- **uzależnienie od zakupów** – *Compulsive Buying Scale* (Faber i O’Guinn, 1992)²⁸; *Shopping Addiction Subscale* (Freimuth, 2005)²⁹; *Compulsive Buying Measurement Scale*, (Valence i in. 1988); *Compulsive Buying Scale*, (D’Astous i in. 1990)³⁰, metody polskie – *Skala Zachowań Zakupowych* (Ogińska-Bulik, 2010)³¹,
- **uzależnienie od pracy** – *Robinson Work Addiction Risk Test WART* (Robinson, 1998) – polska adaptacja E. Wojdyłło, 2005,
- **uzależnienie od seksu** – *Sexual Addiction Screening Test SAST* (oraz *Women-SAST*) (Carnes, 1989)³²,
- **uzależnienie od jedzenia** – *Compulsive Eating Questionnaire* (Mansfield, 2000)³³; *Eating Disorder Inventory* (Garner, 1991); *Eating Disorder Scale* (Coker, Roger, 1990)³⁴; *Compulsive Eating Scale* (Golden, 1986)³⁵, metody polskie – *Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywnościowe* (Ogińska-Bulik, Putyń-

ski, 2000)³⁶; *Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem* (Ogińska-Bulik, 2004)³⁷; *Skala Zaa-sorbowania Jedzeniem* (Ogińska-Bulik, 2010)³⁸.

Podsumowanie

Pojęcie uzależnień czynnościowych coraz mocniej wpisuje się we współczesny słownik. Terapeuci uzależnień, opierając się na doświadczeniach praktyki, mówią wręcz o „nałogowym społeczeństwie” (por. Dodziuk, Kapler, 2007; Mellibruda, 2006), wiążąc to stwierdzenie coraz częściej z uzależnieniami od czynności. Zaprezentowany ogólny przegląd współczesnej wiedzy na temat problemu „nowych uzależnień” miał na celu zwrócenie uwagi na niego oraz zasygnalizowanie potrzeby pogłębiania znajomości zjawiska na gruncie zarówno naukowym, jak i praktycznym, a także uwzględniania go w polityce społecznej.

Zadania, jakie stoją w tym obszarze przed specjalistami w Polsce, nie odbiegają od tych, które stawiają przed sobą specjaliści z innych krajów. Jest to przede wszystkim rozwijanie badań dotyczących specyfiki uzależnień od czynności, wypracowywanie narzędzi diagnostycznych, a przede wszystkim tworzenie specjalistycznych programów terapii opartych na rzetelnej wiedzy o zjawisku.

Przypisy

- ¹ Valleur M., Velea D., „Les addictions sans drogue(s)”, *Revue toxibase*, 6/2002.
- ² Crothers T., „The Disease of Inebriety from Alcohol, Opium and Other Narcotic Drugs”, Arno Press, New York 1981.
- ³ „Dependences comportementales. Introduction”, l’Institut ontarien du jeu problématique de Centre for Addiction and Mental Health CAMH.
- ⁴ Tamże.
- ⁵ Fenichel O., „The psychoanalytic theory of neurosis”, Norton and Company, New York 1945.
- ⁶ Peele S., Brodsky A., „Love and addiction”, Taplinger, New York 1977.
- ⁷ „Jeux de hasard et d’argent – Contextes et addictions. Expertise collective”, Institut National de la santé et de la recherche médicale INSERM, Paris 2008.
- ⁸ Orford J., „Hypersexuality: implication for a theory of dependence”, *British Journal Addiction*, 73/1978, s. 299-310.
- ⁹ Goodman A., „Addiction: definition and implications”, *British Journal of Addiction*, 85/1990, s. 1403-1408.
- ¹⁰ Tamże.
- ¹¹ Benguigui J., „La cyberdependance: Données de la littérature et résultats d’une étude sur 48 cas”, These pour la doctorat en medecine. Université Paris 7 – Denis Diderot, 2009, dostęp on-line 17.03.2012: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3435_THESE-BENGUIGUI.pdf.

- ¹² „Jeux de hasard et d’argent – Contextes et addictions. Expertise collective”, Institut National de la santé et de la recherche médicale INSERM, Paris 2008.
- ¹³ Jacquet M.M., Rigaud A., „Émergence de la notion d’addiction” (w:) S. Le Poulichet (red.), *Les Addictions*, PUF, Paris 2000, s. 11-80.
- ¹⁴ Za: Valleur M., Velea D., „Les addictions sans drogue(s)”, *Revue toxibase*, 6/2002.
- ¹⁵ Griffiths M., „Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence, dokument zaprezentowany podczas spotkania z okazji 105. rocznicy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Chicago, 1997.
- ¹⁶ Benguigui J., „La cyberdependance...”.
- ¹⁷ Ades J., Lejoyeux M., „Les »dépendances comportementales«: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie”, Elsevier Masson Consulte Psychiatrie, Paris 1999.
- ¹⁸ Benguigui J., „La cyberdependance...”.
- ¹⁹ „Dependences comportementales. Introduction”, CAMH.
- ²⁰ Littman-Sharp N., „Introduction to the treatment of problem gambling” (w:) S. Harrison, V. Carver (red.), *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto 2004, s. 675-707.
- ²¹ Lesieur H.R., Blume S.B., „The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers”, *American Journal Psychiatry*, 1987; 144(9), s. 1184-8.
- ²² Ferris J., Wynne H., „The Canadian Problem Gambling Index: Final Report, submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA)”, 2001.
- ²³ Freimuth M., „Hidden Addictions”, Jason Aronson, New York 2005.
- ²⁴ Majchrzak P., Ogińska-Bulik N., „Zachowania ryzykowne związane z cyberprzestrzenią” (w:) N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2006, s. 59-78.
- ²⁵ Poprawa, R., „Charakterystyka problematycznego używania Internetu wśród polskich Internautów” (w:) M. Sokołowski (red.), *Oblicza Internetu: Architektura komunikacyjna Sieci*, Wydawnictwo Instytutu Informatyki Stosowanej PWSZ, Elbląg 2007.
- ²⁶ Terry A., Szabo A., Griffiths M., „The exercise addiction inventory: A new brief screening tool”, *Addiction Research & Theory*, 12 (2004), s. 289-499.
- ²⁷ Hausenblas H., Symons Downs D., „How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale”, *Psychology and Health*, 17 (2002), s. 387-404.
- ²⁸ Faber R.J., O’Guinn T.C., „A clinical screener for compulsive buying”, *Journal of Consumer Research*, 1992, 19, s. 459-469.
- ²⁹ Freimuth M., „Hidden Addictions”, Jason Aronson, New York 2005.
- ³⁰ d’Astous A., Maltais J., Roberge C., „Compulsive buying tendencies of adolescent consumer”, *Advances in Consumer Research*, 17 (1990), s. 306-312.
- ³¹ Ogińska-Bulik N., „Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?”, Difin, Warszawa 2010.
- ³² Carnes P., „Contrary to Love: Helping the Sexual Addict”, CompCare, Minneapolis 1989.
- ³³ Mansfield A., „Development and preliminary testing of an instrument to assess compulsive eating behavior”, *The 128th Annual of APHT*, 2000.
- ³⁴ Coker R., Roger D., „The construction and preliminary validation of a scale for measuring heating disorders”, *Journal of Psychosomatic Research*, 34/1990, s. 223-231.
- ³⁵ Golden B., „Parametres of bulimia: Examining the Compulsive Eating Scale”, *Measurement and Evaluation In Counseling and Development*, 19/1986, s. 84-92.
- ³⁶ Ogińska-Bulik N., Putyński L., „Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe – konstrukcja i właściwości psychometryczne”, *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica*, 4/2000, s. 25-31.
- ³⁷ Ogińska-Bulik N., „Psychologia nadmiernego jedzenia”, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2004.
- ³⁸ Ogińska-Bulik N., „Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?”, Difin, Warszawa 2010.

W znowelizowanej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie 9 grudnia 2011 roku, wprowadzono przepis mówiący, że prokurator i sąd będą mogli odstąpić od ścigania za posiadanie środków odurzających i psychotropowych posiadanych w niewielkich ilościach na własny użytek, jeśli karanie sprawcy byłoby niecelowe ze względu na okoliczności czynu i stopień jego społecznej szkodliwości.

NOWE ROZWIĄZANIE PRAWNE I NOWE ZADANIA DLA SPECJALISTÓW TERAPII UZALEŻNIEŃ

Dorota Wieczorek

Dział Certyfikacji

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Za osoby najlepiej przygotowane do zbierania informacji na temat charakteru używania środków odurzających i substancji psychotropowych oraz do wskazywania odpowiedniej formy oddziaływania leczniczego uznano specjalistów terapii uzależnień i to oni zostali wymienieni w ustawie jako uprawnieni do przeprowadzania wywiadów. W ślad za ustawą, 5 stycznia 2012 r. minister sprawiedliwości wydał rozporządzenie w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, zawierające wytyczne i szczegółowe kryteria, jakie spełnić muszą specjaliści terapii uzależnień, którzy wyrażą gotowość współpracy z organami wymiaru sprawiedliwości.

Artykuł ten poświęcony jest nowemu rozwiązaniu prawnemu, które powoli, i nie bez problemów, wchodzi w życie. Praktyczne wdrażanie rozporządzenia natrafia bowiem, jak to nieraz na początku bywa, na różne trudności, budzi wątpliwości, nasuwa pytania. Wiąże się to głównie z tym, że rozporządzenie w bardzo ogólny sposób traktuje o nowych przepisach. Wiele niuansów pozostaje do dopracowania w praktyce, co będzie wymagało porozumienia pomiędzy wymiarem sprawiedliwości a specjalistami.

Kto może znaleźć się w ewidencji?

Ewidencja specjalistów uprawnionych do zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych jest listą osób posiadających certyfikat specjalisty terapii uzależnień, które wyrażają gotowość do współpracy z organami wymiaru sprawiedliwości w za-

kresie przeprowadzania wywiadów na temat używania narkotyków przez oskarżonego. Jeżeli specjalista jest zainteresowany wpisem do ewidencji, jest zobowiązany do przesłania do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które pełni rolę organu koordynującego działania związane z tworzeniem i nadzorowaniem ewidencji, kompletu dokumentów, których zakres został dokładnie określony w rozporządzeniu. Są to:

1. Poświadczona notarialnie kopia certyfikatu specjalisty terapii uzależnień uzyskanego zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
2. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego, wydana nie wcześniej niż w okresie ostatnich 90 dni.
3. Oświadczenie, wraz z danymi teleadresowymi, na które sądy lub prokuratura będą kierować zarządzenia o zebraniu informacji.

Oświadczenie, o którym mowa w punkcie 3 powinno zostać uzupełnione o dane specjalisty oraz sądy rejonowe, w obrębie których specjalista deklaruje się działać, co ma na względzie szybkość i ekonomikę postępowania karnego. Warto zwrócić uwagę, że dane, które zostaną wpisane w punkcie 7 oświadczenia, czyli „miejsce przyjęcia zarządzenia”, będą upublicznione w internecie, zatem sugerujemy, aby zastanowić się, czy jako miejsce przyjmowania korespondencji wskazać swoje miejsce zamieszkania, czy też adres placówki, w której specjalista pracuje. Ilość zadeklarowanych sądów rejonowych zależy wyłącznie od preferencji specjalisty. Jak pokazuje praktyka, są osoby, które wybrały tylko jeden sąd, jak też tacy, którzy zobowiązują się zbierać dane w obrębie całego województwa. Specjalista, wybierając sądy, nie jest zobowiązany

do konsultowania tego z wybranymi przez siebie placówkami ani też nie jest konieczna zgoda sądów, aby zadeklarować działania w jego obrębie.

Oprócz przesłania pełnej dokumentacji, specjalista powinien spełniać 3 dodatkowe warunki: korzystać z pełni praw publicznych, nie być karanym za przestępstwa umyślne oraz posiadać certyfikat specjalisty terapii uzależnień wydany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Ustawodawca nie przewidział możliwości, aby specjaliści psychoterapii uzależnień od alkoholu z certyfikatem wydanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych mogli ubiegać się o wpis do ewidencji. Ważne jest również to, że zbierania danych mogą dokonywać jedynie osoby znajdujące się w ewidencji. Specjalista nabywa uprawnień do prowadzenia wywiadów diagnostycznych dopiero od momentu opublikowania swoich danych osobowych w rejestrze.

Specjaliści, spełniający wyżej wymienione kryteria, po przesłaniu poprawnie wypełnionych dokumentów, są wpisywani do ewidencji automatycznie, oprócz sprawdzenia poprawności dokumentów nie jest przewidziana żadna dodatkowa weryfikacja. Rozporządzenie określa również okoliczności, w których specjalista może zostać z ewidencji wykreślony – przede wszystkim na jego własne życzenie, w przypadku jego śmierci oraz w przypadku, gdy zbieranie informacji odbywa się w sposób nierzetelny, nieterminowy i w sposób budzący zastrzeżenia organów zarządzających zbieranie danych. Ponadto w przypadku, gdy przeciwko specjalście toczy się postępowanie karne w sprawie o przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego, ma on obowiązek niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie Krajowe Biuro. W sytuacji, gdy specjalista chce wystąpić o zmianę danych teleadresowych lub zadeklarowanych sądów, ma obowiązek przesłania do Krajowego Biura pisemnej prośby o naniesienie zmian. Biuro niezwłocznie nanosi zmiany, a Ministerstwo Sprawiedliwości publikuje wersję ewidencji z poprawkami. Natomiast zaktualizowaną o nowe wnioski ewidencję Ministerstwo publikuje na swojej stronie internetowej co kwartał.

Jak to działa w praktyce?

Pierwsza edycja ewidencji została opublikowana na początku lutego br. Jest ona dostępna na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości pod adresem

<http://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-narkomanii/>. Sądy i prokuratura mogą już korzystać z usług 68 specjalistów zarejestrowanych w ewidencji. Pojawiały się pytania, czy specjalista jako pierwszy powinien nawiązać kontakt z sądem rejonowym – nie ma takiej konieczności – to organy wymiaru sprawiedliwości w razie potrzeby będą zgłaszać się do wybranych z ewidencji osób.

Gdy prokuratura lub sąd ma uzasadnione podejrzenie, że zatrzymany jest osobą uzależnioną lub szkodliwie używającą narkotyków, może zlecić specjalście z ewidencji przeprowadzenie wywiadu w celu rozpoznania, czy bardziej zasadnym nie byłoby poddanie oskarżonego leczeniu. W takiej sytuacji organ wymiaru sprawiedliwości kontaktuje się z osobą wybraną z rejestru, która zadeklarowała gotowość współpracy w danym okręgu. Specjalista w uzasadnionych życiowych okolicznościach przypadkach ma prawo odmówić przeprowadzenia wywiadu. W takiej sytuacji, lub jeśli czas zebrania danych przez wybranego specjalistę byłby zbyt długi, sąd może posiłkować się innymi osobami z listy. Problem pojawia się wówczas, gdy danego sądu nie wybrał żaden specjalista. Takie sytuacje mogą się zdarzyć, gdyż w chwili obecnej znajdują się sądy rejonowe mocno niedoreprezentowane, zwłaszcza w województwach podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Wówczas sąd może zwrócić się do specjalisty, którego miejsce zamieszkania lub zadeklarowane sądy są położone najbliżej. Nie ma przeciwwskazań, aby specjalista przyjmował zarządzenia sądów, których nie zadeklarował w oświadczeniu, jeśli zachodzi taka potrzeba.

Miejsce i czas zebrania danych wskazywane są przez sąd w porozumieniu ze specjalistą. Wywiad może mieć miejsce w siedzibie sądu, miejscu zamieszkania oskarżonego, komisariacie policji lub innym miejscu zaproponowanym przez specjalistę, jeśli ten dysponuje na przykład gabinetem terapeutycznym. Ważne, aby wziąć pod uwagę również możliwości i ograniczenia oskarżonego w związku z dotarciem na ustalone miejsce. Nie został ustalony obligatoryjny czas zebrania danych – to również pozostaje przedmiotem ustaleń pomiędzy zainteresowanymi stronami.

