



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (58) 2012

NR 2

2012

# WPROWADZENIE

## ***Drodzy Czytelnicy,***

*skończyło się EURO 2012. W trakcie mistrzostw realizowana była kampania edukacyjno-informacyjna, w której uczestniczyły trzy agendy rządowe (Krajowe Centrum ds. AIDS, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Główny Inspektorat Sanitarny) i ponad dwadzieścia organizacji pozarządowych. Kampania – adresowana zarówno do kibiców, jak i społeczności lokalnej – miała na celu informowanie oraz uwrażliwianie na konsekwencje, jakie mogą nieść z sobą ryzykowne zachowania podejmowane w trakcie mistrzostw (przypadkowy seks, alkohol i narkotyki). O przygotowaniach do kampanii i planowanych działaniach donosimy w artykule „Działania profilaktyczne na EURO 2012”. Na okładce prezentujemy także ulotkę opracowaną przez KBPN, kolportowaną w trakcie kampanii.*

*W poprzednim numerze opublikowaliśmy wyniki ostatniej edycji badań młodzieży ESPAD. Teraz omawiamy wyniki badania przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie mieszkańców kraju w wieku 15-64 lata. Dane z obu pomiarów są spójne. Najczęściej używane w Polsce narkotyki to przetwory konopi indyjskich (marihuana lub haszysz). Do kontaktów z tą substancją przyznało się 17,6% respondentów (w badaniach ESPAD 24,3% gimnazjalistów i 37,3% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych). Częściej kontakty ujawniali młodszy respondenci (w wieku 15-34 lata) i mężczyźni. Przetwory konopi uznawane są za dostępne. Prawie 1/3 badanych określiła zdobycie marihuany jako łatwe. W grupie młodszych badanych (15-24 lata) odsetek osób uznających marihuanę za łatwo dostępną wyniósł aż 50%! Porównanie wyników omawianych badań z pomiarami dokonanymi w latach 2006–2010 pokazuje, że w przypadku marihuany, amfetaminy i ecstasy nastąpił wzrost ich używania. Spadło eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi (badania ESPAD pokazały wzrost rozpowszechnienia używania marihuany/haszyszu).*

*Chciałbym zwrócić Państwa uwagę na informację dotyczącą budowanego przez Krajowe Biuro systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Zaprezentowano trzy programy, które uzyskały pozytywną ocenę i rekomendację instytucji uczestniczących w systemie. Aktualnie w bazie znajduje się sześć programów: te, które uzyskały rekomendację oraz trzy polskie programy rekomendowane w europejskim Programie Exchange on Drug Reduction Action (EDDRA). Gorąco zachęcam realizatorów autorskich programów do zgłaszania ich do oceny.*

*W artykule omawiającym działanie nowego telefonu zaufania wspierającego osoby cierpiące z powodu uzależnień behawioralnych, przedstawiamy pierwsze doświadczenia związane z funkcjonowaniem telefonu. W ciągu niespełna dwóch miesięcy konsultanci przeprowadzili ponad 180 rozmów. Częściej dzwonią kobiety (57%). Najczęstszym problemem dzwoniących jest uzależnienie od hazardu, następnie uzależnienie od internetu i komputera. Zdecydowanie częściej rozmówcy dzwonią w swojej sprawie, rzadziej w związku z problemem bliskiej osoby. Dla prawie 2/3 rozmowa była pierwszym kontaktem – w związku z uzależnieniem behawioralnym – ze specjalistą. W bieżącym numerze prezentujemy także nowy serwis internetowy poświęcony uzależnieniom behawioralnym, obejmujący tematykę najważniejszych uzależnień niechemicznych, z których każde posiada swój oddzielny dział. Są to m.in. hazard, seks, komputer i sieć, zakupy, praca. Oddzielnym, bardzo ważnym elementem serwisu jest poradnia on-line.*

*Mam nadzieję, że te nowo powstałe narzędzia pomocy osobom dotkniętym uzależnieniami behawioralnymi staną się ważnymi elementami systemu wsparcia dla tych osób. W najbliższym czasie Krajowe Biuro przeprowadzi ogólnopolską kampanię na rzecz zapobiegania problemowemu graniu w gry hazardowe wśród młodzieży, której elementem będzie szerokie informowanie o telefonie zaufania i serwisie internetowym.*

***Życzę Państwu przyjemnej lektury***

***Piotr Jabłoński***

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

BARBARA WILAMOWSKA – ZMIANY W PRZEPISACH USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – PIERWSZE SZEŚĆ MIESIĘCY OBOWIĄZYWANIA .....	2
---	---

## Prawo

INSTYTUCJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA I RZECZNIKA PRAW OSÓB UZALEŻNIONYCH – KILKA REFLEKSJI <i>Katarzyna Syroka</i> .....	4
---	---

## Współpraca międzynarodowa

DEKLARACJA KOŃCOWA KONFERENCJI „PRZECIWDZIAŁANIE ALKOHOLIZMOWI I NARKOMANII W MIEJSCU PRACY” .....	10
--	----

## Profilaktyka

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE NA EURO 2012.....	14
KALENDARIUM WYDARZEŃ.....	15
SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO <i>Ewa Nawrot</i> .....	16
SKUTECZNOŚĆ PROGRAMU WZMACNIANIA RODZINY PO ROKU OD JEGO REALIZACJI <i>Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Joanna Raduj</i> .....	18

## Uzależnienia behawioralne

ROK DZIAŁANIA FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH <i>Danuta Muszyńska</i> .....	23
NIGDY NIE WIESZ, OD CZEGO JESTEŚ UZALEŻNIONY, DOPÓKI SOBIE TEGO NIE ODMÓWISZ <i>Ewa Drop</i> .....	25

## Leczenie, redukcja szkód

STANDARDY AKREDYTACYJNE W OPIECE NAD PACJENTEM UZALEŻNIONYM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH <i>Bogusława Bukowska</i> .....	27
--	----

## Programy przeciwdziałania narkomanii

ZADANIA ZLECONE PRZEZ KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII DO REALIZACJI W ROKU 2011 W RAMACH OTWARTEGO KONKURSU OFERT .....	31
---	----

## Badania, raporty

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE <i>Artur Malczewski, Marta Struzik</i> .....	36
--	----

## Społeczności lokalne

MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA TERENIE GMINY ZDUŃSKA WOLA <i>Piotr Sawicz-Kociubiński</i> .....	42
---	----

## Recenzja

NAUKA O UZALEŻNIENIACH .....	48
------------------------------	----

## Internet

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE .....	III okładka
---------------------------------	-------------

# ZMIANY W PRZEPISACH USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – PIERWSZE SZEŚĆ MIESIĘCY OBOWIĄZYWANIA



*Z Barbarą Wilamowską, prawnikiem i socjologiem, koordynatorką Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Ministerstwie Sprawiedliwości, rozmawia Tomasz Kowalewicz.*