W celu zebrania danych specjalista posiłkuje się specjalnie opracowanym „Kwestionariuszem zebrania informacji przez specjalistę terapii uzależnień”, który stanowi załącznik do rozporządzenia i krok po kroku prowadzi specjalistę prowadzącego wywiad

przez wszystkie informacje niezbędne do uzyskania całościowego obrazu uzależnienia oskarżonego. Na końcu specjalista formułuje wnioski i zarys ewentualnego planu leczenia i w razie potrzeby wydaje skierowanie do odpowiedniej placówki. Listę placówek, które przyjmują pacjentów na leczenie (także skierowanych przymusowo), specjalista znaleźć może w informatorze wydawanym przez Krajowe Biuro. Zasadne byłoby, aby specjalista po wybraniu ośrodka skontaktował się z nim w celu umówienia oskarżonego na spotkanie. Wskazane jest również, aby podczas końcowej diagnozy specjalista brał pod uwagę, oprócz informacji zawartych w kwestionariuszu, również te dotyczące sytuacji socjalnobytovej, stanu zdrowia czy relacji rodzinnych oskarżonego. Specjalista powinien poinformować sprawcę o celu wywiadu i w razie potrzeby przedłożyć kopię cer-

tyfikatu oraz zarządzenie wystawione przez sąd. Wypełniony kwestionariusz przekazywany jest właściwemu sądowi, który może zwrócić się z prośbą o jego uzupełnienie, jeśli zachodzi taka potrzeba. Specjalista zbiera informacje od oskarżonego bez udziału osób trzecich, chyba że przepisy stanowią inaczej. Specjaliście za jednorazowe zebranie danych przysługuje wynagrodzenie wynoszące 112,40 zł brutto, wypłacane przez organ zlecających zbieranie danych na podstawie wystawionego przez specjalistę rachunku, oraz oświadczenia do celów podatkowo-księgowych. Ryczałt ten powinien być wypłacony w ciągu 30 dni od przekazania wywiadu.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii serdecznie zaprasza i zachęca wszystkich specjalistów terapii uzależnień zainteresowanych wpisem do ewidencji do nadsyłania wniosków zgłoszeniowych.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Międzynarodowe Standardy dotyczące profilaktyki narkotykowej, United Nations Office on Drugs and Crime	23-25 stycznia	Wiedeń
Ewaluacja decyzji 357/2005 dotyczącej nowych substancji psychoaktywnych, Komisja Europejska – DG Justice	1 lutego	Bruksela
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	6 lutego	Bruksela
Spotkanie dotyczące monitorowania danych z obszaru leczenia, EMCDDA	18 lutego	Lizbona
Reitox Academy w ramach przygotowania rozdziału o leczeniu stacjonarnym do raportu rocznego	22-23 lutego	Lizbona
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	5 marca	Bruksela
Spotkanie Komitetu Technicznego UE oraz Ameryki Łacińskiej i Karaibów	6 marca	Bruksela
55. sesja Komisji Środków Odurzających NZ	12-16 marca	Wiedeń
Spotkanie dotyczące współpracy w obszarze badań, Francuski Focal Point OFDT	16 marca	Paryż
Spotkanie w ramach projektu dotyczącego dopalaczy „Spice”, Uniwersytet w Freiburgu	27 marca	Frankfurt

SPOTKANIA KRAJOWE

Pomorskie Forum Rozwiązywania Problemów Uzależnień FRDL i CINN KBPN	25 stycznia	Gdańsk
Szkolenie dla realizatorów programów leczenia substytucyjnego, DLiC KBPN	28-29 stycznia	Gdańsk
Wstęp do dialogu motywującego: podstawowe założenia i metody pracy dla realizatorów programu CANDIS, DLiC KBPN	moduł I: 1-2 lutego moduł II: 29 lutego-2 marca	Warszawa
Szkolenie dla przedstawicieli ośrodków stażowych w zakresie metody dialogu motywującego – kontynuacja na poziomie zaawansowanym, DLiC KBPN	14-16 marca	Warszawa
I szkolenie dla gmin dotyczące monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego	21 marca	Wrocław
IV ogólnopolska konferencja gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii, CINN KBPN i Urząd Miasta Wrocławia	22-23 marca	Wrocław

Prezentujemy raport Rzecznika Praw Pacjenta Osób Uzależnionych¹. Stanowi on interesujący głos w dyskusji na temat polityki w obszarze narkotyków prowadzonej w naszym kraju. Choć niektóre tezy raportu mogą wydawać się dyskusyjne, to jednak redakcja uznała, że warto z jego treścią zapoznać Czytelników.

**POLSKA SIEĆ
POLITYKI
NARKOTYKOWEJ**



RAPORT RZECZNIKA PRAW PACJENTA OSÓB UZALEŻNIONYCH

Agnieszka Sieniawska

Prawnik

Program Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej

Czym jest program Rzecznika?

Osoby, które mają problemy z narkotykami lub są uzależnione od innych substancji, są często ofiarami naruszenia praw obywatelskich. Niejednokrotnie w ogóle nie wiedzą, że do takiej sytuacji doszło, a kiedy mają tego świadomość – nie wiedzą, w jaki sposób reagować na nadużycia. Dlatego w czerwcu 2009 roku Stowarzyszenie JUMP '93 oraz Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej powołały instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Osób Uzależnionych. Biuro Rzecznika jest prowadzone kolegialnie przez autorów prezentowanego raportu: Agnieszkę Sieniawską, prawniczkę, oraz Jacka Charmastę, pomysłodawcę programu.

Na początku Rzecznik zajął się codziennym, zwykłym poradnictwem prawnym, które nie jest przypisane do tradycyjnie rozumianej roli rzecznika, jednak było to konieczne, ponieważ udzielanie bezpłatnej pomocy prawnej dla osób używających narkotyków w naszym kraju nadal jest działalnością zbyt mało popularną, pomimo wyników badań wskazujących na duże potrzeby w tym zakresie. Uważaliśmy też, że codzienna praktyczna działalność zbuduje solidną podstawę empiryczną dla funkcji rzecznikowskich. W ramach projektu prawnik udziela więc porad prawnych oraz sporządza pisma procesowe dla osób mających problemy lub pytania prawne związane z używaniem czy też posiadaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych. Koordynuje on także pracę zespołu 10 studentów z Uniwersytetu Warszawskiego, którzy udzielają porad prawnych tej

samej grupie docelowej z ramienia Kliniki Prawa UW – sekcji Redukcji Szkód.

Po co nam raport?

Zebrany materiał stał się m.in. ważnym elementem debaty, którą zainicjowała Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej. Stanowi również źródło informacji w monitorowaniu naruszeń i wskazywaniu ich podłoża, z czym wiąże się fakt, że raport w dużej mierze wykracza ponad dane uzyskane w procesie badawczym. Wnioski w nim zawarte opieramy także na doświadczeniach współpracowników, niezależnych ekspertów i monitoringu prasy, zarówno fachowej, jak i opiniotwórczej. Reakcje Rzecznika na naruszenia prawa wobec osób uzależnionych z czasem rozwinęły się w szerszą działalność obejmującą, obok poradnictwa, także wydawanie publikacji, organizowanie konferencji prasowych, informowanie instytucji i społeczeństwa obywatelskiego o ważnych sprawach społecznych oraz inicjatywy legislacyjne.

Biuro Rzecznika zajmuje się również interwencjami, mającymi na celu poprawę jakości leczenia uzależnień w Polsce oraz zmianę systemu leczenia, który głównie kieruje się zasadą *drug free*.

Kontekst prawny – skutki restrykcyjnej polityki narkotykowej

W Polsce obowiązują jedne z najsurowszych regulacji prawnych związanych z polityką przeciwdziałania narkomanii w Europie. W 2000 roku w wyniku nowelizacji

ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzono zapis penalizujący posiadanie każdej ilości substancji psychoaktywnych, co oznacza, że za posiadanie nawet 1 grama marihuany grozi kara pozbawienia wolności do lat 3. Powodem wprowadzenia tak rygorystycznego prawa było zwiększenie skuteczności policji w walce z handlarzami narkotykowymi.

Po upływie 10 lat funkcjonowania ustawy można jednoznacznie stwierdzić, iż zaostrenie kierunku polityki narkotykowej nie tylko nie wpłynęło na zmniejszenie zjawiska narkomanii i nie zahamowało rozwoju przestępczości narkotykowej, ale przyniosło więcej szkód niż korzyści. Policji nie udało się poprawić wykrywalności poważnych przestępstw narkotykowych związanych z produkcją, handlem i przemysłem narkotyków. 30 tys. osób rocznie jest zatrzymywanych z powodu podejrzenia posiadania nielegalnych substancji psychoaktywnych, 17 tys. z nich otrzymuje z tego tytułu karę, zaś 9 tys. ludzi skazywanych jest na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu na okres próby, z czego 500 odsiaduje ją w więzieniu. Według badań Instytutu Spraw Publicznych z 2009 roku, blisko 80 mln złotych jest wydawane rocznie z budżetu państwa na egzekwowanie zapisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Chodzi zwłaszcza o art. 62.1. W ciągu 10 lat obowiązywania ustawy ceny nielegalnych substancji psychoaktywnych spadły o 20%, co świadczy o popycie na nie. Fakty te potwierdza analiza rozpatrzonych spraw w Biurze Rzecznika.

Wnioski z raportu

W ciągu roku w ramach programu Rzecznika zostało rozpatrzonych ok. 100 spraw. Większość z nich (60%) dotyczyła problemów prawnych pacjentów programów substytucyjnych. Osoby te najczęściej mają problemy z prawem lokalowym, cywilnym oraz prawem karnym. 40% (38 spraw) wszystkich przypadków to sprawy związane z egzekwowaniem art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, czyli tego artykułu, który penalizuje posiadanie każdej ilości narkotyków, również bez względu na rodzaj posiadanej substancji. Główny wniosek płynący z rocznej działalności programu Rzecznika to stwierdzenie, iż obecnie obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii stwarza możliwość nadużyć prawa ze strony organów

egzekwujących prawo, czyli policjantów, prokuratorów i sędziów.

Złe praktyki stosowane przez organy egzekwujące prawo

We wszystkich przypadkach osób, którym postawiono zarzut posiadania narkotyków, doszło do skorzystania z instytucji dobrowolnego poddania się karze. Wówczas propozycją ugodową prokuratora była kara pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, niezależnie od ilości posiadanego narkotyku (6 miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na okres próby 2 lat). Zaskakujące jest, jak wysokie kary były proponowane przez prokuratorów w przypadku posiadania nielegalnego narkotyku w nieznaczonej ilości oraz rezygnacja z kwalifikacji czynu z art. 62.3, czyli jako przypadku mniejszej wagi. Można więc postawić hipotezę, że ustawa prowadzi do stosowania przez prokuratorów złych praktyk. We wszystkich przypadkach (4 wyjątki), w których klienci popełnili przestępstwo polegające na posiadaniu małych ilości narkotyków, doszło do całkowitego lub warunkowego umorzenia postępowania karnego. Nie doszło do tego w ramach postępowania prokuratorskiego. We wszystkich przypadkach prokuratorzy skierowali akt oskarżenia do sądu. Natomiast w ramach postępowania sądowego sprawy te zostały umorzone.

Dowodzi to faktu, iż, po pierwsze – niecelowe jest uruchamianie maszyny egzekwowania art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ze względu na koszty, jakie ponosi skarb państwa. 80 mln złotych rocznie (wg badań Instytutu Spraw Publicznych z 2009 roku) kosztuje egzekwowanie tego nieskutecznego przepisu. Po drugie, w ocenie sądów rozpatrujących tego rodzaju sprawy, jest to działanie niecelowe. Fakt ten znajduje potwierdzenie w wynikach badań Instytutu Spraw Publicznych z 2009 roku, w których 38% sędziów uznało, iż posiadanie narkotyków nie powinno być karalne. 45% sędziów uznało, że art. 62 nie pomaga w ograniczeniu handlu narkotykami; zdaniem 52% sędziów artykuł ten nie wpływa na ograniczenie używania narkotyków, a tylko 13% uważa, że służy pomocą w wychodzeniu z nałogu narkotykowego. Sprawy te zostały umorzone dzięki złożeniu stosownych wniosków, w których najczęściej powoływano się na znikomą szkodliwość czynu lub brak znamion

czynu zabronionego (linia obrony oparta na orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2009 roku).

Utworzenie profilu przestępcy – posiadacza narkotyków

Na konsekwencje prawne wyciągane wobec osób zatrzymanych miały wpływ nie tylko ilość i rodzaj posiadanego narkotyku, ale także charakterystyka sprawcy oraz okoliczności zatrzymania, co świadczy o utworzeniu profilu sprawcy popełniającego przestępstwo posiadania narkotyków. W prawie wszystkich przypadkach (2 wyjątki – MDMA, amfetamina) klienci Rzecznika posiadali małe ilości marihuany, które można uznać za dawki konsumenckie – od 0,2 do 5 gramów, przeznaczone na własny użytek.

Okoliczności zatrzymania przez policję, których przyczyną było podejrzenie popełnienia przestępstwa z art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przedstawiają się dość schematycznie. We wszystkich przypadkach przestępstwo posiadania małej ilości narkotyku wykryto podczas rutynowej kontroli policyjnej pod klubami muzycznymi, w parkach lub podczas kontroli drogowej samochodu, zazwyczaj w godzinach wieczornych.

Ponadto, osobami popełniającymi to przestępstwo byli w prawie wszystkich przypadkach (2 wyjątki) mężczyźni w wieku od 19. do 27. roku życia. Należy przypomnieć, że znalezienie przy osobie podejrzaney substancji psychoaktywnej jest tożsame z wykryciem przestępstwa, więc policja w celu poprawy wykrywalności przestępstw chętnie dokonuje przeszukań i zatrzymań młodych ludzi.

Polski system leczenia uzależnień – „gdy nie ma dentystów zarabiają protetycy”

W części II raportu Rzecznik przedstawia polski system pomocy osobom używającym narkotyków, identyfikuje nieprawidłowości w związku z działaniem placówek leczniczych i wskazuje na sposoby rozwiązania najważniejszych problemów. Polski model pomocy daleko odbiega od optymalnego, mimo stosunkowo dobrze rozwiniętego zaplecza, głównie lokalowo-technicznego, i coraz lepiej wyszkolonych kadr terapeutycznych. Nie jest jednak podstawowym

problemem systemu, jak się powszechnie uważa, brak wystarczającego finansowania. Najpoważniejszym jego mankamentem jest niewłaściwa polityka rozdzielania nakładów na pomoc i leczenie, skorelowana ze zjawiskiem wielopłaszczyznowej monopolizacji świadczeń.

Monopolizacja leczenia narkotykowego wyraża się w:

- uprzywilejowanej pozycji stacjonarnych ośrodków rehabilitacji – otrzymują one 75% nakładów przeznaczanych na leczenie, a w niektórych regionach (woj. lubuskie, opolskie) nawet powyżej 90%,
- uprzywilejowaniu leczenia nefarmakologicznego,
- monopolistycznej pozycji największych organizacji pozarządowych, z których dwie przejmują ok. 50% środków finansowych przeznaczanych na całe leczenie (w regionie opolskim jedna organizacja otrzymuje 100% środków).

Monopolizacja, która sama w sobie jest zjawiskiem niekorzystnym, niesie też inne fatalne następstwa dla systemu:

- Zanik dyskusji na temat istotnych kwestii narkotykowych, w tym dotyczących samego leczenia, spowodowany niechęcią monopolistów do jakiegokolwiek podważania aktualnego porządku.
- Niedofinansowanie leczenia ambulatoryjnego, co powoduje stosowanie niewłaściwych interwencji. Często nieadekwatne reakcje systemu dotyczą zgłaszanych problemów osób, które są dopiero na początkowym etapie uzależnienia/szkodliwego używania narkotyków (takie osoby trafiają często do programów stacjonarnych).
- Deficyt oferty dla osób starszych i głęboko uzależnionych (głównie leczenia substytucyjnego), skutkuje wykluczeniem społecznym i śmiertelnością tych osób.

Zjawiska świadczące o uprzywilejowanej pozycji leczenia stacjonarnego to:

- Pacjent korzystający z oferty ośrodków rehabilitacji może z takiego leczenia korzystać bez ograniczeń czasowych (zmieniając placówki), ponieważ jest to świadczenie całkowicie nieregulamentowane.
- Ośrodek rehabilitacji stacjonarnej nie jest zobligowany do wykazywania żadnych wyników ukończonych terapii, i mimo to dobrze prosperuje.
- Według szacunków raportu w 1/3 ośrodków (społeczności terapeutycznych) liczba ukończonych

terapii jest niższa od liczby zatrudnionego w nich personelu terapeutycznego.

Lecznictwo „narkotykowe” zastygło w przyjętych 30 lat temu formach i nie wykazuje zainteresowania modernizacją ani dyskusją o swoich problemach. Dobrego samopoczucia większości przedstawicieli środowiska terapeutycznego nie burzy fakt, że nadpodaż usług w jednym sektorze świadczeń leczniczych i pomocowych jest okupiona ciężkimi deficytami w innych. Trzeba też stwierdzić, że w raporcie są zawarte także elementy optymistyczne. Jednym z nich jest fakt wyróżnienia Mazowsza jako regionu, gdzie struktura świadczeń jest najbardziej adekwatna do potrzeb pacjentów i zrównoważona. Na Mazowszu w 2009 roku rozkład finansowania lecznictwa stacjonarnego w stosunku do nakładów na lecznictwo ambulatoryjne i substytucyjne wynosił w przybliżeniu 50/50, natomiast średnia dla Polski to 75% na lecznictwo stacjonarne i 25% na ambulatoryjne i substytucyjne. Znaczące środki na rozwiązywanie problemów narkotykowych przeznacza tradycyjnie stosunkowo zamożna Warszawa, która może być wskazywana jako przykład kreatywności, prowadzenia racjonalnej polityki leczniczej, a także dobrej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zrównoważona polityka narkotykowa ostatnich dwu stołecznych administracji zredukowała narkomanię uliczną do niewidocznego niemal poziomu.

Niewłaściwa struktura polskiego lecznictwa wynika głównie z niezrozumienia potrzeb społecznych przez samorządy, które odpowiadają za tworzenie polityki leczniczej. W większości ignorują one priorytety krajowych strategii leczniczych (Narodowego Programu Zdrowia, Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego). Z raportu wynika też, że na lokalną politykę wpływ mają duże organizacje pozarządowe, wspierające monopolistyczną pozycję lecznictwa stacjonarnego i nefarmakologicznego.

Są regiony, które pokazują, jak wiele można zrobić za stosunkowo niewielkie pieniądze (woj. małopolskie, lubelskie), ale też takie, które pokazują, jak niewiele można zrobić, przeznaczając znaczne środki finansowe (woj. pomorskie). Najbardziej znamieny jest przykład regionu pomorskiego. W tym województwie nakłady na lecznictwo narkotykowe należą do rekordowych. W 2009 roku było 42 tys. złotych na

10 tys. mieszkańców. To relatywnie dużo, biorąc pod uwagę, że średnie nakłady dla całego kraju to 29 tys. złotych na 10 tys. mieszkańców. Więcej od pomorskiego NFZ przeznaczono w woj. lubuskim (122 tys. zł/10 tys. mieszkańców!) i w mazowieckim (47 tys. zł). Na Pomorzu w 2009 roku na lecznictwo ambulatoryjne przeznaczono tylko 13% nakładów, a na lecznictwo stacjonarne całą resztę, czyli 87%. Leczenie substytucyjne udostępniono w tym regionie dopiero w listopadzie 2011 roku.

Dla optymalizacji polskiego modelu pomocy osobom używającym narkotyków potrzebne jest respektowanie i wdrożenie przez samorządy i NFZ priorytetowych zadań wskazanych w krajowych strategiach rozwiązywania problemów narkotykowych.

Rekomendacje programu Rzecznika

Najwyższy czas, aby w Polsce przyjęto depenalizację posiadania nieznacznych ilości narkotyków przeznaczonych na użytek własny, z tabelą dookreślającą wartości graniczne narkotyków. Zmiany powinny zajść również w polskim systemie leczenia uzależnień. Kluczem do sukcesu w zakresie polityki narkotykowej jest różnorodność sposobów leczenia oraz humanizacja prawa narkotykowego, opartego na zasadach redukcji szkód oraz respektującego prawa człowieka.

9 grudnia 2011 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, stanowiąca nieśmiały krok w stronę liberalizacji polskiego prawa narkotykowego. Dzięki staraniom Rzecznika, przy wsparciu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, pod koniec listopada 2011 roku uruchomiono w Gdańsku program metadonowy, z którego korzysta już 50 pacjentów. Budzi on jeszcze wiele zastrzeżeń, ale ważne jest, że funkcjonuje.

W najbliższych latach działania Rzecznika będą nastawione na zmianę systemu leczenia uzależnień w Polsce (jakość i różnorodność metod) oraz rozpoczęcie debaty na temat możliwości przepisywania pacjentom metadonu na receptę.

Przypisy

¹ Report of the Ombudsman for Addicts Program from 2010/2011 Jump 93 Association, Polish Drug Policy Network.

MINIMALNE EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE, LECZENIU I REDUKCJI SZKÓD

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Poprawa jakości i skuteczności interwencji oraz usług z zakresu profilaktyki, leczenia, redukcji szkód, rehabilitacji i readaptacji społecznej stanowi priorytet Strategii Antynarkotykowej UE. Na tej podstawie Plan Działania UE wobec Narkotyków na lata 2009–2012 zakłada wypracowanie wspólnego stanowiska w zakresie minimalnych standardów jakości i wzorców (*minimum quality standards and benchmarks*) w redukcji popytu na narkotyki oraz wdrożenie wspólnego systemu odniesienia (*common reference framework*). Implementacja minimalnych, podstawowych standardów ma w efekcie podnieść jakość prowadzonych działań w obszarze redukcji popytu. Prace nad europejskimi standardami realizował Szwajcarski Instytut ds. Zdrowia Publicznego i Uzależnień Uniwersytetu w Zurichu (ISGF), na zlecenie Komisji Europejskiej, w ramach projektu *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS*.

Rezultaty projektu zostały przedstawione podczas konferencji w Brukseli w czerwcu 2011 roku. Opracowanie standardów jakości UE wymaga uwzględnienia różnic pomiędzy poszczególnymi krajami w obszarze problemu narkotyków, systemów opieki zdrowotnej, czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych. Budowanie konsensusu w trakcie konsultacji partnerskich odgrywało kluczową rolę w przygotowaniu europejskiego systemu minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki, dlatego też Komisja Europejska przeprowadziła szerokie konsultacje podczas opracowywania dokumentu, jak np. spotkanie kierowników Focal Pointów w EMCDDA. Ponadto, w połowie 2011 roku w Brukseli zorganizowano konferencję dotyczącą standardów, w której wzięło udział ponad 120 osób: od praktyków, przedstawicieli organizacji pozarządowych, badaczy, po osoby zajmujące się polityką narkotykową. Celem spotkania była konsultacja wstępnych wyników podstawowych standardów.

Praca nad minimalnymi standardami

Pierwszym krokiem w tworzeniu standardów było powołanie grup ekspertów, przede wszystkim w obszarze leczenia oraz redukcji szkód. Następnie dokonano przeglądu istniejących standardów i wzorców (w profilaktyce, leczeniu, redukcji szkód i readaptacji społecznej) oraz przeanalizowano obszary, które wymagają uzupełnienia (*gap analysis*). Priorytetowo traktowano standardy opracowane przez kluczowe w krajach UE instytucje, ale również analizowano dokumenty krajowe. W sumie pod uwagę wzięto 350 dokumentów (259 dla leczenia i rehabilitacji oraz 90 dokumentów dla redukcji szkód). Spośród nich wyselekcjonowano 29 dokumentów dla leczenia i rehabilitacji oraz 9 dokumentów dla redukcji szkód. Następnie przygotowany został mechanizm osiągania konsensusu i prowadzenia konsultacji. Ważnym elementem projektu było zdefiniowanie podstawowych pojęć, takich jak: leczenie, redukcja szkód, profilaktyka oraz najlepsze praktyki. Ponadto, przygotowano projekt systemu podstawowych standardów jakości i wzorców (struktura, zagadnienia kluczowe, rodzaj i poziom specyfikacji). Lista opracowana na bazie przeglądu dokumentów została poddana konsultacjom w ramach ankiety on-line za pomocą metody delphi. Do wypełnienia ankiety zaproszono 514 specjalistów zajmujących się tematyką narkotyków; ostatecznie w dwóch rundach badania wzięło udział 241 osób. Wyniki badania doprowadziły do podziału standardów na trzy grupy: standardy o wysokim konsensusie, czyli takie, które zostały zaakceptowane przez ponad 80% ankietowanych; standardy o średnim konsensusie (zaakceptowane przez 50-80% ankietowanych) i niskim – poniżej 50%. Standardy ze średnim poziomem akceptacji zostały omówione na konferencji w Brukseli w celu podjęcia decyzji, czy będą one uwzględnione w końcowej wersji dokumentu. Standardy z niskim konsensem zostały wykluczone z dokumentu. Lista standardów opracowana została na

trzech poziomach: interwencji (*intervention*), serwisu (*service*), systemu i ram polityki (*systems and policies*). Ten podział oparty był na założeniu, że standardy dotyczą różnych aspektów prowadzonych działań, jak również różnego kontekstu, w jakim są one wykorzystywane. Dla każdego z poziomów zdefiniowano różne wymiary jakości: struktury, procesu, wyniku.

Standardy dotyczące leczenia

W ramach prac nad standardami dotyczącymi leczenia przygotowano zestawienie istniejących dokumentów oraz opracowano wzór mający na celu zebranie informacji. Schemat służący do otrzymania listy standardów został przetestowany na 2-3 dokumentach. Z analizy wykluczono standardy i wskazówki, które dotyczyły szerokiego kontekstu społecznego, czyli nie były poświęcone wyłącznie sprawom narkotykowym. W celu usystematyzowania zbierania danych opracowano typologię różnego rodzaju leczenia. Ponadto, wprowadzono trzy poziomy standardów: struktury dla usług, procesu dla usług i interwencji oraz wyniku dla systemu. Standardy zostały zróżnicowane ze względu na ich funkcję jako obowiązkowe lub rekomendowane.

Standardy w obszarze profilaktyki

W przypadku profilaktyki wykorzystano wyniki innego europejskiego projektu dotyczącego standardów jakości

w profilaktyce antynarkotykowej (*European Quality Prevention Standards – EQPS*), w którym uczestniczyła również Polska. Osoby zainteresowane projektem mogły dowiedzieć się o pracach nad EQPS w jednym z numerów „Serwisu”. Bazując na wynikach projektu EQPS, standardy jakości zostały dostosowane do wymagań projektu minimalnych standardów, dlatego też proces ich opracowywania wyglądał inaczej niż w obszarze leczenia i redukcji szkód. W przypadku profilaktyki nie przeprowadzono delphi konsultacji, ponieważ zostało to zrealizowane w ramach EQPS. Standardy dotyczące profilaktyki przedstawiono, podobnie jak w przypadku leczenia, na konferencji w Brukseli. Lista standardów omówiona w trakcie konferencji została zawarta w końcowym raporcie z projektu *Working Paper European Conference Building an EU Consensus for Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction*, który jest dostępny na stronie Komisji Europejskiej¹. Jednym z celów konferencji była także dyskusja na temat możliwości wykorzystania standardów w praktyce. Europejskie standardy dotyczące profilaktyki, wykorzystane w projekcie EQPS, znajdują się na stronie EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>.

Przypisy

¹ Dokument jest dostępny na stronie Komisji Europejskiej: http://ec.europa.eu/justice/newsroom/anti-drugs/events/110615/11-06-01-working-document-final_en.pdf.

STANDARDY LECZENIA/REHABILITACJI

Leczenie/rehabilitacja: Zasady organizacyjne świadczenia usług

- TR1 Dostępność: miejsce (usługa jest łatwo dostępna za pośrednictwem komunikacji publicznej)
- TR2 Otoczenie fizyczne: odpowiednie warunki lokalowe do działań związanych ze świadczeniem usług (np. ośrodek posiada odrębne pomieszczenia do terapii indywidualnej)
- TR3 Otoczenie fizyczne: bezpieczeństwo (ośrodek posiada odpowiednie wyposażenie w kierunku reagowania w sytuacjach awaryjnych np. przedawkowania, pożar, zachowania agresywne na terenie ośrodka)
- TR4 Kryteria kwalifikacyjne: diagnoza (kwalifikacja do leczenia zawsze odbywa się na podstawie diagnozy)
- TR5 Kwalifikacje personelu: kwalifikacje podstawowe (np. co najmniej połowa personelu posiada wykształcenie z zakresu medycyny, pielęgniarstwa, opieki społecznej lub psychologii)
- TR6 Struktura personelu: interdyscyplinarność (np. ośrodek posiada zespół, w skład którego wchodzi przedstawiciele co najmniej 3 zawodów)

Leczenie/rehabilitacja: Standardy procesu na poziomie ośrodka

- TRs7 Procedury w zakresie oceny: należy ocenić historię używania substancji, diagnozę oraz dotychczasowy przebieg leczenia

- TRs8 Procedury w zakresie oceny: należy ocenić stan fizyczny i status społeczny
- TRs9 Procedury w zakresie oceny: należy ocenić stan psychiczny
- TRs10 Indywidualne plany leczenia (plan leczenia są indywidualnie adaptowane do potrzeb pacjenta)
- TRs11 Świadoma zgoda (pacjenci muszą otrzymywać informacje na temat możliwych opcji leczenia i wyrazić zgodę na proponowaną formę leczenia, plan lub też zmianę planu przed rozpoczęciem leczenia)
- TRs12 Pisemna dokumentacja klienta (wobec każdego pacjenta prowadzona jest na bieżąco wyczerpująca dokumentacja, która zawiera wyniki oceny, plan interwencji, interwencje, spodziewane zmiany i zdarzenia nadzwyczajne)
- TRs13 Ochrona danych klienta (dokumentacja pacjenta ma charakter poufny, a dostęp do niej mają wyłącznie członkowie personelu zaangażowani w leczenie danego pacjenta)
- TRs14 Standardowa współpraca z innymi ośrodkami (w przypadku braku odpowiedniego wyposażenia w zakresie spełnienia potrzeb pacjenta, istnieje możliwość skierowania pacjenta do innego właściwego ośrodka)
- TRs15 Ustawiczne szkolenie personelu (personel systematycznie otrzymuje informacje na temat nowych rozwiązań w swojej dziedzinie)

Leczenie/rehabilitacja: Standardy procesu w zakresie interwencji

- TRi7 Procedury w zakresie oceny: należy ocenić historię używania substancji, diagnozę oraz dotychczasowy przebieg leczenia
- TRi8 Procedury w zakresie oceny: należy ocenić stan fizyczny i status społeczny
- TRi9 Procedury w zakresie oceny: należy ocenić stan psychiczny
- TRi10 Indywidualne plany leczenia (plan leczenia są indywidualnie dostosowywane do potrzeb pacjenta)
- TRi11 Świadoma zgoda (pacjenci muszą otrzymywać informacje na temat możliwych opcji leczenia i wyrazić zgodę na proponowaną formę leczenia, plan lub też zmianę planu przed rozpoczęciem leczenia)
- TRi12 Pisemna dokumentacja klienta (wobec każdego pacjenta prowadzona jest na bieżąco wyczerpująca dokumentacja, która zawiera wyniki oceny, plan interwencji, interwencje, spodziewane zmiany i zdarzenia nadzwyczajne)
- TRi13 Ochrona danych klienta (dokumentacja pacjenta ma charakter poufny, a dostęp do niej mają wyłącznie członkowie personelu zaangażowani w leczenie danego pacjenta)
- TRi14 Standardowa współpraca z innymi ośrodkami (w przypadku braku odpowiedniego wyposażenia w zakresie spełnienia potrzeb pacjenta, istnieje możliwość skierowania pacjenta do innego właściwego ośrodka)
- TRi15 Ustawiczne szkolenie personelu (personel systematycznie otrzymuje informacje na temat nowych rozwiązań w swojej dziedzinie)

Leczenie/rehabilitacja: Standardy wyniku na poziomie systemu

- TR16 Cel: Stabilizacja/poprawa stanu zdrowia (leczenie musi zmierzać do poprawy lub stabilizacji stanu zdrowia)
- TR17 Cel: Stabilizacja/integracja funkcjonowania społecznego (leczenie musi zmierzać do stabilizacji lub integracji funkcjonowania społecznego)
- TR18 Cel: Redukcja używania substancji (leczenie musi zmierzać do redukcji używania substancji np. poprzez pomoc pacjentowi/klientowi w redukowaniu ilości zażywanych nielegalnych substancji lub substancji psychotropowych zdobywanych bez przepisu lekarza bądź też osiągnięciu abstynencji)
- TR19 Monitorowanie obłożenia (ośrodek musi okresowo przysyłać raporty na temat wykorzystanych miejsc lub łóżek)
- TR20 Monitorowanie zwolnień (np. stosunek zwolnień terminowych do nieterminowych oraz dane na temat klientów/pacjentów, którzy utrzymali się w leczeniu w ośrodku muszą być okresowo monitorowane)
- TR21 Ewaluacja wewnętrzna (ośrodki muszą systematycznie dokonywać wewnętrznej ewaluacji prowadzonych działań i ich wyników)
- TR22 Ewaluacja zewnętrzna (ośrodki muszą systematycznie zlecać niezależnym podmiotom zewnętrznym ewaluację prowadzonych działań i ich wyników)

STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE – NOWY PODRĘCZNIK DLA SPECJALISTÓW ZAJMUJĄCYCH SIĘ PROFILAKTYKĄ

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Nowa publikacja Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) jest wynikiem dwuletnich prac w ramach projektu „Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków”. Podręcznik został wydany pod koniec 2011 roku przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Jego oficjalna prezentacja odbyła się w trakcie międzynarodowej konferencji Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (*European Society for Prevention Research – EUSPR*) 9 grudnia ubiegłego roku w Lizbonie.

Projekt przygotowania standardów finansowany był przez Komisję Europejską (60%) i poszczególne organizacje partnerskie (40%). Standardy zostały opracowane przez Partnerstwo

Standardów w Profilaktyce – podmiot o charakterze interdyscyplinarnym i wielosektorowym, skupiający siedem organizacji europejskich z Włoch, Węgier, Rumunii, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii oraz Polski (KBPN). Liderem projektu było Centrum Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Johna Mooresa w Liverpoolu (LJMU) w Wielkiej Brytanii. Według internetowego glosariusza EMCDDA: Standardy jakości to ogólnie przyjęte zasady lub zbiory procedur w zakresie najlepszych/najwłaściwszych sposobów realizacji interwencji. Często odnoszą się one do strukturalnych (formalnych) aspektów zapewniania jakości, takich jak środowisko i skład personelu. Mogą również dotyczyć aspektów procesu, takich jak: zasadność treści, realizacja interwencji czy procesy ewaluacyjne. W podręczniku, który

zawiera definicję podstawowych terminów związanych z profilaktyką, zaproponowano następującą definicję standardu jakości: Wskaźnik, który pomaga ocenić, czy dane działanie, realizator itp. spełnia wysoką jakość. Standardy jakości na ogół opierają się na porozumieniu wśród profesjonalistów. Skupiają się głównie na strukturalno-proceduralnych aspektach zapewniania jakości, np. ewaluacji, doborze i kompetencjach personelu, bezpieczeństwie beneficjentów itp.

Opracowanie standardów

Określenie standardów wydaje się kluczowe dla tworzenia skutecznych działań w dziedzinie profi-

laktyki. Systemy postępowania w zakresie interwencji profilaktycznych funkcjonują w kilku państwach członkowskich UE, jednak różnią się co do metodologii oraz jej zastosowania w szerszym kontekście europejskim. Wychodząc naprzeciw tego typu potrzebom, nowa publikacja opisuje wspólnie uzgodniony mechanizm, który może przyczynić się do podniesienia skuteczności działań w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków w Unii Europejskiej.

Prace nad standardami rozpoczęto od dokonania przeglądu europejskich i międzynarodowych zasad postępowania w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków. Dokonano syntezy standardów jakości spełniających odpowiednie kryteria doboru poprzez analizę danych jakościowych. W kolejnym etapie, w ramach konsultacji w gronie sześciu państw UE, oceniono zasadność, użyteczność i wykonalność proponowanych standardów. Przedstawiciele poszczególnych krajów przeanalizowali treści standardów i wskazali na potencjalne przeszkody w procesie realizacji. Na podstawie uzyskanych informacji zwrotnych standardy były kilkakrotnie modyfikowane. Końcowa wersja zawiera materiał uzyskany w efekcie wszystkich konsultacji, sugestie z prezentacji wygłaszanych podczas konferencji, nieformalnych i formalnych rozmów ze specjalistami do spraw profilaktyki, a także wnioski ze spotkań w ramach Partnerstwa. W efekcie możliwe było zdefiniowanie unijnych standardów na poziomie podstawowym i specjalistycznym. Standardy mają zastosowanie w pracy wszystkich specjalistów, którzy pośrednio lub bezpośrednio zajmują się profilaktyką uzależnień od narkotyków.