**– Jakie główne zmiany wprowadziła nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przeprowadzona w 2011 roku?**

– To była duża nowelizacja i kilka zmian w przepisach miało wyjątkową wagę. Zaczniemy od nowego przepisu art. 62a. Nie jest to zmiana najważniejsza, ale ponieważ w mediach poświęcono jej najwięcej uwagi, warto powiedzieć o niej w pierwszej kolejności. Przepis art. 62a wprowadził do porządku prawnego ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii możliwość prawnych zachowań oportunistycznych. Pozwalają one organom prokuratury, po spełnieniu określonych przesłanek, na umorzenie postępowania o posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych jeszcze przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia. Norma zezwalająca na oportunizm nie jest nieznaną prawu polskiemu, ale zdecydowanie nie jest regułą, tylko stanowi odstępstwo od reguły, którą jest zasada legalizmu, określona w art. 7 ustawy zasadniczej. Zatem punktem wyjścia w naszym kraju jest zasada, która zobowiązuje uprawnione organy państwa do podejmowania ścigania każdego działania, które prawem jest zabronione. Legalizm, czyli działanie na podstawie prawa i w granicach prawa stanowiącego z pewnością daje poczucie bezpieczeństwa obywatelom i nie pozostawia wątpliwości co do jasności norm, które obowiązują, ale z drugiej strony bezrefleksyjnie stosowany, wbrew założeniom, dzieli obywateli na równych i równiejszych oraz mnoży szko-

dy społeczne. Bezwarunkowe podporządkowanie się zasadzie legalizmu zwalnia z nieznosnej konieczności myślenia o konsekwencjach ścigania. Pozwala schować się za bezwzględną normą i nie ponosić konsekwencji za decyzje. Na gruncie wieloletniego, po roku 2000, stosowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zasada ta wygenerowała nową grupę sprawców, jaką są osoby używające środków odurzających lub substancji psychotropowych. Z tysiąca skazanych w roku 1999 wykuła trzydzieści tysięcy w rekordowym roku 2006. Skazanych, z którymi prawo wykonawcze niewiele może zrobić, ale za to medycyna i terapia owszem. Oportunizm jest trudniejszy. Wymaga podjęcia decyzji i świadomej odpowiedzialności, ale pozwala na rozróżnienie tego, jaki czyn, na jaką karę zasługuje z uwagi na to, jakie niesie ze sobą konsekwencje. W licznych krajach europejskich zasada oportunizmu – czasem nawet normatywnie niezdefiniowana – w wielu dziedzinach prawa, również w odniesieniu do użytkowników narkotyków, jest skutecznie stosowana. Prokuratorzy z Niemiec i Szwajcarii przekonują nas, że na nauczanie się stosowania oportunizmu trzeba czasu. Będziemy zatem cierpliwi.

Kolejną ważną zmianą w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii jest zmiana w przepisie art. 72. Przepis ten, już od roku 2000, miał wytyczać słuszną drogę procesu karnego w odniesieniu do osób używających narkotyków, polegającą na możliwości zawieszenia postępowania na czas leczenia lub terapii sprawcy, a w przypadku pozytywnych wyników oddziaływania mógł skutkować wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Odpowiedzią prokuratury na pytanie, dlaczego przepis ten – skądinąd odgrywający wielką rolę w procesie przeciwdziałania narkomanii – był tak

marginalnie stosowany, było twierdzenie, że osoby, które są podmiotami prawa w tych konkretnych sprawach, były już uprzednio karane, co z góry przekreślało możliwość warunkowego umorzenia postępowania i tym samym czyniło bezcelowym trud stosowania tej normy. Znowelizowane przepisy prawa usuwają tę negatywną przesłankę procesową, jaką jest uprzednia karalność sprawcy. Otwierają zatem organom prokuratury pole do działania, realizowania założeń ustawy, a osobom, które zostały zatrzymane w związku z używaniem środka odurzającego, otwierają drogę do podjęcia leczenia, terapii lub edukacji w związku z używaniem narkotyków.

**– Jakie warunki muszą być spełnione, żeby prokuratura – zgodnie z nowym art. 62a – umorzyła postępowanie jeszcze przed formalnym wszczęciem sprawy?**

– Konieczne jest łączne spełnienie trzech przesłanek. Posiadanie musi dotyczyć nieznacznej ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej, celem posiadania jest użytek własny i orzeczenie kary wobec sprawcy jest niecelowe z uwagi na okoliczności popełnienia czynu i stopień społecznej szkodliwości. Jakkolwiek skomplikowane wydaje się brzmienie tych przesłanek, w rzeczywistości sprowadzają się one do pewnego uproszczenia: oto podmiotem zainteresowania organów ścigania i organów prokuratury jest osoba, wobec której możemy mówić tylko o konsumenckim przypadku posiadania narkotyku, z wykluczeniem domniemania posiadania w innych celach.

**– Czy słusznie nie wprowadzono do ustawy określenia ilości dopuszczalnej narkotyku?**

– Celowość niewprowadzenia do ustawy wartości granicznych środków odurzających lub substancji psychotropowych była uwarunkowana kilkoma względami. Najważniejszy był cel indywidualizacji sprawcy poprzez pryzmat charakteru używania czy nadużywania narkotyku. Konsumentem narkotyku jest zarówno ten, który używa narkotyku okazjonalnie, jak i ten, który jest osobą uzależnioną. Pomocą w rozróżnieniu tego, kto i z jakim charakterem używania trafia przed oblicze wymiaru sprawiedliwości służą, zgodnie z nowym brzmieniem przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,

specjaliści terapii uzależnień, którzy nie tylko oceniają charakter używania, ale również wskazują konieczny zalecany tryb oddziaływań leczniczych, terapeutycznych lub edukacyjnych oraz w określonych przypadkach wystawiają skierowanie do placówki leczniczej. Zmiana ustawy nie miała na celu doprowadzenia do cichej depenalizacji dla okazjonalnych użytkowników narkotyków kosztem osób uzależnionych. Dlatego wybrano wariant indywidualizacji wartości granicznych, które są w użytku własnym konsumenta.

Kolejnym powodem, dla którego nie zdecydowano się na określenie wartości granicznych, była oczywista konieczność ograniczenia tabeli tylko do kilku wybranych narkotyków.

**– Jak ten problem jest rozwiązywany w praktyce?**

– Poprzez praktykę stosowania prawa. Norma przepisu art. 62a to wyraz dużego zaufania do organów prokuratury. Orzecznictwo sądów też jest w tej mierze coraz bardziej pomocne. Założeniem jest, by dopuszczalna ilość narkotyku była odzwierciedleniem charakteru używania sprawcy.

**– Nowy przepis artykułu 24b nakłada na zakłady opieki zdrowotnej, prowadzące leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych, obowiązek współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, szczególnie w zakresie gromadzenia i przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Czy ten przepis nie zwiększa niebezpieczeństwa ujawniania danych pacjentów osobom i instytucjom, którym pacjenci nie chcieliby podawać swoich danych?**

– Nie dostrzegam takiego niebezpieczeństwa. Informacje o osobach są zakodowane i w takiej formie przetwarzane są równie bezpieczne jak dane medyczne. Podejmowanie określonych działań w sferze życia publicznego musi opierać się na stanach faktycznych. Stany te budujemy najczęściej na podstawie danych statystycznych. Zbadanie efektywności systemu lecznictwa też wymaga danych. Musimy wiedzieć, jaki numer, ile razy podejmował leczenie w określonej formie i z jakim skutkiem. Takiej analizy wymaga od nas system demokratycznego państwa, który nakłada

na nas obowiązek racjonalizacji nakładów na określone działania.

*– Czy ministerstwo dysponuje już danymi, na podstawie których można by ocenić funkcjonowanie znowelizowanej ustawy?*

– Pierwsze informacje zwrotne od sędziów i prokuratorów dotyczą nadspodziewanie wysokiej jakości danych o osobach podejrzanych, zbieranych przez specjalistów terapii uzależnień. To nowa jakość w procesie karnym. Mamy nadzieję, że będzie to dobry przykład dla całego wymiaru sprawiedliwości. Pierwsze dane statystyczne, obrazujące wstępny poziom zaangażowania organów sądu i prokuratury w stosowanie nowo obowiązujących przepisów prawa, pojawią się we wrześniu tego roku. Wiele jednak o tej zmianie powie nam roczne zbieranie danych, które zakończy się w grudniu 2012 roku.