Struktura i zastosowanie standardów

„Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków” definiują działania konieczne w planowaniu, wdrażaniu i ewaluowaniu programów profilaktycznych. Ponadto, standardy mogą służyć do budowania strategii profilaktycznych, tworzenia i oceny podmiotów świadczących usługi z zakresu profilaktyki oraz jako system opisu rozwoju zawodowego; mogą być wykorzystane do samodoskonalenia i autorefleksji w pracy profilaktycznej. Trzon standardów tworzy cykl projektowy, na który składa się osiem etapów: ocena potrzeb, ocena zasobów, sformułowanie programu, konstrukcja interwencji, zarządzanie i mobilizacja zasobów, monitoring realizacji, ewaluacje końcowe oraz rozpowszechnianie i doskonalenie. Na każdym etapie występują standardy wspólne dla wszystkich etapów: trwałość i finansowanie, wzajemna komunikacja i udział interesariuszy, organizacja i przygotowanie personelu oraz etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków. Każdy etap podzielony został na kilka komponentów, które określają, jakie działania należy podejmować. Trzeci poziom szczegółowości tworzą atrybuty, które określają, w jaki sposób dany komponent może zostać zrealizowany. Standardom towarzyszy szczegółowe wprowadzenie, które wyjaśnia ich praktyczne zastosowanie. Oprócz tego każdy komponent standardu został wzbogacony o rozważania dotyczące wdrożenia danego standardu, również w odniesieniu do państw partnerskich uczestniczących w projekcie (suplement w wersji online). Dodatek oferuje instruktaż dotyczący realizacji standardów oraz bogaty glosariusz. Do niniejszego podręcznika opracowano również

Tabela 1. Sugerowane zastosowanie wersji 1 Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień

Cel	Zalecany	
Informacja, edukacja, instruktaż	✓	
Tworzenie lub aktualizacja kryteriów jakości	✓	
Autorefleksja	✓	
Dyskusja w grupach	✓	
Ocena realizacji	✓	
Formalna samodzielna ocena	Jeszcze nie	Planuje się dalsze działania, by standardy mogły być wykorzystywane w tym celu
Decyzje dotyczące finansowania	Jeszcze nie	
Akredytacja zewnętrzna	Jeszcze nie	
Działania w miejsce ewaluacji wyniku	Nie, chociaż standardy zawierają zalecenia odnośnie do ewaluacji	

listę kontrolną dostępną jako suplement na stronie internetowej.

Odbiorcy standardów

„Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków” tworzą pierwszy europejski system dotyczący wdrażania wysokiej jakości profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy te odzwierciedlają wewnętrznie spójną i długofalową politykę w zakresie działań profilaktycznych, doceniają wagę stosowania zintegrowanych metod pracy z młodymi ludźmi, a także doceniania i wynagradzania udziału profesjonalistów. Określają konieczne działania w planowaniu, wdrażaniu i ewaluowaniu programów profilaktycznych. Pomagają użytkownikom niniejszego podręcznika zrozumieć, w jaki sposób ludzie, interwencje, organizacje i strategie (rządowe) kształtują profilaktykę uzależnień od narkotyków. Skłaniają do refleksji na temat usprawnienia istniejących działań w celu osiągnięcia (jeszcze)

lepszych i trwałych efektów. Sugerowane zastosowanie standardów przedstawione zostało w tabeli 1.

Profilaktyka uzależnień od narkotyków, opierając się na standardach, ma szansę: być odpowiednia (skupiać się na potrzebach uczestników wykorzystujących odpowiednie strategie); mieć etyczny wymiar (przestrzegać zasad określonych w Standardzie D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków, takich jak: zapewnienie dobrowolnego udziału w programie i rzeczywistych korzyści dla jego uczestników w jak najszerszym zakresie, uwzględniając praktyczne aspekty realizacji programu); opierać się na udokumentowanych rozwiązaniach (wykorzystywać najlepsze dostępne dowody naukowe); stać się skuteczną (osiągać założone cele i nie wyrządzać szkód); być wykonalna (możliwość realizacji w ramach dostępnych zasobów, logiczne i spójne podejście).

Dalsze prace nad standardami

W przypadku uzyskania przez Partnerstwo dodatkowych środków, powstanie projekt działań, które umocnią standardy w solidnym systemie, na który składać się będą dodatkowe materiały, szkolenia i działania edukacyjne dla szerokiego grona specjalistów w zakresie przeciwdziałania narkomanii, jak również system akredytacyjny dla programów mode-

lowych. Tego typu działania sprawiają, że standardy nie pozostaną tylko na papierze, ale będą w znaczący sposób stanowić o działaniach UE w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków. W procesie wdrażania i testowania standardów w praktyce powstawać będą ich zmodyfikowane, ulepszone wersje. Obecnie trwają prace nad przygotowaniem wniosku do Komisji Europejskiej o nowe środki na dalsze prace nad standardami, przede wszystkim na ich wdrażanie. Polska również będzie aplikować w ramach konsorcjum o wdrażanie standardów w Polsce. Pu-

blikacja standardów w ramach serii podręczników EMCDDA stanowi pierwszy, ważny krok w rozpowszechnianiu standardów. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wnosi istotny wkład w rozwój profilaktyki uzależnień od narkotyków w Europie. Publikacje i narzędzia EMCDDA, takie jak Zbiór Dobrych Praktyk w Profilaktyce i Ewaluacji (PERK), zalecenia do ewaluacji profilaktyki uzależnień od narkotyków oraz baza danych EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*) zwróciły uwagę na potrzebę podnoszenia jakości działań podejmowanych w obszarze profilaktyki. Publikacja KBPN jest tłumaczeniem podręcznika EMCDDA uzupełnionym o informacje dotyczące opracowywania standardów w Polsce. Wersja PDF jest dostępna na stronie Krajowego Biura: <http://www.cinn.gov.pl/porta?id=105447>.

Monitorowanie sytuacji dotyczącej narkotyków i narkomanii opiera się na wielu wskaźnikach, które dostarczają informacji o skali zjawiska oraz zachodzących w nim zmianach. Jednym z takich wskaźników są dane o osobach zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających i substancji psychotropowych (Treatment Demand Indicator – TDI).

ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW – CHARAKTERYSTYKA SYSTEMU MONITOROWANIA W POLSCE

Marta Struzik

Katarzyna Sollich

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

Gromadzenie informacji o użytkownikach narkotyków podejmujących leczenie jest jednym z kluczowych wskaźników monitorowania rekomendowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Zbieranie, analizowanie oraz sprawozdawanie do EMCDDA danych z zakresu TDI jest obowiązkiem krajów członkowskich Unii Europejskiej i dlatego w większości państw Unii zostały wdrożone krajowe systemy monitorowania zgłaszalności do leczenia.

Stan prac nad systemem monitorowania TDI w Polsce

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN) podjęło prace nad implementacją monitoringu TDI w Polsce. Monitoring zgłaszalności do leczenia jest prowadzony w naszym kraju od 2008 roku w formie projektu pilotażowego, który pozwolił na dopracowanie materiałów merytorycznych oraz kwestionariuszy sprawozdawczych. Centrum Informacji KBPN opracowało polski protokół monitorowania, który odpowiada wymaganiom stawianym przez EMCDDA, a także przygotowało instrukcję oraz narzędzia do zbierania i przysyłania danych przez placówki. Materiały określają szczegółowo zakres monito-

rowanych zmiennych, czyli rodzaje zbieranych informacji. Monitorowanie opiera się na wypełnianiu kwestionariuszy sprawozdawczych w drodze wywiadu przeprowadzanego z pacjentem w momencie jego pierwszej wizyty w placówce. Warto zaznaczyć, że KBPN pełni rolę koordynatora systemu monitorowania, a zakodowane dane z placówek leczniczych wysyłane są bezpośrednio do Centrum Informacji KBPN. W 2008 roku w pilotażu uczestniczyły 33 placówki, w roku 2009 – 26, w 2010 – 21, a w roku 2011 dane sprawozdało 27 placówek. Zebrano informacje na temat 2082 pacjentów zgłaszających się do leczenia w 2008 roku, 1426 w 2009 i 1342 w roku 2010. Dane za rok 2011 poddawane są jeszcze analizie.

Aktywności z 2011 roku

W ramach rozwijania sieci placówek uczestniczących w monitorowaniu zgłaszalności do leczenia w lutym oraz kwietniu 2011 roku CINN zorganizowało w Warszawie dwa szkolenia dla nowych placówek zainteresowanych wzięciem udziału w projekcie. Celem szkoleń było przekazanie uczestnikom wiedzy na temat metodologii monitorowania TDI oraz praktycznych umiejętności obsługi aplikacji elektronicznej wykorzystywanej do zbierania i raportowania danych. Dodatkowo, w kwietniu 2011 roku,

Tabela 1. Liczba pacjentów zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków w latach 2008–2010 (wszyscy pacjenci oraz pacjenci pierwszorazowi)

Liczba pacjentów w poszczególnych latach	2008	2009	2010
Wszyscy pacjenci	2082	1426	1342
Pacjenci zgłaszający się do leczenia po raz pierwszy	851	570	364

Zródło: Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues (2011).

zorganizowano spotkanie z przedstawicielami placówek, podczas którego skonsultowano projektowane zmiany w protokole zbierania danych uwzględniające wnioski z pilotażu. Na bieżąco CINN realizowało także prace związane z analizą zebranych w pilotażu danych oraz sprawozdawczością do Europejskiego Centrum. Mając na uwadze przygotowania Polski do wdrożenia obowiązkowego krajowego systemu monitorowania TDI, Centrum Informacji KBPN przeprowadziło konsultacje z ekspertami zajmującymi się wskaźnikiem zgłaszalności do leczenia. W październiku 2011 roku na spotkanie pn. Polish Reitox Academy on Treatment Demand Indicator zaproszono do Warszawy przedstawicieli EMCDDA odpowiedzialnych za wskaźnik TDI oraz reprezentantkę irlandzkiego Focal Point, która zajmuje się krajowym systemem monitorowania TDI. Akademia miała na celu przygotowanie Polski do objęcia sprawozdawczością wszystkich właściwych placówek oraz wymianę doświadczeń z przedstawicielem innego kraju UE, który wdrożył monitoring TDI. Dzięki konsultacjom podsumowano dotychczasowe działania podejmowane w Polsce w ramach monitorowania oraz wyznaczono następne zadania. Planowane jest m.in. zwiększenie liczby placówek sprawozdających się w zakresie TDI, co wiąże się także z obowiązkiem, jaki wprowadziła nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Istotne są też dalsze starania o utrzymanie wysokiej jakości raportowanych danych. Pod koniec 2011 roku Centrum Informacji KBPN zorganizowało również czwartą ogólnopolską konferencję dotyczącą monitorowania zgłaszalności do leczenia, która wpisuje się w cykl spotkań sieci placówek uczestniczących w pilotażu.

W grudniu 2011 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, której zapisy nałożyły na placówki prowadzące leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych obowiązek zbierania danych z zakresu TDI. Oznacza to gromadzenie informacji niebędących danymi osobowymi, a dostarczających charakterystyki użytkowników narkotyków zgłaszających się do leczenia. Ustawa wskazuje zakres zbieranych danych. Dotyczą one m.in. następujących obszarów: cechy społeczno-demograficzne osób trafiających do placówek leczniczych, historia i wzór używania narkotyków, historia leczenia związanego z narkotykami, podejmowane zachowania ryzykowne, status serologiczny HIV i HCV oraz rozpoznanie medyczne według klasyfikacji ICD.

Z końcem 2011 roku Centrum Informacji rozpoczęło prace nad wdrożeniem sieci Koordynatorów Wojewódzkich TDI KBPN.

Sieć Koordynatorów Wojewódzkich TDI KBPN

Sieć Koordynatorów Wojewódzkich TDI KBPN została powołana przez Centrum Informacji KBPN w odpowiedzi na zapisy prawne zawarte w nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i potrzebę przygotowania działań umożliwiających wdrożenie systemu monitorowania TDI w całym kraju. Osoby, które zgodziły się objąć funkcję Koordynatorów będą stanowić dla CINN KBPN istotne wsparcie w procesie rozwijania monitoringu TDI w Polsce. Sieć Koordynatorów tworzą osoby, które dotychczas dostarczały dane do CINN KBPN w ramach projektu pilotażowego i aktywnie uczestniczyły w procesie dostosowania systemu do polskich warunków. Dzięki swojemu zaangażowaniu posiadają wiedzę na temat metodologii i procedury zbierania danych TDI, organizacji pracy w różnego typu placówkach, jak i trudności, które mogą towarzyszyć wdrażaniu monitorowania na tym szczeblu. Placówki objęte współpracą z Koordynatorami, po wytypowaniu osoby odpowiedzialnej za TDI, będą mogły liczyć zarówno na pomoc przy początkowej implementacji, jak i na stały kontakt oraz konsultacje wyjaśniające wątpliwości powstałe w trakcie zbierania danych oraz ich raportowania. 29 marca 2012 roku w siedzibie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii odbyło się pierwsze spotkanie Wojewódzkich Koordynatorów TDI KBPN, mające na celu ustalenie zasad współpracy. Do zadań Koordynatorów będzie należało nawiązanie kontaktu z placówkami, które dotychczas nie podjęły współpracy z CINN KBPN w ramach monitorowania zgłaszalności do leczenia, przeszkolenie przedstawicieli tych placówek z zakresu metodologii projektu, zasad zbierania danych oraz obsługi aplikacji elektronicznej TDI Manager. W zakres działań Koordynatora będzie również wpisane przedstawienie placówkom zasad współpracy z CINN KBPN, w tym omówienie form przysyłania danych i otrzymywania informacji zwrotnych o ich poprawności oraz możliwości uczestnictwa w konferencjach i szkoleniach dotyczących tematyki TDI. Ponieważ dane do kwestionariuszy TDI mogą zbierać wszystkie osoby pracujące w placówce i udzielające świadczeń zdrowotnych, Koordynatorzy posiadają niezbędną wiedzę do przedstawienia celu zbierania danych, całościowej procedury

monitorowania oraz aktualnych ograniczeń systemu. Materiały niezbędne w placówce do prowadzenia monitoringu zapewnia CINN KBPN poprzez dostarczenie ich bezpośrednio do Koordynatora. W pierwszej połowie 2012 roku Koordynatorzy obejmą swoimi działaniami województwa: mazowieckie, podlaskie, lubelskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, dolnośląskie, śląskie i małopolskie. Pierwsze szkolenia Koordynatorów TDI KBPN dla przedstawicieli kilkudziesięciu placówek lecznictwa ambulatoryjnego, oddziałów dziennych, leczenia substytucyjnego, oddziałów detoksykacyjnych i ośrodków stacjonarnych prowadzących leczenie osób problemowo używających narkotyków planowane są na kwiecień 2012 roku.

Placówki zainteresowane podjęciem współpracy z Wojewódzkim Koordynatorem TDI KBPN proszone są o kontakt mailowy z Krajowym Biurem (tdi@kbpn.gov.pl) lub bezpośrednio z Wojewódzkimi Koordynatorami TDI KBPN (dane w tabeli obok). W kwestiach dotyczących systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia (TDI) prosimy o kontakt na adres mailowy tdi@kbpn.gov.pl bądź bezpośrednio z panią Katarzyną Sollich (22) 641 15 01 wew. 124. Jednocześnie zaznaczamy, że na obecnym etapie Koordynatorzy podejmą współpracę z ograniczoną liczbą placówek. O rozpoczęciu współpracy w kwietniu lub maju 2012 roku będzie decydować kolejność zgłoszeń. W przypadku dużego zainteresowania podjęciem współpracy z Koordynatorami, CINN KBPN będzie kontaktować się z tymi placówkami.

Bibliografia

Malczewski A., Bukowska B., Jabłoński P., Struzik M., Kidawa M., Strzelecka A., Sollich K., Radomska A., Chojecki D., Stawecka E., Jędruszek Ł., Rosińska M., Sierosławski J., Dubiel K., „Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues”, National Bureau for Drug Prevention, Warsaw 2011.
Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2011 r. Nr 117, poz. 678).

Wojewódzcy Koordynatorzy TDI KBPN

Imię	Nazwisko	Województwo	Placówka	Adres	Telefon	Mail
1	Jolanta Celebucka	kujawsko-pomorskie	Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia	ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń	(56) 622 68 31	kaczmarpik@poczta.fm
2	Wiesława Górkiewicz	małopolskie	NZOZ Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	ul. Stoczniowców 7, 30-709 Kraków	(12) 262 95 49	wieslawa.gorkiewicz@gmail.com
3	Monika Juchniewicz	podlaskie	Stowarzyszenie DROGA NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „Etap”	ul. Włókniemicza 7, 15-464 Białystok	(85) 744 52 24	m.juchniewicz.etap@wp.pl
4	Adam Kasprzyk	śląskie	Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Młodzieży „Nadzieja”	ul. Barkowska 167 c, 43-346, Bielsko-Biała	(33) 816 07 67, 665 020 122	osrodek@nadzieja.bielsko.pl aekasprzyk@gmail.com
5	Joanna Kulus	łódzkie	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży	ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź, Filia ul. Żwirki 1a, 95-035 Ozorków	792 374 083	joanna_kulus@wp.pl
6	Barbara Rodak	mazowieckie	K.D.K. Leńdzion NZOZ „Mały Rycerz”	ul. Brzeska 13, 03-737 Warszawa	(22) 670 02 26, 516 022 402	metadon@op.pl
7	Olga Rodek	śląskie	NZOZ ZLO „Szansa”	ul. Cmentarna 18, 44-171 Pławniowice	(32) 230 32 47	nzozszansa@neostrada.pl
8	Michał Sirecki	dolnośląskie	Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych (Metadon)	ul. Podwale 7, 50-043 Wrocław	(71) 356 07 80, 501 158 754	Michal.Sirecki@gmail.com
9	Urszula Sokalska	śląskie	Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych i Współuzależnień w Chorzowie			ursulasokalska@gmail.com
10	Lucyna Agnieszka	lubelskie	NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR	Aleja Królewska 3A, 24-100 Puławy	606 953 002, (81) 886 42 36	agnieszka.st@autograf.pl
11	Elżbieta Szlęk-Malik	małopolskie	NZOZ Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	ul. Stoczniowców 7, 30-709 Kraków	(12) 262 95 49	szlekmalik@op.pl
12	Barbara Ziolkowska	kujawsko-pomorskie	Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia	ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń	(56) 622 68 31	dodziul1964@o2.pl

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Dwa razy więcej młodych ludzi pije niż pali papierosy. W stosunku do 2007 roku aktualne badanie ESPAD odnotowuje wzrost wskaźnika dotyczącego używania marihuany i haszyszu.

UŻYWANIE ALKOHOLU I NARKOTYKÓW PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ – WYNIKI BADANIA ESPAD

Janusz Sierosławski

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

W maju i czerwcu 2011 roku w ramach międzynarodowego programu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badanie ankietowe dotyczące eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych przez polską młodzież. Badanie przeprowadzono na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat). Po raz pierwszy ESPAD został zrealizowany w roku 1995, z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), działającej przy Radzie Europy. Od tej pory badania powtarzane są co cztery lata.

Na poziomie europejskim badania ESPAD są koordynowane przez szwedzki Ośrodek Badań nad Alkoholem i Narkotykami (CAN) ze Sztokholmu. W Polsce ESPAD jest finansowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, realizatorem zaś jest Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Wyniki

Picie alkoholu i palenie tytoniu

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 87,3% uczniów z młodszej grupy i 95,2% uczniów ze starszej grupy. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 57,6%

15-16-latków i 80,4% 17-18-latków. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród młodzieży jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 21,4% uczniów z młodszej kohorty i 32,3% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 51,4% uczniów młodszych i 29,7% uczniów starszych.

Palenie tytoniu jest zachowaniem mniej powszechnym. Chociaż raz w życiu paliło 57,2% gimnazjalistów i 70,9% uczniów ze starszej grupy. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem paliło 29,8% uczniów z grupy młodszej i 41,9% ze starszej. Zarówno palenie tytoniu, jak picie napojów alkoholowych jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Porównanie wyników badania z 2011 roku z wynikami badań zrealizowanych w 2007 roku wykazało brak większych zmian. W poprzednim czterolecu (2003–2007) zaobserwowano tendencję do spadku wskaźników używania alkoholu przez młodzież, po stabilizacji w latach 1999–2003 i znaczącym wzroście w latach 1995–1999.

W zakresie wskaźników picia alkoholu i palenia tytoniu w latach 1995–2007 obserwowano proces zacierania się różnic między dziewczętami i chłopcami, który w ostatnim czterolecu uległ zahamowaniu.

Używanie narkotyków, leków i „dopalaczy”

Jeszcze rzadziej zdarza się przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza. Takie doświadczenia, chociaż raz w życiu, stały się udziałem 15,5% uczniów z młodziej kohorty i 16,8% ze starszej kohorty.

Sięganie po te leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Zgodnie z oczekiwaniami, wyniki badania wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych niż legalnych, szczególnie alkoholu i tytoniu. Większość badanych nigdy po substancje nielegalne nie sięgała. Wśród tych, którzy mają za sobą takie doświadczenia, większość stanowią osoby, które co najwyżej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. Chociaż raz w ciągu całego życia używało tych substancji 24,3% młodszych uczniów i 37,3% starszych uczniów. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia wśród substancji nielegalnych jest amfetamina – sięgnęło po nią ok. 4,6% uczniów gimnazjów i 8,3% uczniów szkół wyższego szczebla.

Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych (używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy), stawia przetwory konopi również na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W klasach trzecich gimnazjów tego środka używa ponad 10,1% uczniów, a w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych – 28,5%.

W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem 10,5% uczniów klas trzecich gimnazjów i 15,0% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używało marihuany lub haszyszu. Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Wskaźniki używania przetworów konopi w 2011 roku bardzo wzrosły, chociaż w latach 2003–2007 obserwowano stabilizację, a nawet spadek. Trzeba dodać, że w latach

1995–2003 mieliśmy do czynienia ze wzrostem tych wskaźników.

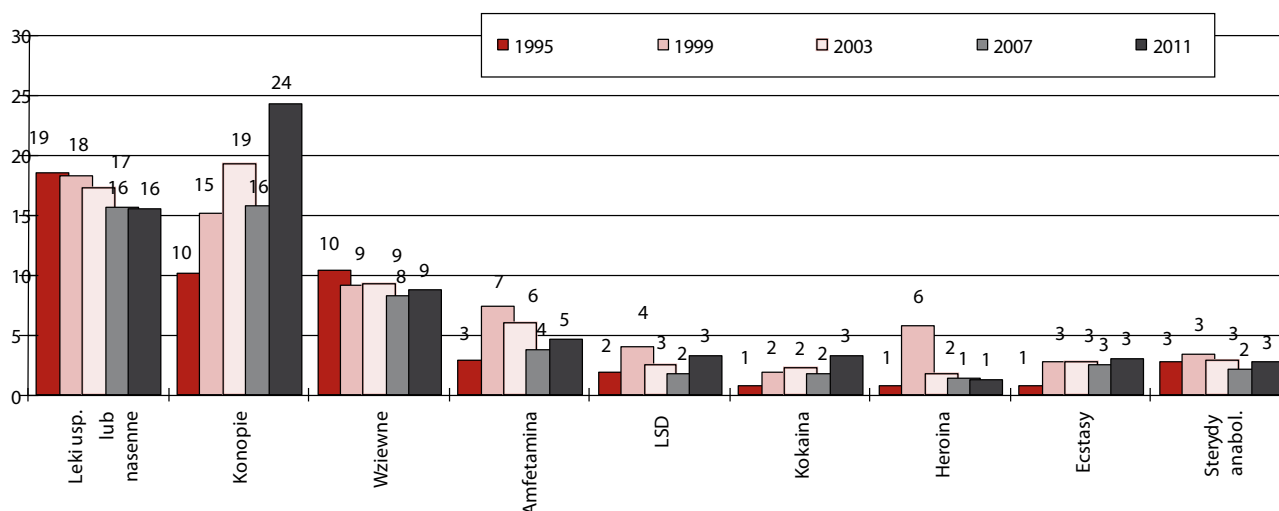
Zmiany w rozpowszechnieniu używania przetworów konopi wśród chłopców i dziewcząt nie układają się w tak czytelną tendencję, jak w przypadku alkoholu i tytoniu, chociaż tu również można było zaobserwować nieznaczne zmniejszenie się różnic między chłopcami a dziewczętami w stosunku do roku 1995.

W 2011 roku w badaniach ESPAD po raz pierwszy zapytano młodzież o używanie „dopalaczy”. Niemal wszyscy respondenci słyszeli o „dopalaczach”, jednak tylko 15,3% uczniów klas trzecich gimnazjów i 21,6% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetek uczniów, którzy kiedykolwiek używali „dopalaczy”, jest jeszcze niższy (10,5% gimnazjalistów i 15,8% uczniów szkół ponadgimnazjalnych). W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem po te substancje sięgało 2,5% badanych z młodszej kohorty i 2,2% ze starszej. Używanie „dopalaczy” jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Dostępność substancji psychoaktywnych

W badaniach uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oceniana znacznie niżej. Spośród substancji nielegalnych najwyżej oceniana jest dostępność przetworów konopi. Dostępność „dopalaczy” oceniana jest przez młodszych

Wykres 1. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu



badanych podobnie jak dostępność marihuany, zaś przez starszych nawet nieco wyżej.

Respondenci narażeni są przede wszystkim na oferty napojów alkoholowych, spośród substancji nielegalnych uczniom najczęściej proponowane są przetwory konopi oraz alkohol produkowany nielegalnie, domowym sposobem. W zakresie ocen dostępności napojów alkoholowych odnotować trzeba powolną, ale konsekwentną pozytywną tendencję zmniejszania się odsetka uczniów określających swój dostęp jako bardzo łatwy. Podobnie dzieje się też z tytoniem. Zmniejsza się również odsetek uczniów dokonujących zakupów takich napojów alkoholowych, jak piwo czy wino.

Co do wskaźników dostępności poszczególnych substancji innych niż alkohol, to w 2007 roku obserwowaliśmy załamanie trendu wzrostowego, który trwał od początku badań ESPAD. W 2007 roku spadła zarówno ocena dostępności substancji, jak i ekspozycja na propozycje. W 2011 roku odnotować jednak trzeba wyraźny wzrost dostępności przetworów konopi, podczas gdy dostępność narkotyków syntetycznych pozostaje w trendzie spadkowym, przynajmniej jeśli za wskaźnik przyjmiemy deklarację bardzo łatwego dostępu.

Postawy

Oczekiwania wobec alkoholu oraz marihuany i haszyszu, formułowane przez młodzież szkolną, odwołują się

w większym stopniu do pozytywnych konsekwencji niż ewentualnych szkód.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka, według ocen respondentów, decyduje bardziej nasilenie używania niż rodzaj substancji. Jednak spośród substancji nielegalnych najmniej ryzykowne wydają się, zdaniem badanych, przetwory konopi.

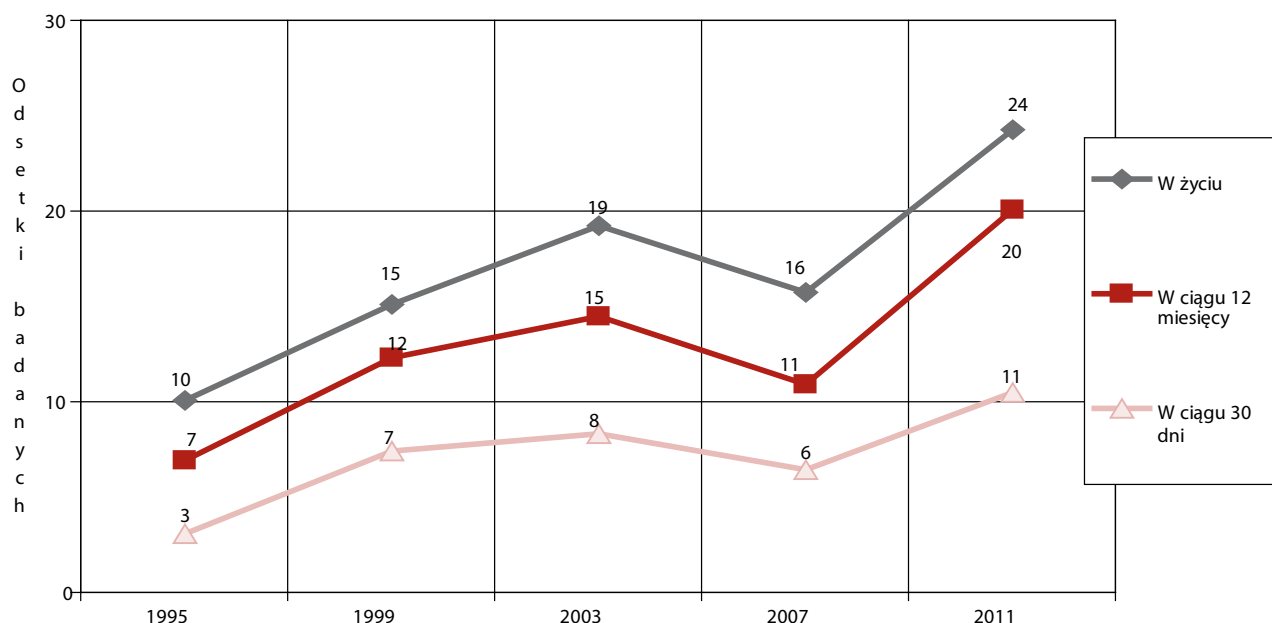
Podejmowanie prób używania „dopalaczy” jest traktowane jako bardzo ryzykowne przez mniejszy odsetek badanych niż eksperymentowanie z marihuaną lub haszyszem, jednak gdy pytamy o regularne używanie, to wówczas młodzież większe ryzyko przypisuje używaniu „dopalaczy”.

W obszarze oceny ryzyka związanego z używaniem substancji obserwujemy spadek odsetka badanych przypisujących używaniu substancji duże ryzyko. Dotyczy to szczególnie substancji nielegalnych, a zwłaszcza przetworów konopi. Trzeba podkreślić, że w przypadku tej ostatniej substancji spada nie tylko odsetek badanych traktujących eksperymentowanie jako bardzo ryzykowne, ale także używanie okazjonalne, tzn. od czasu do czasu, a nawet regularne używanie.

Gry hazardowe

W 2011 roku po raz pierwszy zapytano młodzież o gry hazardowe. Około jedna trzecia ankietowanych grała

Wykres 2. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi



choć raz w gry hazardowe, tj. takie, gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać. W czasie ostatnich 30 dni takie zachowanie zadeklarowało 8,9% uczniów klas trzecich gimnazjów i 10,0% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Można szacować, że ok. 2% młodzieży może być zagrożonych hazardem problemowym.

Wnioski

Wyniki badania z 2011 roku na tle wyników poprzednich edycji ESPAD skłaniają do sformułowania kilku wniosków. Z góry trzeba je jednak opatrzyć zastrzeżeniami, które wynikają ze znacznej modyfikacji kwestionariusza zastosowanego w 2011 roku, co mogło mieć wpływ na porównywalność wyników ze wskaźnikami wcześniejszych badań.

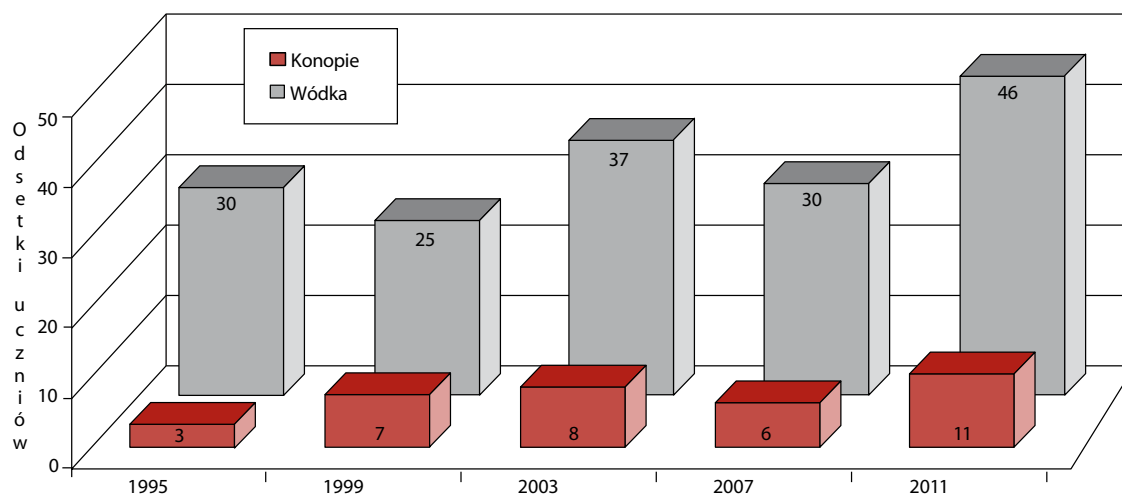
Polska młodzież wedle wyników badania zrealizowanego w ubiegłym roku jest nadal bardzo zagrożona przez używanie legalnych substancji psychoaktywnych. Doświadczenia z paleniem papierosów ma większość badanych uczniów, przynajmniej raz dziennie pali około 20% nastolatków. Zaznacza się tu na nowo tendencja wzrostowa. Mimo stabilizacji wskaźników, rozpowszechnienie picia wśród nastolatków jest zbliżone do wskaźników obserwowanych wśród dorosłych. Co prawda większość wskaźników dotyczących substancji nielegalnych uległa zmniejszeniu, ale po spadku w roku 2007 – wzrosło rozpowszechnienie używania przetworów konopi.

Powrót do tendencji wzrostowej w zakresie używania marihuany i haszyszku wymaga wyjaśnienia. Do sformułowania hipotez na ten temat przybliży nas analiza porównań

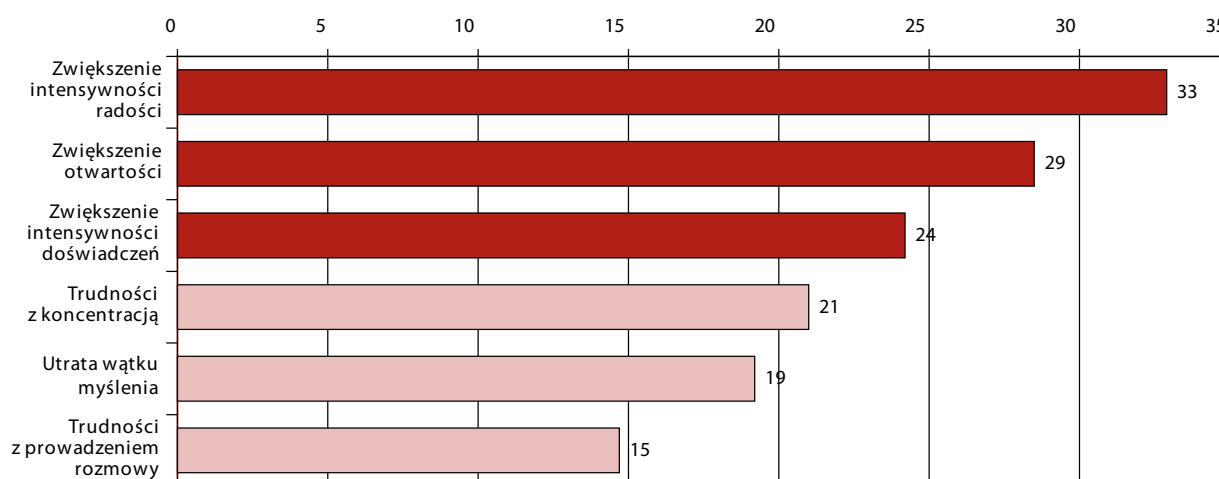
międzynarodowych, która będzie możliwa, gdy tylko opublikowany zostanie raport europejski. Na razie wyniki uzyskane w Polsce w 2011 roku skłaniają do sformułowania wstępnej hipotezy, że spadek wskaźników odnotowany w 2007 roku miał charakter bardziej fluktuacji losowej niż początku odwrócenia tendencji wzrostowej. Inną hipotezą wyjaśniającą dynamikę wskaźników w latach 2003–2011 mógłby być niższy poziom przyznawania się do używania substancji nielegalnych w 2007 roku, wynikający z klimatu politycznego w tamtym okresie, prowadzącego do większej restrykcyjności polityki wychowawczej systemu edukacji. Wedle tej hipotezy spadek wskaźników w 2007 roku miałby charakter pozorny, w rzeczywistości zaś mielibyśmy do czynienia z kontynuacją trendu wzrostowego, maskowaną niższym poziomem raportowania przez respondentów. Sprawdzenie tych hipotez wymagać będzie pogłębionych analiz i porównań międzynarodowych.