*– Czy należy spodziewać się nowych inicjatyw ustawodawczych w obszarze przeciwdziałania narkomanii w perspektywie najbliższego roku?*

– Ze strony ministra sprawiedliwości, zgodnie z zadeklarowanym harmonogramem prac legislacyjnych rządu, w najbliższym czasie nie jest planowane podjęcie prac w tym zakresie. Jest za wcześnie na wyciąganie wniosków ze zmian, które kilka miesięcy temu weszły w życie. Ostatnia ważna zmiana w przepisach prawa narkotykowego, która miała miejsce w roku 2000, została oceniona po 10 latach. Tym razem nie będziemy czekać na ewaluację aż tak długo, ale z pewnością 6 miesięcy to zbyt krótki okres na udzielenie wiążących odpowiedzi na pytania, czy i w jakim zakresie sprawdziły się założenia legislatorów tworzących zmiany w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, które weszły w życie 9 grudnia 2011 roku.

*– Dziękuję za rozmowę.*

*Osoby, które stale lub okresowo używają w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie, mogą skorzystać z pomocy licznych instytucji, fundacji czy stowarzyszeń. Mogą liczyć także na pomoc Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Osób Uzależnionych.*

## INSTYTUCJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA I RZECZNIKA PRAW OSÓB UZALEŻNIONYCH – KILKA REFLEKSJI

Katarzyna Syroka  
prawnik

Problem narkomanii ma charakter wielopłaszczyznowy. Od wielu lat naukowcy z zakresu filozofii, medycyny, psychologii, socjologii poszukują jego źródeł. Każda z dziedzin wnosi pewien wkład w ogólną wiedzę na temat uwarunkowań nałogowego zażywania środków psychoaktywnych, aczkolwiek żadna nie czyni tego w sposób jednoznaczny i wyczerpujący<sup>1</sup>. Do najstarszych koncepcji można zaliczyć teorie filozoficzne, które koncentrują się na potrzebach natury ludzkiej, takich jak: poszukiwanie zmian, skłonności do posiadania, imitowania, naśladownictwa, formułowanie wartości nieosiągalnych<sup>2</sup>. W ujęciu

medycznym zażywanie środków uzależniających jest traktowane jak choroba, a przyczyny uzależnienia dzieli się na wewnątrzpochodne (najistotniejsze znaczenie ma dyspozycja charakterologiczna, będąca następstwem niedojrzałości jednostki, powstałej jako rezultat błędów wychowawczych oraz wadliwych postaw rodzicielskich) i zewnątrzpochodne (efekt farmakologiczny po zażyciu środka, czynniki związane z warunkowaniem klasycznym i instrumentalnym, grupowe zażywanie oraz łatwy dostęp do środków)<sup>3</sup>. W modelach psychologicznych uzależnienie od środków odurzających analizuje się z uwzględnieniem

mechanizmów rozwojowych i wychowawczych, które prowadzą do pojawienia się określonych cech indywidualnych, predysponujących do nałogowego przyjmowania tych substancji<sup>4</sup>.

Przegląd koncepcji, które determinują wejście w stan uzależnienia, umożliwia odniesienie się do dyspozycji organicznych, psychicznych człowieka w działaniu środka odurzającego czy też wpływie czynników społecznych i ekonomicznych<sup>5</sup>. Każdy przypadek powinien być jednak rozpatrywany indywidualnie i jakiegokolwiek próby generalizacji w mojej ocenie należy stosować z dużą ostrożnością.

Osoby, które stale lub okresowo używają w celach innych niż medyczne środków odurzających<sup>6</sup>, substancji psychotropowych<sup>7</sup> albo środków zastępczych<sup>8</sup>, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie, mogą skorzystać z pomocy licznych instytucji, fundacji, stowarzyszeń.

Przedmiotem niniejszego artykułu będzie przedstawienie zakresu kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Osób Uzależnionych.

## Rzecznik Praw Pacjenta – wybrane aspekty

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów, który został powołany do życia na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: upp)<sup>9</sup>.

Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 pkt 4 upp pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych<sup>10</sup> udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych<sup>11</sup> lub osobę wykonującą zawód medyczny<sup>12</sup>. Definicja znajdująca się w polskim systemie prawnym jest spójna z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, która podkreśla, że pacjentem jest osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora. Mając powyższe na uwadze, należy stwierdzić, że osoby, które stale lub okresowo używają w celach innych niż medyczne środków odurzających lub

substancji psychotropowych albo środków zastępczych mogą być pacjentami i korzystać z przysługujących im z tego tytułu praw, do których należą:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych;
- prawo pacjenta do informacji;
- prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych;
- prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- prawo pacjenta do dokumentacji medycznej;
- prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej;
- prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie<sup>13</sup>.

Jak już wspomniano, Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Do zakresu działania Rzecznika Praw Pacjenta należy:

- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów są bezprawne zorganizowane działania lub

zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Dla uznania danego działania (zaniechania) za praktykę, o której mowa powyżej, konieczne jest, aby to działanie (zaniechanie) było podejmowane w sposób zamierzony, świadomy, intencjonalny, nakierowany na pozbawienie pacjentów ich praw lub na ich ograniczenie<sup>14</sup>. Ponadto, należy wyjaśnić, że suma praw indywidualnych nie jest zbiorowym

*W sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta działa na prawach przysługujących prokuratorowi i może z urzędu lub na wniosek strony żądać wszczęcia postępowania oraz brać udział w toczącym się postępowaniu.*

prawem pacjentów. Rzecznik Praw Pacjenta, w sytuacji w której powyższe wiadomości o sytuacji mogącej prowadzić do naruszenia zbiorowych praw pacjentów przeprowadza odpowiednie postępowanie wyjaśniające. Jego wyniki mogą doprowadzić do wydania decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów, w której Rzecznik Praw Pacjenta zobowiąże do jej zaniechania lub wskaże działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów,

wyznaczając jednocześnie terminy ich podjęcia. W decyzji, o której mowa powyżej, istnieje także możliwość nałożenia na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązku składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Niepodjęcie działań określonych w decyzji Rzecznika Praw Pacjenta może skutkować nałożeniem na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku kary pieniężnej do wysokości 500 tys. złotych. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej należy uwzględnić w szczególności

okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy. Warto w tym miejscu podkreślić, że środki finansowe pochodzące z kar pieniężnych nie zasilają kont bankowych poszczególnych pacjentów, ale stanowią dochód budżetu państwa;

- prowadzenie postępowań w trybie art. 51-53 upp. Rzecznik Praw Pacjenta wszczyna postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy albo w przypadku otrzymania informacji, która uprawdopodobnia naruszenie praw pacjenta. Wniosek skierowany do Rzecznika Praw Pacjenta powinien spełniać określone wymogi formalne, tzn.: wskazywać wnioskodaw-

cę, zawierać oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy, oraz zwięzły opis stanu faktycznego. Po zapoznaniu się z otrzymanym wnioskiem Rzecznik Praw Pacjenta ma możliwość podjęcia sprawy, poprzestania jedynie na wskazaniu środków prawnych, przekazania sprawy według właściwości albo jej niepodjęcia. W przypadku podjęcia sprawy Rzecznik Praw Pacjenta może samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające i zbadać każdą

sprawę na miejscu, zlecić sporządzanie ekspertyz i opinii oraz żądać złożenia wyjaśnień czy też przedstawienia akt przez organy dotychczas prowadzące postępowanie. Ponadto, po zakończeniu postępowania wyjaśniającego i zapadnięciu rozstrzygnięcia, Rzecznik Praw Pacjenta może żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy prowadzonej przez sądy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz żądać do wglądu w biurze akt sądowych, prokuratorskich i innych organów ścigania. Należy podkreślić, że wynik prowadzonego postępowania wyjaśniającego jest uzależniony od okoliczności sprawy i materiału dowodowego. W sytuacji, w której Rzecznik Praw Pacjenta, nie stwierdza naruszenia praw pacjenta, jest zobowiązany wyjaśnić wnioskodawcy, pacjentowi oraz podmiotowi udzielającemu

*W 2009 roku Stowarzyszenie JUMP'93 oraz Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej powołały instytucję Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Jak czytamy w raporcie Rzecznika, na początku zajęto się „codziennym, zwykłym poradnictwem prawnym, które nie jest przypisane do tradycyjnie rozumianej roli ombudsmana, jednak było konieczne, ponieważ udzielanie bezpłatnej pomocy prawnej dla osób używających narkotyków nadal jest działalnością zbyt mało popularną, pomimo wyników badań wskazujących na duże potrzeby w tym zakresie”.*

świadczeń zdrowotnych, którego zarzut dotyczył, że takie ustalenia miały miejsce. Wnioskodawca, który jest niezadowolony z treści rozstrzygnięcia, ma możliwość wnoszenia o ponowne rozpoznanie sprawy. Z kolei w sytuacji, w której Rzecznik Praw Pacjenta stwierdza naruszenie praw pacjenta, może skierować wystąpienie zawierające opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził takie naruszenie. Ponadto, może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych. Organ, organizacja lub instytucja, do

których zostało skierowane wystąpienie, są obowiązane niezwłocznie (nie później jednak niż w terminie 30 dni) poinformować Rzecznika Praw Pacjenta o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku. Warto w tym miejscu podnieść, że w przypadku, gdy Rzecznik Praw Pacjenta nie podziela przedłożonego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa;

- w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta działa na prawach przysługujących prokuratorowi i może z urzędu lub na wniosek strony żądać wszczęcia postępowania oraz brać udział w toczącym się postępowaniu. Nie ma żadnych ograniczeń co do rodzaju spraw, o których mowa powyżej i w konsekwencji mogą one dotyczyć roszczeń niemajątkowych i majątkowych, w szczególności powództwa odszkodowawczego pacjentów, np. z tytułu błędów w sztuce lekarskiej, wykonania zabiegu bez wymaganej zgody, z tytułu skutków ubocznych leczenia farmakologicznego lub zakażenia szpitalnego itp.<sup>15</sup>;
- opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta<sup>16</sup>;
- opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta. Wydaje się, że w sferze edukacyjnej istotną rolę odgrywają także działania Rzecznika Praw Pacjenta zmierzające do zwiększenia świadomości prawnej zarówno pacjentów, jak i środowiska medycznego;
- współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta. Kompetencja, o której mowa powyżej, dotyczy wniosków kierowanych m.in. do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Po-

łożnych, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy, Lokalnych Wydziałów Zdrowia, Starostw Powiatowych, Regionalnych Ośrodków Pomocy Rodzinie, Ośrodków Pomocy Społecznej<sup>17</sup>;

- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów;
- zwracanie się do Rzecznika Praw Obywatelskich lub Rzecznika Praw Dziecka o podjęcie działań z zakresu ich kompetencji. Należy pamiętać, że Rzecznik Praw Pacjenta współistnieje w systemie politycznym i prawnym kraju z innymi instytucjami ombudsmana i nie może ingerować w kompetencje tych organów<sup>18</sup>.

Wracając do rozważań dotyczących omawianej instytucji, należy wyjaśnić, że Rzecznik Praw Pacjenta wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta. W strukturze Biura funkcjonują także Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy zgodnie z treścią art. 10d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>19</sup> są pracownikami Biura i przy jego pomocy wykonują swoje zadania.

Moim zdaniem ustawodawca słusznie podnosi, że osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw, a Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego mogą podejmować w tym zakresie skuteczne działania. Ponadto, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zapewniają pacjentom dostęp do informacji prawnej, pomagają w sporządzeniu i składaniu skarg do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego dokonują także oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do pacjentów, którzy zostali przyjęci do szpitala psychiatrycznego bez zgody, wobec których zastosowano przymus bezpośredni oraz przebywających w szpitalu psychiatrycznym na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego<sup>20</sup>.

Do środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym (psychiatrycznym i leczenia odwykowego) ma zastosowanie zasada ultima ratio, ponieważ środki tego rodzaju można stosować tylko wówczas, gdy jest to niezbędne, a więc gdy inny sposób postępowania w stosunku do sprawcy czynu zabronionego okazał się nieskuteczny<sup>21</sup>. Celem, który zamierza osiągnąć orzekający sąd, jest zapobieżenie ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego i to tylko takiego czynu, który byłby związany z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego<sup>22</sup>.

## Rzecznik Praw Osób Uzależnionych – wybrane aspekty

W czerwcu 2009 roku Stowarzyszenie JUMP'93 oraz Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej powołały instytucję Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Biuro Rzecznika jest prowadzone kolegią przez Agnieszkę Sieniawską oraz Jacka Charmastę. Jak czytamy w raporcie Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, na początku zajęto się „codziennym, zwykłym poradnictwem prawnym, które nie jest przypisane do tradycyjnie rozumianej roli ombudsmana, jednak było konieczne, ponieważ udzielanie bezpłatnej pomocy prawnej dla osób używających narkotyków nadal jest działalnością zbyt mało popularną, pomimo wyników badań wskazujących na duże potrzeby w tym zakresie”<sup>23</sup>.

W ramach działalności Rzecznika Praw Osób Uzależnionych prawnik udziela porad prawnych oraz sporządza pisma procesowe dla osób mających problemy lub pytania prawne związane z używaniem czy też posiadaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych. Ponadto prawnik koordynuje pracę zespołu studentów z Uniwersytetu Warszawskiego, którzy udzielają porad prawnych tej samej grupie docelowej z ramienia Kliniki Prawa UW – Sekcji Redukcji Szkód<sup>24</sup>. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że w Polsce obowiązują regulacje prawne, które penalizują posiadanie każdej ilości substancji psychoaktywnych. Problem kryminalizacji posiadania środków odurzających oraz model polityki państwowej w tym zakresie stanowi przedmiot wieloletnich dyskusji, zarówno na gruncie krajowym, jak i międzynarodowym. Zgodnie z treścią art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, kto wbrew przepisom ustawy posiada środki

odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa powyżej, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. W literaturze dominuje pogląd, że do określenia „znacznej ilości” narkotyków używać należy kryterium ilościowo-jakościowego i przyjmować, że chodzi o taką ilość, która zaspokoi potrzeby kilkudziesięciu osób uzależnionych<sup>25</sup>. Linia orzecznictwa Sądu Najwyższego jest dość konsekwentna i zbieżna z wiodącym poglądem doktryny. W postanowieniu z dnia 1 lutego 2007 roku Sąd Najwyższy podkreślił, że znaczna ilość narkotyków to taka, która wystarcza do jednorazowego odurzenia się co najmniej kilkudziesięciu osób<sup>26</sup>. W postanowieniu z dnia 23 września 2009 roku podniósł z kolei, że jest to taka ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, która mogłaby jednorazowo zaspokoić potrzeby co najmniej kilkudziesięciu osób uzależnionych<sup>27</sup>.