Szczególnym wyzwaniem jest wzrost rozpowszechnienia używania przetworów konopi do poziomu, który dotychczas nie był notowany w Polsce. W połączeniu z rosnącym przekonaniem młodzieży o mniejszym – w porównaniu z innymi narkotykami – ryzyku szkód związanych z ich używaniem, można oczekiwać dalszego wzrostu rozpowszechnienia w przyszłości. Nie można wykluczyć, że grunt pod wzrost zainteresowania przetworami konopi przygotowało upowszechnianie się „dopalaczy”, a następnie radykalne zamknięcie do nich dostępu. Popyt na substancje psychoaktywne inne niż alkohol, rozbudzony przez łatwo dostępne i reklamowane jako bezpieczne „dopalacze”, po zablokowaniu ich podaży mógł skierować się na przetwory konopi. Warto dodać, że w ostatnich latach ożywił się

Wykres 3. Picie wódki a palenie przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (uczniowie w wieku 15-16 lat)



Wykres 4. Oczekiwania wobec marihuany i haszyszu – odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy uznali za bardzo prawdopodobne lub pewne, że marihuana spowoduje:



ruch zwolenników legalizacji marihuany, a w debacie publicznej coraz częściej pojawiały się głosy kwestionujące szkodliwość tej substancji.

Mimo lekkiej tendencji spadkowej, nadal zdecydowana większość nastolatków z klas trzecich gimnazjów i ponad 80% nastolatków z klas drugich szkół ponadgimnazjal-

nych jest zdania, że nabycie alkoholu jest bardzo łatwe lub dość łatwe. Zmiana tego stanu rzeczy jest szczególnie trudna w warunkach tak bardzo rozbudowanej w Polsce sieci sprzedaży napojów alkoholowych. Jej zredukowanie mogłoby wydatnie pomóc w ograniczeniu picia również wśród młodzieży.

Wyniki badań realizowanych w Opolu potwierdzają obserwacje specjalistów systemu przeciwdziałania narkomanii, że tamtejsza scena narkotykowa ulega ciągłym przeobrażeniom. Poza marihuaną, coraz popularniejsze wśród młodych opolan stają się leki – często łączone z alkoholem; zwiększa się też liczba doświadczeń starszej młodzieży z tabletkami ecstasy. Taki stan rzeczy wskazuje, że działania prewencyjne powinny być prowadzone w miejscach imprez, w klubach i dyskotekach. Zdaniem specjalistów w Opolu brakuje skutecznego programu streetworkerskiego lub partyworkerskiego.

MONITOROWANIE ZJAWISKA NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA TERENIE GMINY OPOLE W ROKU 2011

Marek Łabudziński

psycholog społeczny, certyfikowany specjalista terapii uzależnień

Monitorowanie zjawiska narkotyków i narkomanii na terenie Gminy Opole realizowane jest od roku 2009 w ramach zadań zleczanych organizacjom pozarządowym w drodze konkursu ofert. Głównym celem prac w ramach monitoringu jest prezentacja zjawiska narkomanii w Opolu oraz analiza dotychczasowych działań zmierzających do jego ograniczenia. Pozwala to na precyzyjniejsze określenie priorytetów i celów

zadań do realizacji, a także wielkości niezbędnych środków finansowych oraz zasobów instytucjonalnych i kadrowych w tworzeniu lokalnej polityki przeciwdziałania narkomanii. Sformułowane w toku badań wnioski brane są pod uwagę w monitorowaniu realizacji Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii; najnowszy program, na lata 2011–2015, budowany był na podstawie informacji uzyskanych z monitoringu.

W trakcie opracowywania raportu dotyczącego aktualnej sceny narkotykowej w Opolu posiłkowano się zgromadzonymi danymi statystycznymi ze źródeł lokalnych i centralnych oraz danymi ilościowymi i jakościowymi uzyskanymi z badań: szkolnych badań ankietowych (trzy grupy wiekowe uczniów), wywiadów skategoryzowanych z młodzieżą akademicką, wywiadów skategoryzowanych z młodzieżą okazjonalnie używającą narkotyków oraz wywiadów z przedstawicielami instytucji i organizacji pozarządowych statutowo zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. W powstałym raporcie zostały więc poddane analizie wszystkie aktualnie dostępne dane na temat problemu narkotyków i narkomanii. Omówiono w nim aktualną sytuację epidemiologiczną i związane z nią problemy, działania instytucji i organizacji pozarządowych w tym obszarze, a także kontekst społeczno-kulturowy, w jakim się ona rozwija.

Rozpowszechnienie używania narkotyków

Używanie narkotyków w Opolu weryfikowano przede wszystkim na podstawie badań realizowanych wśród młodzieży uczącej się. Na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajduje się marihuana, około 7% uczniów klas I szkół gimnazjalnych chociaż raz w życiu używało tej substancji, w klasach III tych szkół robił to już co piąty uczeń. Na poziomie szkół ponadgimnazjalnych (klasy II) chociaż jednorazowe doświadczenia z przetworami konopi deklaruje 38% uczniów, a 7% miało tych doświadczeń 40 i więcej. Natomiast w grupie opolskich studentów niemal połowa choć raz paliła marihuanę.

Inną grupą substancji, o dużych wskaźnikach rozpowszechnienia, są leki uspokajające i nasenne używane bez zaleceń lekarskich. Jakościowe wyniki badań wykazały, że część młodzieży pod pojęciem „leki uspokajające i nasenne” rozumie ogólnodostępne leki przeciwbólowe, zazwyczaj spożywane w połączeniu z alkoholem. Wśród uczniów choć raz w życiu doświadczenia z tą grupą substancji miało od 6 do 10% badanych, wśród studentów takie doświadczenia ma za sobą co czwarta osoba.

We wszystkich badanych grupach młodzieży dużym rozpowszechnieniem cieszą się również substancje z grupy „dopalaczy”. Im starsza młodzież, tym większy odsetek osób deklaruujących doświadczenia z tymi środkami. Szczególnie jest to widoczne w grupie młodzieży szkolnej; wśród pierwszoklasistów gimnazjalnych niecałe 3% uczniów choć raz miało doświadczenia z „dopalaczami”, w klasach III uczniów takich jest już ponad 7%, a w klasach II ponadgimnazjalnych 14% – to więcej niż w grupie młodzieży akademickiej, gdzie odnotowano wskaźnik 12%. Zdecydowanie mniej respondentów w każdej z grup miało doświadczenia z innymi substancjami. Wśród najmłodszych badanych uczniów prym wiodą substancje wziewne, wśród starszych amfetamina.

Taki sam ranking rozpowszechnienia poszczególnych grup substancji odurzających, poza alkoholem i tytoniem, deklarują osoby okazjonalnie używające narkotyków. W tej grupie również najpopularniejsze są przetwory konopi, niemal wszyscy użytkownicy mają za sobą doświadczenia z marihuaną, ponad połowa używała jej 40 razy i więcej. Analizując wyniki badań wszystkich grup, należy stwierdzić, że zdecydowanie dominującą substancją jest marihuana. Poziom rozpowszechnienia doświadczeń z tym narkotykiem na przestrzeni ostatnich trzech

Tabela 1. Używanie poszczególnych substancji kiedykolwiek w życiu (szkolne badania ankietowe) – odsetek osób badanych

	klasy I gimnazjum			klasy III gimnazjum			klasy II szkół ponadgimnazjalnych		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Marihuana	4,1	6,6	7,0	16,6	15,5	19,2	27,2	30,4	38,1
Substancje wziewne	13,1	20,0	6,4	13,2	12,8	8,5	10,9	8,7	8,4
Leki (bez przepisu lekarza)	7,8	8,5	6,4	4,4	14,8	10,7	16,6	15,4	10,9
Amfetamina	2,9	2,9	1,2	2,2	3,9	3,8	5,3	5,2	7,0
LSD lub inne halucynogeny	1,0	2,6	0,4	1,5	1,5	2,3	2,0	3,0	3,9
Heroina do palenia	1,5	2,9	1,6	1,5	3,1	3,6	5,3	2,3	2,4
Ecstasy	1,0	1,4	1,9	0,0	2,3	1,5	1,5	3,5	4,6
Alkohol z tabletkami	3,0	2,4	0,8	1,0	5,4	4,5	14,8	12,1	6,5
Dopalacze	bd	4,8	2,8	bd	5,8	7,4	bd	7,4	14,0

lat wskazuje bardzo wyraźny trend wzrostowy. W porównaniu z rokiem 2009, odsetek osób deklaruujących kontakt z przetworami konopi wzrósł o około 8% w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów. Nieznaczny trend wzrostowy widoczny jest również w przypadku substancji z grupy „dopalaczy”, a wśród starszej młodzieży także ecstasy i amfetaminy. Rozpowszechnienie pozostałych substancji nie zmienia się szczególnie widocznie, można nawet zaobserwować nieznaczny spadek wskaźników.

Co najmniej raz w miesiącu marihuany używa 3% uczniów klas I gimnazjów, 10% uczniów klas III gimnazjów i 20% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. Wśród opolskich studentów takich osób jest około 15%. Analizując wyniki pomiarów w kolejnych latach, zauważyć należy wyraźny trend wzrostowy wskaźnika okazjonalnego używania przetworów konopi we wszystkich grupach wiekowych. W grupie okazjonalnych użytkowników narkotyków, również w czasie ostatniego miesiąca przed badaniem, połowa używała marihuany, choć odsetek ten jest mniejszy od uzyskanego w roku 2010. Niemniej jednak szczegółowe analizy dowodzą, że wśród nich około 25% robi to 40 razy i więcej, co wskazuje na co najmniej problemowe używanie tej substancji. Liczba osób deklaruujących doświadczenia z innymi narkotykami (substancje wziewne, amfetamina) na przestrzeni miesiąca przed badaniem jest niewielka – około 2%, przy czym wskaźniki te cechują się nieznacznym trendem spadkowym w stosunku do wcześniejszych pomiarów.

Inicjacja narkotykowa

Pierwsze doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń pojawiają się na etapie początku edukacji w szkole gimnazjalnej, są to głównie doświadczenia ze środkami wziewnymi i lekami – około 13. roku życia. Nieco później pojawia się marihuana i amfetamina – około 14.-15. roku życia. Można zatem przyjąć, że średni wiek inicjacji narkotykowej to około 14 lat. Analizując średnie wieku pierwszych doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi na przestrzeni ostatnich lat, widoczna jest pewna stabilizacja, choć terapeuci uzależnień zwracają uwagę, że po pomoc w związku z używaniem narkotyków zgłaszają się coraz młodsze osoby.

Pierwszy kontakt z narkotyki młodzi ludzie mają zazwyczaj w grupach przyjaciół, znajomych lub otrzymują je od starszych kolegów czy też rówieśników. Bardzo rzadko też narkotyki kupują osobiście. Dzieje się to zazwyczaj podczas imprez, „domówek”, dyskotek. Powodem sięgnięcia po raz pierwszy po narkotyk jest ciekawość – sprawdzenie na własnej skórze działania danej substancji, o której często wiadomo z opowieści starszych kolegów i rówieśników. Około 10% uczniów (szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych łącznie) należy do grupy, w której zwyczajem jest palenie konopi. Wśród nich około 20% z grupą tą spędza czas wolny codziennie lub prawie codziennie.

Zachowania szczególnego ryzyka

Używanie narkotyków często pociąga za sobą występowanie innych zachowań ryzykownych. Wśród osób, które

Tabela 2. Używanie marihuany i substancji wziewnych w czasie ostatnich 12 miesięcy (szkolne badania ankietowe) – odsetek osób badanych

	klasy I gimnazjum			klasy III gimnazjum			klasy II szkół ponadgimnazjalnych		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
marihuana	2,3	7,2	7,3	11,2	14,5	16,3	22,2	29,6	35,4
substancje wziewne	6,9	11,7	2,8	7,8	5,9	7,0	3,8	4,1	4,5

Tabela 3. Używanie marihuany i substancji wziewnych chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni (szkolne badania ankietowe) – odsetek osób badanych

	klasy I gimnazjum			klasy III gimnazjum			klasy II szkół ponadgimnazjalnych		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
marihuana	1,2	3,7	3,3	3,4	6,3	10,1	11,8	14,2	20,9
substancje wziewne	5,1	9,1	2,0	5,3	2,3	2,2	2,5	2,2	1,3

na przestrzeni ostatniego roku używały marihuany lub haszyszu, około 36,3% robiło to (choć rzadko lub od czasu do czasu) przed południem; 25,7% z powodu palenia konopi zauważyło u siebie problemy z pamięcią. W grupie uczniów używających przetworów konopi niemal 18% paliło marihuanę w samotności i bezskutecznie próbowało ograniczyć lub zaprzestać ich używania. Tego typu próby podejmowało bardzo często 6,5% badanych. Powyższe wyniki wskazują, iż w grupie młodzieży uczącej się w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych miasta Opola i używającej okazjonalnie narkotyków w postaci marihuany lub haszyszu, około ¼ stanowią osoby robiące to w sposób szczególnie ryzykowny, sprzyjający rozwojowi dalszych problemów.

Ocena dostępności narkotyków

W opiniach opolskiej młodzieży narkotyki są substancjami o zróżnicowanej dostępności. Analiza wyników oceny dostępności poszczególnych substancji na przestrzeni ostatnich lat, we wszystkich grupach badanych osób, wskazuje trend wzrostowy, szczególnie wobec najpopularniejszych narkotyków. Najłatwiejsze do zdobycia, zdaniem badanych w każdej grupie wiekowej, są leki uspokajające i nasenne, dopalacze i przetwory konopi, przy czym te ostatnie cieszą się największym rozpowszechnieniem wśród młodych ludzi. Dostępność innych narkotyków jest zdecydowanie mniejsza. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku innych aspektów sceny narkotykowej, dostępność poszczególnych substancji oceniana jest jako większa przez starszych uczniów. Wiek, a co za tym idzie znajomość starszych kolegów, większe możliwości kontaktów, mniej ograniczeń ze strony np. rodziców wpływa na poziom dostępności większości substancji. Aktualne ceny najczęściej używanych narkotyków wahają się w przedziale 15-35 zł za porcję.

Postawy młodzieży wobec narkotyków

Postawy wobec narkotyków i narkomanii mogą być swoistymi predyktorami przyszłych zachowań. W ocenach uczniów używanie przetworów konopi zasługuje na mniejsze potępienie niż próby z innymi narkotykami. Oznacza to, że marihuana jest traktowana inaczej przez młodych ludzi niż inne narkotyki. A taka sytuacja wpływa na liberalizację poglądów na temat jej używania. Około 30% badanej młodzieży szkolnej uznaje za całkiem

prawdopodobne lub pewne pojawienie się pozytywnych następstw użycia przetworów konopi. Grupa ta oczekuje po użyciu marihuany: zmniejszenia nieśmiałości, większej otwartości i radości. Takie przekonania świadczą o pozytywnym stosunku do używania tego narkotyku. Z drugiej strony około 15% badanych uznaje za całkiem prawdopodobne lub pewne pojawienie się negatywnych następstw palenia konopi. Można zatem przyjąć, iż jest to grupa młodzieży szkolnej, która jest raczej negatywnie nastawiona do używania marihuany. Niemniej jednak, z roku na rok, coraz większa grupa młodych ludzi nie widzi ryzyka w używaniu przetworów konopi (nawet regularnym), co oznacza, że wzrasta akceptacja dla tego typu zachowań. Wśród studentów ponad połowa nie widzi nic złego w spróbowaniu raz lub dwa razy przetworów konopi, połowa nie potępia również używania marihuany od czasu do czasu, a 24% badanych nie ma nic przeciwko regularnemu używaniu tego narkotyku – w badaniach z 2010 roku ten ostatni wskaźnik wynosił 8%.

Postawy rodziców

Badaną młodzież pytano również o postawy rodziców wobec używania narkotyków. Około 70% rodziców młodzieży szkolnej nie pozwoliłoby na używanie narkotyków; 10% nie wiedziałoby o tym fakcie, a 2% nie miałoby nic przeciwko. Analizując uzyskane wyniki, w poszczególnych grupach wiekowych młodzieży nie odnotowano dużych różnic; zauważono jednak tendencję, że im starsza młodzież, tym bardziej liberalne podejście rodziców do używania alkoholu, w tym upijania się. Liberalne postawy rodziców wobec zachowań ryzykownych sprzyjają ich pojawianiu się w życiu młodego człowieka. Analizy korelacyjne dowiodły, iż deklarowane w badaniach używanie marihuany idzie w parze z brakiem zdecydowanego sprzeciwu rodziców – im bardziej przyzwalające reakcje ojca bądź matki wobec takiego zachowania, tym intensywniejsze doświadczenia z przetworami konopi.

Istotnym czynnikiem chroniącym w sensie profilaktyki uzależnień jest więź emocjonalna z najbliższymi – opieka i wsparcie ze strony rodziców. Około 10% uczniów tylko czasami może liczyć na takie zachowanie najbliższych, a 6,5-9% młodych ludzi rzadko lub prawie nigdy nie otrzymuje ciepła i wsparcia emocjonalnego. Analizy korelacyjne wyników potwierdziły zależność, iż brak poczucia ciepła, opieki i wsparcia ze strony najbliższych idzie w parze z częstością doświadczeń z marihuaną.

Problemowe używanie narkotyków

Problemowe używanie narkotyków wiąże się ze wskaźnikiem zgłaszalności do leczenia, czyli liczbą leczących się mieszkańców gminy Opole w systemie stacjonarnym lub ambulatoryjnym z powodu narkotyków. W roku 2009 do lecznictwa stacjonarnego na terenie kraju zgłosiło się 43 mieszkańców Opola, w roku 2010 było ich 40. W 2010 roku z pomocy ambulatoryjnej skorzystało 141 mieszkańców miasta z rozpoznaniem F11-F19, rok wcześniej takich osób było 199. Analizując zmienność tych wskaźników, od 2004 roku uwidacznia się nieznaczna tendencja spadkowa – coraz mniej opolan korzysta ze stacjonarnej lub ambulatoryjnej formy pomocy w związku z problemami narkotykowymi. Warto jednak zaznaczyć, że powyższe dane dotyczą oddziaływań terapeutycznych finansowanych wyłącznie przez NFZ.