Wracając do rozważań dotyczących kompetencji Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, warto wspomnieć o podejmowaniu interwencji mających na celu poprawę jakości leczenia uzależnień w Polsce oraz zmianę systemu leczenia<sup>28</sup>. Jak wynika z Raportu Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, podjęto się zadań wynikających z podstawowych funkcji tego rodzaju instytucji, tj.:

- funkcji zapobiegawczo-interwencyjnej, której realizacja wynika przede wszystkim z udzielania bezpłatnych usług prawnych osobom używającym narkotyków oraz ich rodzinom, poprzez nagłaśnianie niektórych spraw i naruszeń oraz składanie skarg na działalność osób i instytucji, co może pozytywnie wpływać na praktykę organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości czy działania instytucji przeciwdziałania narkomanii;
- funkcji diagnostyczno-opisowej, której realizacja wynika z analizy zbieranych danych dotyczących naruszeń oraz próba rozpoznania ich podłoża;
- funkcji kreującej, która polega m.in. na modernizacji prawa narkotykowego oraz systemu pomocy i leczenia<sup>29</sup>.

Rzecznik Praw Osób Uzależnionych ma określone zadania. Do ich zakresu<sup>30</sup> należy w szczególności:

- monitorowanie wszelkich przejawów dyskryminacji użytkowników substancji psychoaktywnych czy pacjentów substytucyjnych;

- powiadomienie programów substytucyjnych oraz ośrodków terapeutycznych o możliwości i powinności zgłaszania wszystkich przypadków, w których pacjenci tych instytucji są aresztowani;
- monitorowanie aresztów śledczych i zakładów karnych w związku z osadzaniem osób uzależnionych.

W mojej ocenie inicjatywę powołania Rzecznika Praw Osób Uzależnionych należy ocenić pozytywnie. Osoby uzależnione od narkotyków lub innych substancji często potrzebują pomocy osób bezstronnych, które dysponują specjalistyczną wiedzą i nie są zaangażowane emocjonalnie w daną sprawę.

## Zakończenie

Osoby, które stale lub okresowo używają w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie, mogą skorzystać z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Aby skorzystać z takiej pomocy, należy zwrócić się do wybranej instytucji, mając na uwadze jej zakres kompetencyjny. Siedziba Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzecznika Praw Osób Uzależnionych znajduje się w Warszawie, ale istnieje możliwość kontaktu telefonicznego, e-mailowego oraz za pośrednictwem poczty. Należy zaznaczyć, że żadna z instytucji nie świadczy pomocy finansowej, a udzielana pomoc jest bezpłatna.

## Przypisy

1. J. Rogala-Oblękowska, „Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne”, Warszawa 1999, s. 6.
2. K. Łucarz, A. Muszyńska, „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, Warszawa 2008, wersja on-line, komentarz do części pierwszej, System Informacji Prawnej LEX SIGMA.
3. K. Łucarz, A. Muszyńska, op. cit. komentarz do części pierwszej.
4. K. Łucarz, A. Muszyńska, op. cit. komentarz do części pierwszej.
5. K. Łucarz, A. Muszyńska, op. cit. komentarz do części pierwszej.
6. Zgodnie z treścią art. 4 pkt 26 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005.179.1485 z późn. zm.) środkiem odurzającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ww. ustawy.
7. Zgodnie z treścią art. 4 pkt 25 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ww. ustawy.
8. Zgodnie z treścią art. 4 pkt 27 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii środkiem zastępczym jest substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt,

roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do

9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009.52.417 z późn. zm.).
10. Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 pkt 6 upp świadczeniem zdrowotnym jest świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092). Zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
11. Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 pkt 5 upp podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej.
12. Zgodnie z treścią art. 3 ust. 1 pkt 6 upp osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba wykonująca zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
13. Szczegółowe omówienie poszczególnych praw pacjenta znajduje się m.in. w komentarzach oraz Serwisie Informacyjnym Narkomania 1/2010.
14. A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz”, Warszawa 2010, s. 224.
15. E. Bagińska (w:) M. Nesterowicz (red.), „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz”, Warszawa 2009, s. 272.
16. Rzecznik Praw Pacjenta, w przeciwnieństwie do Rzecznika Praw Obywatelskich, nie ma inicjatywy ustawodawczej ani możliwości zwrócenia się do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niekonstytucyjności aktu normatywnego lub dokonanie powszechnie obowiązującej wykładni ustaw.
17. E. Bagińska (w:) M. Nesterowicz (red.), „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz”, Warszawa 2009, s. 259.
18. D. Karkowska, „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz”, Warszawa 2010, wersja on-line, komentarz do artykułu 48, System Informacji Prawnej LEX SIGMA.
19. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U.2011.231.1375 z późn. zm.
20. Kwestie dotyczące środków zabezpieczających zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r., Kodeks karny, Dz.U.1997.88.553 z późn. zm.
21. Postanowienie Sądu Najwyższego z 30 listopada 2001 r., II AKz 468/2001, KZS 2001, nr 12, poz. 27.
22. P. Hofmański, L.K. Paprzycki, „Kodeks karny. Komentarz”, Warszawa 2011, wersja on-line, komentarz do artykułu 93 kodeksu karnego, System Informacji Prawnej LexPolonica.
23. Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, s. 3, elektroniczna wersja raportu znajduje się na stronie [www.politykanarkotykowa.pl](http://www.politykanarkotykowa.pl).
24. [www.politykanarkotykowa.pl](http://www.politykanarkotykowa.pl).
25. M. Bojarski, W. Radecki, „Przewodnik po pozakodeksowym prawie karnym”, Wrocław 1998, s. 240; T.L. Chruściel, M. Preiss-Myśłowska, „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, Warszawa 2000, s. 257; S. Kosmowski, „Podstawowe problemy stosowania przepisów kryminalizujących nielegalny obrót narkotykami”, Problemy Prawa Karnego 2004/25, s. 35; T. Strogosz „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, Warszawa 2008, s. 373.
26. LexPolonica nr 1410149.
27. LexPolonica nr 2078067.
28. [www.politykanarkotykowa.pl](http://www.politykanarkotykowa.pl).
29. Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, s. 6 i n.
30. Ibidem.

*W dniach 14-15 maja 2012 roku w Strasburgu odbyła się międzynarodowa konferencja pn. „Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii w miejscu pracy: zagrożenia i wyzwania dla rządu, pracodawcy i personelu”. Konferencja została zorganizowana przez Grupę Pompidou<sup>1</sup>. Wzięli w niej udział przedstawiciele z kilkunastu krajów Europy, w tym z Polski. Poniżej przedstawiamy Deklarację końcową, stworzoną przez sekretariat Grupy Pompidou i przyjętą przez uczestników konferencji, oraz Rekomendacje, które stanowią załącznik do Deklaracji końcowej.*



## DEKLARACJA KOŃCOWA KONFERENCJI „PRZECIWDZIAŁANIE ALKOHOLOWI I NARKOMANII W MIEJSCU PRACY”

Przedstawiciele państw i organizacji międzynarodowych uczestniczących w konferencji:

- zapoznali się z problematyką związaną z rosnącym rozpowszechnieniem używania alkoholu i narkotyków wśród osób czynnych zawodowo tak w miejscu pracy, jak i życiu prywatnym, oraz zjawiskiem politoksykomanii, biorąc pod uwagę dostępne badania na poziomie krajowym i międzynarodowym;
- uznali, że zwiększone rozpowszechnienie substancji psychoaktywnych może mieć związek z czynnikami osobistymi, rodzinnymi lub społecznymi, takimi jak stres w pracy, zmianowy system pracy, nadmiar obowiązków w pracy, frustracja, brak motywacji, niepewność co do dalszego zatrudnienia i słaba osobista kondycja materialna związana z niestabilnością zawodową itp.;
- zidentyfikowali ryzyko i zagrożenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych w miejscu pracy i poza nim: narażanie fizycznej integralności pracowników, szkody w zakresie sprzętu, zdrowia, narażanie na niebezpieczeństwo w pracy, niezdolność do wykonywania obowiązków, karanie firm oraz naruszanie wizerunku, powodowanie zawirowań finansowych oraz szkodenie klientom.