Szacunkowa liczba problemowych użytkowników narkotyków

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Opolu stanowiło próbę zmierzenia z natury ukrytego zjawiska. Populacja ukryta w kontekście narkotyków jest to populacja problemowych użytkowników, którzy z różnych powodów nie trafili do statystyk systemu lecznictwa, statystyk policyjnych lub innych, a z uwagi na prowadzony przez siebie tryb życia nie są najczęściej objęci takimi pomiarami jak badania populacyjne dotyczące używania narkotyków. Specjalna procedura metodologiczna badań i późniejsze analizy porównawcze wykazały, że rzeczywista liczba problemowych użytkowników narkotyków w Opolu mieści się w szerokim przedziale – od 164 do 578 osób.

Profilaktyka

Na terenie miasta zrealizowano 104 programy o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym na przestrzeni lat 2006–2010. Jednak ich wartość merytoryczna i skuteczność nie została jak dotychczas przebadana. Ewaluacji poddano zaledwie jeden realizowany program. Działania profilaktyczne w większości prowadzone są przez organizacje pozarządowe, policję i miejskie jednostki organizacyjne w ramach realizacji miejskiego programu przeciwdziałania narkomanii. Na realizację oddziaływań profilaktycznych w okresie pięciu lat wydano z budżetu

miasta łącznie 828 tys. zł, objęły one zasięgiem blisko 36 tys. osób – głównie młodzież szkolną.

Wskaźnik udziału w zajęciach o charakterze profilaktycznym dotyczących kwestii używania narkotyków (w tym uzależnień w ogóle) jest w badaniu z 2011 roku dużo wyższy niż w analogicznym pomiarze w roku 2010. Wynika z tego, że w opolskich szkołach nastąpiła intensyfikacja oddziaływań profilaktycznych. Prawdopodobnie większą część zajęć stanowią własne działania placówek, będące elementem realizacji szkolnych programów profilaktycznych/wychowawczych. Znaczenie ma również fakt, iż w ubiegłym roku spory nacisk położono na oddziaływanie kierowane do rodziców i pedagogów – dużo większa liczba przedstawicieli tych grup wzięła udział w zajęciach profilaktyczno-edukacyjnych niż w poprzednich latach.

Terapia i postrehabilitacja

Uzyskane w czasie badań dane wskazują, iż w ostatnim roku na realizację działań terapeutycznych przeznaczono więcej środków finansowych niż w latach ubiegłych; zrealizowano 5 programów (długofalowych), z których skorzystało ponad 200 osób. Wśród tych oddziaływań znalazł się program wsparcia dla osób przerywających terapię w placówkach stacjonarnych, program postrehabilitacyjny dla osób po zakończonym podstawowym cyklu terapii uzależnień, programy poradnictwa prawnego i psychologicznego oraz program anonimowego poradnictwa on-line. Zakres realizowanych działań wydaje się odpowiadać zapotrzebowaniu, przynajmniej na poziomie jakościowym.

Wydaje się, że dostępność i różnorodność oferty pomocowej dla osób uzależnionych na terenie Opola (poradnictwo i lecznictwo ambulatoryjne) i w jego pobliżu (lecznictwo stacjonarne) jest zadowalająca i w pełni wystarczająca. Na terenie miasta osoby uzależnione mają do dyspozycji pięć znanych im punktów świadczących pomoc w postaci porad, konsultacji i działań o charakterze ambulatoryjnym. W pobliżu Opola funkcjonują dwa stacjonarne ośrodki terapii uzależnień Stowarzyszenia „Monar”. Brakuje natomiast oddziały detoksykacyjnego dla osób używających narkotyków – na co często wskazują pracownicy poradni. Okazjonalni użytkownicy (informacje z wywiadów) narkotyków rozpoznają miejsca potencjalnego świadczenia pomocy, znają je i wiedzą, gdzie się znajdują. Na tle innych aglomeracji

o podobnej wielkości, Opole posiada dość rozbudowaną ofertę z zakresu terapii osób uzależnionych.

Wnioski i rekomendacje

Zestawienie zebranych danych ilościowych oraz analiza danych jakościowych uzyskanych w przeprowadzonych badaniach skłaniają do sformułowania kilku wniosków, a w ślad za nimi kilku rekomendacji dla oddziaływań profilaktycznych, terapeutycznych i samego monitoringu. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że substancje psychoaktywne, głównie przetwory konopi, stanowią poważne zagrożenie dla opolskiej młodzieży. Uzyskiwane w badaniach wskaźniki rozpowszechnienia używania tego narkotyku z roku na rok wzrastają w niemal każdej grupie objętej badaniami. Widoczna jest tendencja do bardzo liberalnego podejścia do przetworów konopi. Warto zatem przemyśleć wdrożenie specyficznych programów profilaktycznych ukierunkowanych na postawy i przekonania dotyczące tej grupy substancji – głównie na poziomie profilaktyki uniwersalnej i selektywnej. Wyniki badań potwierdzają obserwacje specjalistów systemu przeciwdziałania narkomanii, że scena narkotykowa ulega ciągłym przeobrażeniom. Poza marihuaną, coraz popularniejsze stają się leki – często łączone z alkoholem, zwiększa się też liczba doświadczeń starszej młodzieży z tabletkami ekstazy. Należałoby zatem zainicjować działania prewencyjne w miejscach imprez, w klubach i dyskotekach. Zdaniem specjalistów w Opolu brakuje skutecznego programu streetworkerskiego lub partyworkerskiego.

Choć badania nie wskazują tego bezpośrednio, specjaliści w większości informują o zmniejszaniu się wieku inicjacji narkotykowej. Nie jest niczym nowym, iż zazwyczaj dyktowany ciekawością pierwszy kontakt z tymi substancjami poprzedzony jest w czasie innymi zachowaniami ryzykownymi, np. z tytoniem czy alkoholem. Dalsza intensyfikacja działań profilaktycznych powinna zatem stanowić bezwzględny priorytet – szczególnie wobec najmłodszych grup młodzieży szkolnej.

Ponadto oddziaływaniami profilaktycznymi należałoby objąć osoby dorosłe – szczególnie rodziców najmłodszych dzieci, które nie przejawiają jeszcze zachowań problemowych związanych z narkotykami. Wyniki badań wskazują istotny wpływ postaw rodziców wobec zachowań ryzykownych i umiejętności wychowawczych na doświadczenia ich dzieci z narkotykami.

Młodzi ludzie, którzy względnie często używają substancji nielegalnych, potwierdzają zasadność wprowadzania programów wczesnej interwencji (profilaktyka selektywna i wskazująca) dla osób eksperymentujących z narkotykami. Wielu z nich nie uda się przekonać do zmiany tego stylu życia, konieczne wydaje się zatem zadbanie o minimalizację szkód, do jakich to może prowadzić. Analiza jakościowa oddziaływań profilaktycznych realizowanych w 2010 roku w ramach dofinansowania z budżetu miasta Opola pozwala twierdzić, iż choć nadal dominuje model profilaktyki uniwersalnej opartej na strategii informacyjnej, realizowanej głównie w szkołach, to coraz częściej realizatorzy sięgają po inne formy oddziaływań. Należy sądzić, że coraz więcej nauczycieli, pedagogów, osób wdrażających i realizujących zadania profilaktyczne wykorzystuje i poszerza aktualną wiedzę z tego obszaru.

Działania profilaktyczne realizowane przez wiele organizacji, instytucji, jednostek oświatowych charakteryzują się ogromną różnorodnością w zakresie form i treści. Pojawia się jednak problem weryfikowania skuteczności tych oddziaływań. Po raz kolejny warto przemyśleć wprowadzenie obowiązkowego wymogu ewaluacji realizowanych programów profilaktycznych, przynajmniej tych dotowanych z budżetu miasta.

Zarówno na poziomie profilaktyki, jak i oddziaływań terapeutycznych uwidaczniają się braki w obszarze przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi placówkami, instytucjami i organizacjami. Według przedstawicieli organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii, skuteczna współpraca zazwyczaj opiera się na kontaktach nieformalnych. Warto pomyśleć o zorganizowaniu międzyinstytucjonalnych spotkań roboczych, które pozwoliłyby na poznanie realizowanych programów, wymianę informacji, nawiązanie współpracy. Być może też, wzorem innych miast, warto zorganizować lokalną kampanię profilaktyczną, włączając w jej realizację jak największą liczbę podmiotów publicznych i pozarządowych.

Miejski program przeciwdziałania narkomanii oceniany jest przez większość przedstawicieli organizacji pozarządowych dobrze i bardzo dobrze. Działania wynikające z niego biorą pod uwagę aktualne dane i trendy występujące na scenie narkotykowej. Większość wniosków wypływających z lokalnego monitoringu brana jest pod uwagę w tworzeniu aktualnej polityki antynarkotykowej.

Tuż po wakacjach rozpocznie się nowa odsłona kampanii „Narkotyki? Na co mi to!”. Zanim to nastąpi, warto zastanowić się, jakie rezultaty przyniosła kampania z 2011 roku i dlaczego zdecydowaliśmy się na jej kontynuację.

NARKOTYKI? NA CO MI TO!

PODSUMOWANIE KAMPANII

Dorota Olszewska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Akcja społeczna „Narkotyki? Na co mi to”¹ była pierwszą w Polsce antynarkotykową kampanią pozytywną. Jej głównym celem było podkreślenie i uświadomienie młodzieży faktu, że większość młodych ludzi nie zażywa narkotyków. Pomysłodawcy kampanii chcieli wzmocnić postawy i przekonania tych młodych ludzi, którzy nie używają narkotyków, a osoby używające skłonić do refleksji i zachęcić do wyboru życia bez substancji psychoaktywnych. Do promowania kampanii wykorzystano cały wachlarz narzędzi marketingowych: reklamy ATL, BTL, internet, reklamę prasową, radiową i telewizyjną. Kampanię „Narkotyki? Na co mi to” oficjalnie zainaugurowała konferencja prasowa, która odbyła się 20 czerwca 2011 roku w Centrum Konferencyjnym PAP w Warszawie. Gościem specjalnym spotkania był profesor Janusz Czapiński. Na konferencji pojawili się również przedstawiciele m.in. takich mediów, jak: „Bravo”, „FunClub”, „Metro”, Planeta FM, Polsat, Polska Agencja Prasowa, Polskie Radio, Radio Kolor, Radio Zet, TVP INFO, Superstacja. Konferencja odbiła się szerokim echem w mediach. Bezpośrednio po niej pojawiło się niemal 80 publikacji w prasie, internecie, radiu i telewizji. W ciągu następnych 6 miesięcy w mediach pojawiło się blisko 700 publikacji prasowych na temat naszej akcji społecznej.

W internecie o kampanii napisano 481 razy, najwięcej na portalach o tematyce ogólnoinformacyjnej, na drugim miejscu były portale biznesowe. Bardzo mały udział w promowaniu kampanii miały strony młodzieżowe, co stanowi wskazówkę na przyszłość, aby do współpracy z nimi przykładać dużo większą uwagę.

Obecność kampanii w mediach zamyka zestawienie audycji radiowo-telewizyjnych. I tak w radiu pojawiły się 73 audycje, a w telewizji 40. W przeważającej mierze problematyką kampanii zajmowały się media ogólnopolskie, głównie te zainteresowane tematyką ogólnoinformacyjną.

Na specjalną uwagę zasługuje internet, jako obecnie najpopularniejsze medium wśród młodzieży. Doceniając ten fakt, na potrzeby kampanii powstała strona internetowa www.nacomito.pl. Miała być ona podstawą do zbudowania marki NA CO MI TO i stać się znakiem rozpoznawczym aktywnych i twórczych osób, których do życia nakręca pasja a nie narkotyki. Celem strony było zaprezentowanie młodzieży, która może podpisać się pod hasłem „Narkotyki? Na co mi to”. W trzech podstronach zatytułowanych JA, TY, MY młodzi ludzie mogli się podzielić tym, co lubią robić w wolnym czasie lub poinformować o ciekawych wydarzeniach w swojej okolicy.

W okresie od 20 czerwca do 10 grudnia na stronie kampanii w dziale JA zgłoszonych zostało 70 wpisów, w których młodzi ludzie opisywali swoje pasje. W dziale TY pojawiło się 13 wpisów, a na podstronie MY 50. Liczba unikalnych użytkowników strony według Google Analytics wyniosła 15 997 osób. Być może liczba wpisów nie jest imponująca, ale pokazuje, że warto komunikować się z młodzieżą właśnie w taki sposób. Internet bowiem sam w sobie dostarcza wielu możliwości, aby w ciekawy i niestandardowy sposób przyciągnąć młodych ludzi i zainteresować ich wybranym tematem. Jego dużym atutem jest również możliwość wchodzenia w interakcje. Zostało to wykorzystane w kampanii „Narkotyki? Na co mi to”. Dla zwiększenia zainteresowania, co jakiś czas ogłaszane były konkursy z atrakcyjnymi nagrodami. W akcji „Pokaż nam swoją pasję i zostań twarzą kampanii” do wygrania była sesja zdjęciowa oraz umieszczenie powstałego w jej wyniku zdjęcia na trzech miniboardach reklamowych w Mikołajkach, Zakopanem oraz Uście. Informacje o konkursie pojawiły się w ok. 50 portalach internetowych, w trzech wydaniach prasowych oraz w jednej audycji radiowej (dane zaczerpnięte z platformy Instytutu Monitorowania Mediów). Do konkursu

zgłoszonych zostało 48 wpisów. Oddano 776 głosów, które spełniły warunki regulaminu konkursowego. Użytkownicy w głosowaniu wybrali 5 finalistów. Laureatką została 15-letnia Martyna Majda z Tomaszowa Mazowieckiego.

Konkurs „Wykorzystaj swoją pasję i wygraj atrakcyjne nagrody” rozpoczął się 1 grudnia i trwał do 13 grudnia. Jego głównym celem było przypomnienie o kampanii w mediach tuż przed zakończeniem edycji z 2011 roku. Zadanie konkursowe polegało na zaprezentowaniu w atrakcyjny, ciekawy i twórczy sposób hasła „Narkotyki? Na co mi to”. Mogła to być rymowanka, fotografia, kolaż – cokolwiek, co wpadnie młodym ludziom do głowy. W ten sposób mogli oni zaprezentować swoje pasje oraz pokazać innym, jak bardzo kreatywne i pociągające może być życie bez narkotyków. Jury konkursowe przyznało nagrody trzem uczestnikom: izohelli za Luźne sugestie – AntyCobain (krótka forma literacka), JMS za wiersz „Na co mi to” oraz enka94 za wiersz „Narkotyki? Na co mi to”.

Oprócz strony internetowej 20 czerwca założony został na portalu społecznościowym Facebook profil nacomito, na którym umieszczane były informacje związane z kampanią, pojawiło się tam siedem konkursów skierowanych do młodzieży. Wygrywała ta osoba, która najszybciej odpowiedziała na zadane pytanie. Odpowiedzi można było znaleźć w części informacyjnej strony www.nacomito.com.pl. Nagrodami przyznawanymi w szybkich konkursach były płyty i książki ufundowane przez: Universal Music Polska, Wydawnictwo Telbit, Wydawnictwo WAB oraz Wydawnictwo Muzyczne 4ever Music.

Profil nacomito pozwalał na aktywne komunikowanie się z odbiorcami kampanii. Dawał szerokie pole do działania młodym osobom, które z własnej woli stawały się ambasadorami kampanii. Pewnego dnia, jedna z nagrodzonych osób przesłała do nas zdjęcie z wlepką w tle, która bardzo spodobała się fanom profilu. Z różnych zakątków Polski posypały się prośby o zaopatrzenie we wlepki. W sumie wysłano je do ponad 50 osób.

Wielu fanów profilu na Facebooku, do których trafiły wlepki, przesłało do nas zdjęcia – pokazały one, jak kampania rozprzestrzenia się po Polsce, dokąd trafia. Wlepki trafiły nie tylko do szkół (pod wpływem akcji wiele osób poprosiło też o plakaty), ale również do miejsc uczęszczanych przez młodzież, a także na ulice.

Innym razem jeden z fanów profilu poprosił o przesłanie mu logotypu kampanii, który mógłby użyć w projekcie koszulki. Z pewnymi obawami, po szczegółowym wywiadzie, logotyp został mu przekazany. Po pewnym czasie otrzymaliśmy od niego projekt koszulki, który sam zrobił i który umieściliśmy na profilu Facebooka. Spotkał się on z wielkim entuzjazmem młodzieży odwiedzającej fanpage nacomito.

W okresie od 20 czerwca do 10 grudnia 2011 roku profil nacomito polubiło 1130 osób. Użytkownicy profilu wyświetlili kartę Tablica 13 529 razy. Średnia miesięczna liczba użytkowników to ok. 1200 osób (tygodniowo to ok. 700 osób, dziennie 400).

Podczas wakacji kampania „Narkotyki? Na co mi to” przeniosła się do klubów muzycznych i dyskotek. Łącznie zaangażowały się w nią 122 lokale z całej Polski – głównie z dużych miast i miejscowości wypoczynkowych. Kampania AdMirror polegała na oklejeniu toalet wlepkami, naklejkami na lustra oraz na podłogę. Wlepki z logo kampanii były dystrybuowane również na: Młodzieżowych Mistrzostwach Europy w Ultimata Freesbe, na Ostróda Reggae Festiwal, na Pikniku Organizacji Pozarządowych „Lokalni-Niebanalni” w Tomaszowie Mazowieckim oraz na festiwalu Przystanek Woodstock.

Myśląc o tegorocznej kampanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zdecydowało się na kontynuację pozytywnego przekazu społecznego, jakim jest hasło „Narkotyki? Na co mi to”. Na pewno warto podtrzymać dialog z młodzieżą, który został nawiązany za pośrednictwem portalu społecznościowego. Warto też podjąć działania, które będą jeszcze bardziej atrakcyjne dla młodych ludzi i zachęcać ich do aktywnego uczestnictwa w promowaniu zdrowego trybu życia, wolnego od narkotyków. Liczymy na to, że po wakacjach akcja „Narkotyki? Na co mi to” nabierze na nowo rumieńców i po raz kolejny stanie się inspiracją do tworzenia wierszy, piosenek, filmów – słowem prezentowania pasji, które wypełniają wolny czas i w pozytywny sposób „nakręcają” młodych ludzi.

Przypisy

¹ Założenia i strategia kampanii zostały szczegółowo opisane w artykule Danuty Muszyńskiej zamieszczonym w numerze 4/2011 „Serwisu Informacyjnego”.

WSPIERANIE PROJEKTÓW BADAWCZYCH DOTYCZĄCYCH PROBLEMATYKI NARKOTYKÓW I NARKOMANII PRZEZ KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Marta Struzik

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

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspiera rozwój projektów badawczych dotyczących problematyki narkotyków i narkomanii poprzez ogłaszanie konkursów badawczych. Stanowi to realizację działania zapisanego w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii zarówno w latach 2006-2010, jak też na lata 2011-2016, dotyczącego inicjowania i wspierania badań naukowych w obszarze redukcji popytu na narkotyki, przyczyniających się do lepszego zrozumienia zjawiska narkomanii. Badania mają na celu pogłębienie wiedzy z zakresu problematyki narkotyków i narkomanii, a tym samym dostarczenie informacji umożliwiających wdrażanie skutecznych strategii antynarkotykowych. Jest to zgodne z kierunkiem tzw. *evidence – based policy*, czyli prowadzenia polityki narkotykowej opartej na dowodach naukowych.

Formuła konkursu badawczego jest rozwijana przez Krajowe Biuro od 2008 roku, przy czym należy zaznaczyć, że pierwsze dwie edycje miały charakter otwartego komunikatu. Konkurs badawczy został natomiast ogłoszony już trzykrotnie, tj. w roku 2009, 2011 i 2012. Do roku 2011 wszystkie zainteresowane podmioty mogły składać oferty projektów dotyczących szerokiego spektrum zagadnień związanych ze zjawiskiem narkotyków i narkomanii m.in. używania substancji psychoaktywnych, postaw wobec problemu narkotyków i narkomanii, polityki antynarkotykowej, psychospołecznych uwarunkowań narkomanii czy też badań ewaluacyjnych w obszarze przeciwdziałania narkomanii. W 2012 roku po raz pierwszy ogłoszono konkurs, który dotyczył tylko jednego ściśle określonego zakresu tematycznego, a mianowicie nielegalnego rynku narkotyków, przestępczości narkotykowej i działań z zakresu redukcji podaży narkotyków. Rozstrzygnięcie tegorocznego konkursu badawczego nastąpi do dnia 11 maja 2012 r.

Procedura konkursu badawczego zakłada, że oferty konkursowe każdorazowo oceniane są przez Zespół

do spraw oceny projektów badawczych powołany Zarządzeniem Dyrektora KBPN. Ocena projektów składa się z dwóch etapów. Początkowo analizowane jest spełnienie przez oferenta wymogów formalno-prawnych, czyli analizowane są dokumenty złożone na konkurs pod kątem kompletności i zgodności z zakresem merytorycznym konkursu. Oceniane są ponadto zasoby materialne i kadrowe oferenta oraz doświadczenie w prowadzeniu podobnych badań, a także zaproponowany kosztorys działań. Drugi etap oceny stanowi szczegółowa analiza jakości merytorycznej projektu, biorąca pod uwagę m.in. cele badania oraz zaproponowaną metodologię. Warto zaznaczyć, że w skład oceny merytorycznej projektów wchodzi opinie dwóch niezależnych ekspertów. Oznacza to, że każdy projekt przekazywany jest do recenzji dwóm ekspertom w dziedzinach, których dotyczą złożone projekty badawcze. Uwagi i wnioski wynikające z recenzji są w efekcie uwzględniane w merytorycznej ocenie ofert. W wyniku procedury konkursowej Zespół do spraw oceny projektów badawczych wnioskuje do Dyrektora KBPN o przyjęcie, odrzucenie lub oddalenie ofert do realizacji na dany rok.

Na kolejnej stronie zamieszczono listę projektów badawczych, które zostały zlecone do realizacji przez Krajowe Biuro w ramach ogłaszanych komunikatów i konkursów badawczych. Każdorazowo wskazano także realizatora badań.

Jak wynika z powyższego zestawienia, do tej pory zlecono do realizacji projekty badawcze dotyczące diagnozy zjawiska narkotyków i narkomanii, skali rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych oraz postaw wobec narkotyków i narkomanii. Realizowane były także badania ewaluacyjne autorskich programów profilaktycznych oraz badania wykorzystujące nowe metody pomiaru, tj. szacowanie skali używania substancji psychoaktywnych w oparciu o badanie środowiskowe zanieczyszczenia wód. Projekty

dotyczyły też funkcjonowania w praktyce przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz oceny sprawności psychomotorycznej pacjentów leczonych substytucyjnie.

Warto zaznaczyć, że większość zleconych projektów stanowiły badania 2-letnie, choć zdarzyły się także

badania realizowane przez 3 lata. Niektóre badania stanowią też podstawy rozpraw doktorskich.

Raporty z badań dostępne są w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Tabela 1. Lista projektów badawczych zleconych do realizacji przez KBPN w ramach komunikatów i konkursów badawczych

Lp.	Tytuł projektu badawczego	Realizator	Edycja komunikatu/ konkursu
1.	„Młodzież a narkotyki”	Agencja Badawczo- -Informacyjna PASAD	I edycja komunikatu badawczego w 2008 roku
2.	„Ocena zagrożenia narkomanią w świetle opinii i doświadczeń własnych studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni medycznej”	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	I edycja komunikatu badawczego w 2008 roku
3.	„Program diagnostyczno-badawczy na temat wykorzystania w praktyce postanowień art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku”	Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym	I edycja komunikatu badawczego w 2008 roku
4.	„Wieloaspektowa diagnoza problematyki narkotykowej w mieście średniej wielkości na przykładzie Sanoka”	MJS Mirosław Siwak	I edycja komunikatu badawczego w 2008 roku
5.	„Oszacowanie liczby osób zażywających substancje odurzające w oparciu o badanie środowiskowe zanieczyszczenia wód w Poznaniu”	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	II edycja komunikatu badawczego 2008/2009
6.	„Skuteczność autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci odrzucanych przez rówieśników w klasie szkolnej”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	II edycja komunikatu badawczego 2008/2009
7.	„Badanie rozdzielczości czasowej i częstotliwości słuchu oraz sprawności grafomotorycznej u osób uzależnionych od opiatów – badania ilościowe i jakościowe”	Pallmed Sp. z o.o. w Bydgoszczy	Konkurs badawczy 2009
8.	„Ewaluacja Programu Wzmacniania Rodziny – etap I (pre-test)”	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Konkurs badawczy 2009
9.	„Ocena wiedzy, postaw i zagrożeń dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież niepełnosprawną wzrokowo”	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Konkurs badawczy 2009
10.	„Rola społecznego piętna w powrocie z uzależnienia”	Fundacja „Wiedza Lokalna” w Warszawie	Konkurs badawczy 2011
11.	„Substancje psychoaktywne ze szczególnym uwzględnieniem »dopalaczy« jako aktualne zagrożenie zdrowia i życia młodzieży – analiza postaw i świadomości ryzyka zdrowotnego wśród gimnazjalistów, uczniów szkół średnich oraz studentów”	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie	Konkurs badawczy 2011
12.	„Badanie skuteczności autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego młodzieży w wieku gimnazjalnym”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	Konkurs badawczy 2011
13.	„Badanie skuteczności autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w realizacji wymagań programowych”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	Konkurs badawczy 2011

SERWISY PROFILAKTYCZNE DLA MŁODZIEŻY

Wiele instytucji państwowych i organizacji pozarządowych, których działania związane są ze zdrowiem publicznym, w tym z uzależnieniami, tworzy profilaktyczne serwisy internetowe skierowane do dzieci i młodzieży.

Większość z nich zawiera podobne treści, jest część informacyjna, w formie „faktów o...” i „często zadawanych pytań”, oraz część prewencyjna, która zawiera materiały służące rozpoznaniu negatywnych wpływów czy presji otoczenia dotyczącej wyboru określonych zachowań oraz rady, jak reagować w wybranych sytuacjach. Inny stały i powtarzający się element to dział pomocy.

Twórcy stron dużą wagę przykładają do atrakcyjności prezentowanych materiałów, bo dzięki temu między innymi mogą zapewnić sobie dużą oglądalność serwisów. Wiedzę starają się przekazać za pomocą nowoczesnych narzędzi. Sięgają więc po Facebook, blog, materiały do pobrania lub obejrzenia on-line, np. plakaty, broszury, filmy z kampanii społecznych oraz elementy interaktywne, jak gry i quizy. Wśród nich jednak niektóre pomysły się wyróżniają.



PONAD WPŁYWEM – ABOVETHEINFLUENCE.COM

Jednym z najważniejszych elementów atrakcyjności, decydującym o pierwszym wrażeniu i chęci dalszego korzystania z serwisu, jest grafika strony oraz proponowanych zabaw. Dobrym przykładem starannej i zarazem młodzieżowej oprawy jest serwis abovetheinfluence.com. Grafika jest w nim z jednej strony prosta i przejrzysta, z drugiej dynamiczna, różnorodna i kolorowa. Każdy dział ma inne tło, dostosowane do charakteru prezentowanych w nim treści. Gry i zabawy interaktywne wykorzystują proste rozwiązania techniczne i przyciągają ciekawą oprawą ilustracyjną.

Autorzy serwisu wyraźny nacisk położyli na multimedialną warstwę strony oraz aktywizację odbiorców. Większość działów zbudowana jest na bazie materiałów wizualnych – filmowych lub fotograficznych, zamieszczanych przez redakcję lub przez samych odbiorców, np. w ramach konkursów.

Najważniejszy w tym kontekście jest dział Share your voice (podziel się swoją opinią). W zakładce Video znalazły się prawdziwe historie – wywiady, w których różne osoby opowiadają o swoich perypetiach związanych z używaniem narkotyków lub innych osobach, które je przyjmowały. Obok nich, w zakładce Your voice (twoja wypowiedź) umieszczono loga rysowane przez młodych ludzi z różnych ośrodków pracujących z młodzieżą. Ciekawą funkcją jest tu możliwość selekcjonowania rysunków według miast, z których pochodzą autorzy. Również dział Words (słowa) został zorganizowany w atrakcyjny sposób – na wirtualnej tablicy korkowej widzimy przyczepiane pinezkami fiszki, na których znajdują się pierwsze słowa wypowiedzi; po kliknięciu w fiszkę pojawia się kartka z całym tekstem. Pinezki mają różne kolory, którym odpowiada rodzaj wypowiedzi: prawdziwa historia, pisanie kreatywne lub cytat.

Przykłady reagowania na niepożądane propozycje ujęto w formie interaktywnej ilustracji w dziale Comebacks (repliki). Na obrazku znajduje się kilkanaście identycznych „buziek” – po kliknięciu w jedną z nich zbliża się inna, a w komiksowych dymkach pojawia się propozycja – najczęściej argumentowana jakimś faktem – i odpowiedź. W niektórych przypadkach po takim dialogu otrzymujemy dodatkowo objaśnienie zastosowanej „metody” odmawiania. Atutem tej zakładki jest dobór prostych, naturalnie brzmiących tekstów. Przez dłuższy czas najważniejszym elementem strony była zabawa pod hasłem Unwasted weekend (niezmarowany weekend). Co tydzień na stronie głównej ogłaszano kolejne zadania, które polegały np. na napisaniu piosenki, zrobieniu zdjęć lub filmu na zadany temat.

Każde zadanie miało swojego prowadzącego, który w krótkim klipie zapowiadał nową propozycję działań.

Wśród wyzwań największą popularnością cieszyły się te związane z jakimś konkursem. Należały do nich konkursy na nagranie hymnu serwisu, w którym można było wygrać sesję w studiu nagraniowym, oraz na opowieść filmową, która miała być emitowana w MTV.

Znacznie mniejszym zainteresowaniem cieszyły się zadania, w których nie przewidziano nagród. Stosunkowo dużo odpowiedzi zyskało zadanie dotyczące fotografii mody – jednak tylko wśród dziewcząt – oraz projekt koszulki i fotografia którejś z liter LOVE w przyrodzie.

Najmniej odpowiedzi przyszło na adaptację kolędy i fotografię obrazującą świat do góry nogami – być może ze względu na nieatrakcyjny w pierwszym lub niezrozumiały (zbyt trudny) w drugim przypadku temat. Na popularność niektórych zadań mogło też wpływać zawężenie środków wyrazu dla danego tematu.

SERWISY PROFILAKTYCZNE DLA MŁODZIEŻY



path (wybierz swoją ścieżkę). Są to filmy, w których oglądający może decydować o przebiegu akcji. Najpierw oglądamy wstępną prezentację problemu, po czym na ekranie pojawiają się propozycje postępowania. Po wyborze jednej z nich, wyświetlany jest określony przebieg zdarzeń. Obok tych względnie nowatorskich rozwiązań, na stronie znajdują się materiały do pobrania. Wyróżniają się one kreatywnością ujęcia problemu. Z jednej strony autorzy zachęcają do podejmowania działań w szkole czy w swoim środowisku, podsuwając różne pomysły aktywizacji grupy rówieśników, z drugiej dostarczają materiałów do manifestowania poglądów – np. poprzez prasowanki na ubrania, ikonki do portali społecznościowych, tapety komputerowe itp.

SIŁA TWOICH DECYZJI

National Institute on Drug Abuse – amerykański Instytut ds. Nadużywania Narkotyków prowadzi na stronie drugabuse.gov kilka działów dla młodzieży. Szczególnie interesujący pod względem rozwiązań jest serwis dla nastolatków teens.drugabuse.gov.

Strona poświęcona jest przede wszystkim używaniu leków niezgodnie z ich przeznaczeniem. Większość multimedialnych narzędzi komunikacji zamieszczono w dziale PEERx. Zaraz po wejściu do niego, odwiedzający widzi jasny komunikat: nadużywanie leków to nadużywanie narkotyków. Następnie do wyboru otrzymuje kilka prostych, podręcznych „zabawek”. Jedną z nich jest Mixer, trzykolumnowy obrazek, na którym zaznaczamy rodzaj imprezy, na którą się wybieramy (np. kręgle), oraz lek, którego skutki chcemy sprawdzić w tej sytuacji (np. Xanax). W trzeciej kolumnie pojawia się krótki opis skutków, jakie może przynieść taka sytuacja (np. Przyjaciele się wściekli. Umówiłam się z nimi, a skończyłam omdlała na kanapie).

Ciekawostką jest też forma gry zamieszczona pod hasłem Choose your own



ZŁA PRAKTYKA?

Serwis Too smart to start (Za sprytny by zaczynać: www.toosmarttostart.samhsa.gov) wydaje się przykładem złego podejścia do młodego odbiorcy. Strona wejściowa, na której wybieramy dostosowaną do wieku ścieżkę prezentacji zawartości (dzieci – nastolatki – rodzice i nauczyciele), jest dużą, dynamiczną grafiką zachęcającą do eksploracji. Bardziej wnikliwy ogląd strony skłania jednak do stwierdzenia, że jest ona bliższa bazie linków – zarówno wizualnie, jak i pod względem organizacji treści.

Strony dla dzieci i nastolatków są bardzo podobne, na pierwszy rzut oka różni je tylko kolor tła. Oba warianty zaczynają się od trzech akapitów tekstu, pod którym w kolumnie wypisano linki odpowiadające bocznemu menu. Dopiero pod nimi, na dole strony, można znaleźć film – komiks z działu Reel Life, przedstawiający scenariusz i rozwiązanie sytuacji z prawdziwego życia.

Co ciekawe, dla obu grup wiekowych umieszczono te same animacje, choć przedstawiane sytuacje nie są uniwersalne. Natomiast gry, które mogłyby być atrakcją strony, obecne są tylko w dziale dla dzieci – w wersji dla nastolatków zastąpiono je jednym quizem, pomimo że są to najprostsze, szeroko znane zabawy w rodzaju rebusów, gier pamięciowych lub quizów.

Dodatkowo uwagę zwraca prezentacja gier, która np. w wypadku pierwszej pozycji jest po prostu długim, szczegółowym opisem zasad dość prostej aplikacji, w którym ginie sama gra i link do jej rozpoczęcia. Quiz dla najmłodszych jest pozbawiony jakiegokolwiek oprawy: uczestnik otrzymuje pytanie i pod nim kilka linków-odpowiedzi.

Dział nastawiony na aktywizację (Push Play) również jest wspólny dla obu grup wiekowych. Odwiedzający napotyka w nim znów tylko szereg linków, bez informacji, czym są, za to o nieadekwatnych tytułach – np. na pierwszym miejscu znalazł się Prevention of Substance Abuse and Mental Illness Video Public Service Announcement Contest Winner.

Ogólne wrażenie, jakie robi serwis, nie jest zbyt dobre. Widać wyraźnie, że twórcy zupełnie zaniedbali warstwę wizualną, która nie idzie w parze ze sposobem przedstawiania danych komunikatów. Organizacja treści nie jest przejrzysta. I tak naprawdę na stronie nie ma nic ciekawego, co by przykuwało uwagę oglądających i zachęcało do zagłębienia się w serwis.

FN



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

Serwis Informacyjny NARKOMANIA jest notowany na liście Index Copernicus.

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: 22 621 27 98

e-mail: biuro@praesterno.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,

Danuta Muszyńska, Artur Malczewski, Kamila Gryn

Pismo bezpłatne