W celu sprostania wymienionym wyzwaniom sformułowano następujące zalecenia:

- zaprosić wszystkie podmioty (rządy i władze państwowe, przedsiębiorstwa, służby z zakresu medycyny pracy oraz pracowników) do opracowania założeń strategii zapobiegania zagrożeniom związanym z używaniem alkoholu i narkotyków;
- wspierać przyjmowanie i wdrażanie spójnych i wszechstronnych strategii przeciwdziałania używaniu substancji

psychoaktywnych, opierając się na zrównoważonym podejściu, poszanowaniu różnic kulturowych i narodowych, procedurach i działaniach sugerowanych w systemie z zakresu przeciwdziałania narkomanii w miejscu pracy, który został przekazany uczestnikom konferencji w postaci załącznika;

- podkreślić konieczność uwzględnienia w strategii przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii w miejscu pracy istniejących rozwiązań prawnych chroniących indywidualną integralność i ludzką godność każdej osoby na szczeblu międzynarodowym, europejskim i krajowym, w szczególności Europejską Konwencję Praw Człowieka oraz prawo do prywatności, Europejską Kartę Społeczną oraz prawo do zdrowia, Dyrektywę UE 89/391/EEC w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy oraz Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej, jak również odpowiednie Konwencje i Kodeksy postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy, w szczególności kodeks postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy z zakresu rozwiązywania kwestii związanych z alkoholem i narkotykami w miejscu pracy oraz dotychczasowe działania podejmowane w tym zakresie przez Grupę Pompidou;
- w odniesieniu do tego typu przeciwdziałania strategia powinna kłaść nacisk na odpowiedzialność i obowiązki wszystkich zaangażowanych stron: rządów i władz państwowych, przedsiębiorstw, służb z zakresu medycyny pracy oraz pracowników – ogółem i z osobna;
- promować debatę i dialog w środowisku przedsiębiorstw na temat ryzyka zawodowego związanego z używaniem alkoholu i narkotyków oraz kłaść nacisk na konieczność

uwzględniania kwestii związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy;

- integrować profilaktykę zagrożeń związanych z uzależnieniami z ogólnym procesem oceny i zarządzania ryzykiem zawodowym.

## REKOMENDACJE

- Michel Massacret - Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT Francja)
- Prof. Philippe Jean Parquet - konsultant (Francja)
- Paul Windey – Conseil National du Travail

Używanie alkoholu i narkotyków w miejscu pracy jest dość szeroko rozpowszechnionym, jednak wciąż niewystarczająco rozpoznany zjawiskiem, w szczególności w zakresie jego skutków. Obecnie pracodawcy muszą, tak jak miało to miejsce w przypadku palenia tytoniu i picia alkoholu, zmierzyć się z problemem używania narkotyków. Zachowa-

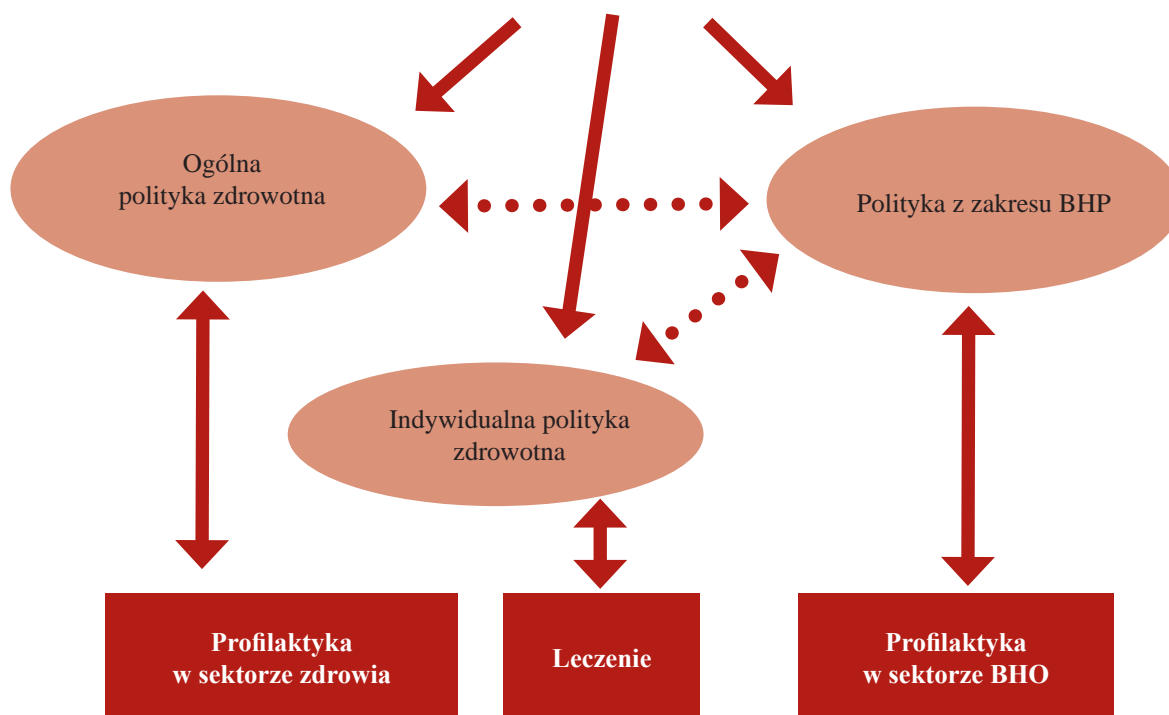
nia związane z uzależnieniem przybrały na sile w populacji ogólnej, a konsekwencją tego jest także ich wzrost wśród pracowników. Używanie narkotyków i alkoholu jest często elementem życia prywatnego pracownika, który może przenikać do jego życia zawodowego; używanie może być również wynikiem nadmiaru presji w pracy i odbijać się na życiu prywatnym. Bez względu na naturę czynników determinujących (osobiste, społeczne, zawodowe), zagrożenia związane z używaniem alkoholu i narkotyków są obecne. W obliczu potrzeb związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem zaprzeczanie istnieniu tego typu zachowań w pracy nie może być akceptowane. Odnosi się to również do praktyk mających na celu monitorowanie pracowników lub działań polegających na usuwaniu z pracy, co prowadzi do dyskryminacji. Ten problem powinien zyskać wyższą rangę zarówno w zakresie polityki państwa, jak i propozycji działań i zaleceń organizacji międzynarodowych zajmujących się tym zjawiskiem.

### Diagram 1. Cel: Skonstruowanie strategii łączącej podejścia BHP

*Niniejsza strategia musi być odpowiednia, zasadna i skuteczna w środowisku pracy.*

To wymaga wiedzy z zakresu:

- oceny rozpowszechnienia/występowania/wpływu używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy;
- analizy ryzyka;
- identyfikowania ról interesariuszy i ich zakresu obowiązków;
- identyfikowania umiejętności z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom.



Zapobieganie zagrożeniom związanym z uzależnieniami powinno odgrywać kluczową rolę w dialogu na temat poprawy warunków pracy i uwzględniać zagrożenia związane z pracą. W tym celu wydaje się zasadne, aby stworzyć ramy interwencji w miejscu pracy z myślą o interesariuszach (rządy i władze państwowe, przedsiębiorstwa, służby z zakresu medycyny pracy oraz pracownicy), którzy w swojej odmienności i komplementarności pragną wprowadzić, realizować i ewaluować strategię przeciwdziałania narkomanii i alkoholizmowi w miejscu pracy. Na szczeblu krajowym poszczególne elementy powinny być analizowane z osobna i w połączeniu jako podstawa do tworzenia i realizacji strategii przeciwdziałania narkomanii i alkoholizmowi w miejscu pracy.

Z uwagi na konieczność osiągnięcia rezultatów i zapewnienia odpowiednich środków, niniejsze rekomendacje opierają się na zasadach dotyczących odpowiedzialności, transparentności, poszanowania wolności osobistej i zbiorowej oraz solidarności w środowisku pracy.

Rekomendacje uwzględniają istniejące dobre praktyki.

Dostarczają materiału do wspólnej polityki poprzez wskazywanie na podobieństwa między krajami, bez względu na szczegółowe różnice w systemie prawnym, społecznym i kulturze, ponieważ każdy kraj ma specyficzne uwarunkowania społeczno-gospodarcze i ustawodawstwo. W związku z tym należy zintegrować ogólne podejście i profilaktykę

w przedmiotowej strukturze oraz uwzględnić uregulowania prawne we wszystkich wymiarach:

- ogólna polityka antynarkotykowa, strategie resortowe;
- polityka dotycząca profilaktyki w sektorze zdrowia publicznego;
- odpowiedzialność za profilaktykę i opiekę ze strony organów pomocy społecznej;
- prawa i obowiązki pracodawców i pracowników (ustawodawstwo krajowe, prawo umów, umowy o pracę, przepisy wewnętrzne);
- prawo do ochrony życia prywatnego;
- polityka BHP oraz promocja zdrowia w miejscu pracy.

Należy zwracać uwagę także na to, że w zależności od decyzji podjętych w zakresie wdrażania zbiorczych bądź indywidualnych projektów profilaktycznych, można uzyskać ich różną trwałość.

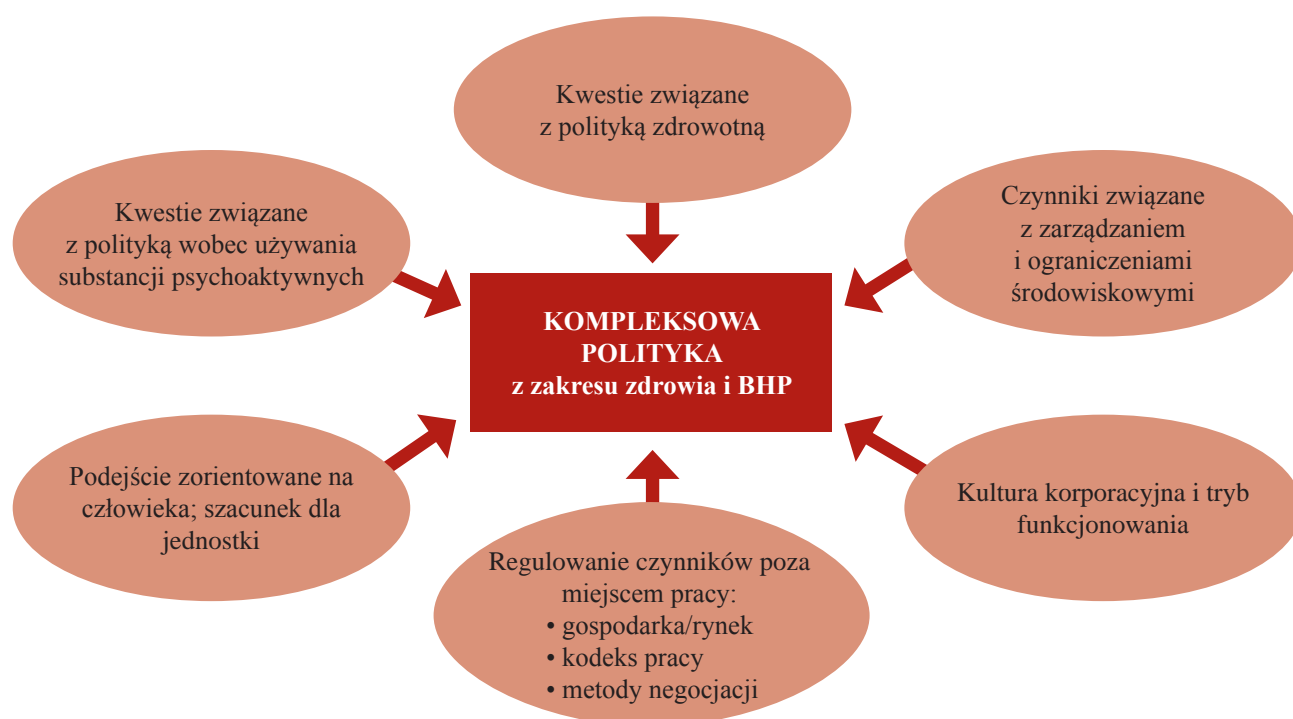
Należy stwierdzić, że zachowania związane z uzależnieniem w miejscu pracy mają określone czynniki determinujące, co uzasadnia wprowadzenie szczegółowych ustaleń z zakresu profilaktyki, innych niż stosowane w sytuacjach standardowych oraz życiu codziennym.

Wdrażając program przeciwdziałania narkomanii w miejscu pracy należy uwzględnić następujące aspekty:

- chronić zdrowie osób prywatnych bądź pracowników w środowisku pracy;

## Diagram 2. Cel: Opracowanie kompleksowego podejścia obejmującego kwestie BHP

*Istnieją pewne zewnętrzne ograniczenia, które należy uwzględnić.*



- zapobiegać szkodom i dysfunkcjom w miejscu pracy oraz szkodom sprzętowym;
- jasno przedstawiać prawa i obowiązki interesariuszy;
- przechodzić z podejścia zorientowanego wyłącznie na bezpieczeństwo na podejście optymalizujące pracę jako wartość, na styku wielu obowiązków i praw podstawowych. Należy także uwzględnić następujące zagadnienia:
- czynniki determinujące używanie narkotyków w życiu prywatnym i zawodowym;
- analizę sytuacji, z zamierzeniem osiągnięcia wyników akceptowanych przez wszystkie strony;
- wprowadzanie konsekwencji używania narkotyków do ewaluacji zagrożeń;
- analizę i ewaluację zasobów oraz umiejętności, które mogą być wykorzystane w miejscu pracy oraz poza nim w celu przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii;
- kierowanie pracowników z problemem alkoholowym lub narkotykowym na terapię oraz późniejszą readaptację w miejscu pracy;
- określenie przez pracowników własnych problemów na podstawie sygnałów ostrzegawczych oraz wprowadzenie zbiorczych działań przeciwdziałających;
- wspólne sporządzenie listy stanowisk odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i ochronę, dla których mogą być przeprowadzone badania przesiewowe;
- warunki i metody identyfikowania (wykrywania) oraz przesiewowego badania konsumpcji narkotyków;
- podejście obejmujące zaangażowanie odpowiednich partnerów, kierowników oraz sieci wsparcia w celu przeciwdziałania i zarządzania problematyką alkoholizmu i narkomanii.

Rekomendacje mają także na celu znalezienie wspólnej strategii, która jest ważna z uwagi na fakt, iż przyczynia się ona do:

- efektywniejszego prowadzenia firmy i rozwoju gospodarczego;
- poprawy zdrowia pracowników, jakości ich życia i rozwoju osobistego.

Uzależnienie jest szkodliwe na poziomie indywidualnym oraz w odniesieniu do wszystkich funkcji pełnionych przez pracownika w miejscu pracy, co uzasadnia podejmowane działania, które powinny brać pod uwagę kwestie BHP odnoszące się do wszystkich pracowników, bez względu na zajmowane przez nich stanowiska.

Rekomendacje stawiają problem ustaleń dotyczących przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, jakie powinny być promowane w strategiach BHP oraz ich pochodnych.

Identyfikują także pewne kluczowe elementy w drodze do sukcesu, takie jak:

- zaangażowanie się w osiągnięcie wspólnych celów;
- przyjęcie przez kierownictwo odpowiedzialności za projekt;
- udział wszystkich interesariuszy zgodnie z pełnionymi funkcjami;
- sposób realizacji projektu; uwzględnienie rozmiaru przedsiębiorstwa i rodzaju jego działalności;
- wspólna ewaluacja: określenie celów, środków i wyników. Wszystkie te elementy z osobna oraz ich kombinacje stanowią układ odniesienia.

### Przy opracowaniu propozycji wykorzystano następujące źródła:

The recent work of the Pompidou Group on the question of prevention of drug use in the workplace (Expert Committee on Ethical Issues and Professional Standards) on "Drug testing in the workplace: inventory of European national legislations" (P-PG/Ethics(2006)4rev2) and drug testing by insurance companies in Europe (PG/Ethics(2009)9)  
[http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/P-PG-Ethics\\_2006-1rev2\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/P-PG-Ethics_2006-1rev2_en.pdf)

ILO Conventions 155 (Occupational safety and health) and 161 (Occupational health services) and the code of practice of 1996 built around an essentially preventive approach.

The work and recommendations of the WHO on public health, the joint ILO/WHO guidelines, in particular the European Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020

The Council Directive of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work:  
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:183:0001:0008:EN:PDF>

The work of the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EUROFOUND-Dublin), more particularly that relating to data and analysis derived from comparative research

<http://www.eurofound.europa.eu/>

The work of the European Agency for Safety and Health at Work (Bilbao) in providing technical, scientific and economic information in the field of health and safety at work

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/health\\_hygiene\\_safety\\_at\\_work/c11110\\_en.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/c11110_en.htm)

Processes in relative convergence between states, including the activities of the social partners at sector level (branch agreements, agreements within the company); monitoring procedures implemented in several member states (cf PPG/ Work(2011)7), (P-PG/Work(2011)5)

[http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/P-PG-Work\\_2011\\_9rev1\\_MeetingReport\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/P-PG-Work_2011_9rev1_MeetingReport_en.pdf)

### Przypisy

- <sup>1</sup> Grupa Pompidou Rady Europy jest Międzynarodową Grupą Współpracy na rzecz Zwalczania Narkomanii i Handlu Narkotykami. Została utworzona w celu rozwoju efektywnej polityki dotyczącej problemu nadużywania oraz przemytu narkotyków na terenie Europy. Obecnie w skład Grupy Pompidou wchodzi 37 państw europejskich.

# DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE NA EURO 2012



Zbliżające się Mistrzostwa Europy w piłce nożnej z pewnością dostarczą nam wielu niezapomnianych chwil. Jednak jakiego rodzaju będą to momenty, to zależy od nas. W trosce o bezpieczeństwo nie tylko mieszkańców naszego kraju, ale także osób przyjezdnych Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii podjęło się współpracy przy realizacji projektu Safe Games Polska, przygotowanego z okazji Euro 2012, którego organizatorem jest Safe Games, Inc. Koordynatorem akcji w Polsce został Społeczny Komitet ds. AIDS. Projekt polega na przeprowadzeniu akcji edukacyjnej mającej na celu dostarczenie kibicom informacji dotyczących ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków i alkoholu, przeciwdziałania przemocy oraz promowania bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Do projektu przyłączyło się 20 organizacji pozarządowych. W czasie mistrzostw w projekcie Safe Games będzie pracowało ponad 1000 zespołów pracowników terenowych. Będą to nie tylko wolontariusze, ale także Superbohaterowie kampanii (m.in. Kapitan Kondom), którzy będą rozdawać pakiety edukacyjne oraz ulotki informacyjne, na których znajdą się adresy oraz numery kontaktowe do lokalnych stref kibica, komisariatów policji, szpitali oraz telefonów interwencyjnych. Została uruchomiona strona internetowa [www.safegamespolska.com](http://www.safegamespolska.com), na której znajdują się ważne telefony oraz informacje, które mogą być pomocne w trakcie mistrzostw. Został utworzony także fanpage na portalu Facebook.

Safe Games wzbudza zainteresowanie wśród mediów. Przedstawiciele Społecznego Komitetu ds. AIDS zapraszani są do mediów, aby przybliżyć ideę projektu. Ostatnio reprezentanci SKA udzielali informacji na temat projektu w Radiu TOK FM, a także w porannym programie TVN24 „Wstajesz i wiesz”. 6 czerwca, tuż przed rozpoczęciem mistrzostw, odbyła się konferencja prasowa zorganizowana przez Społeczny Komitet ds. AIDS dotycząca projektu Safe Games Polska. W konferencji wzięli udział: Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Katarzyna Malinowska-Sempruch, dyrektor Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej w Open Society Institute, Tomasz Małkuszewski, przewodniczący Społecznego

Komitetu ds. AIDS, oraz gość specjalny Piotr Świerczewski, były reprezentant Polski w piłce nożnej. Podczas konferencji przedstawione zostały założenia projektu oraz działania profilaktyczne, które będą podejmowane w trakcie mistrzostw. Zaprezentowano także stronę internetową [safegamespolska.com](http://safegamespolska.com), która zawiera niezbędne informacje dla gości z zagranicy. W czasie konferencji pokazano też materiały informacyjne stworzone specjalnie z okazji Euro 2012.

W ramach akcji Safe Games Polska Krajowe Biuro wydało ulotkę informacyjną w trzech językach: polskim, angielskim oraz rosyjskim. Ma ona charakter informacyjny. Tworząc ulotkę, braliśmy pod uwagę to, że do Polski przyjadą kibice z zagranicy, więc konieczne wydawało się umieszczenie w niej informacji na temat przepisów prawa obowiązującego w naszym kraju. Dlatego też w ulotce znalazły się informacje dotyczące możliwych kar za posiadanie, udzielanie i handel substancjami psychoaktywnymi oraz prowadzenie pojazdu pod wpływem takich substancji. Z myślą o bezpieczeństwie kobiet umieszczone zostały treści nawiązujące do kampanii „Pilnuj drinka”, które mają na celu zwrócenie uwagi na zagrożenia związane z substancjami dodawanymi do napojów (głównie ketaminy oraz GHB, tzw. tabletki gwałtu), powodującymi utratę świadomości, w wyniku czego można stać się ofiarą przestępstwa (gwałt, kradzież). Nie zapomnieliśmy również o informacjach na temat zasad udzielania pierwszej po-

mocy w przypadku przedawkowania lub zagrożenia życia w związku z użyciem substancji psychoaktywnych. Jeżeli jednak, pomimo informacji zawartych w ulotce, osoba i tak zdecyduje się zażyć narkotyków, to będzie wiedziała, w jaki sposób ograniczyć ryzyko i zrobić to bezpiecznie, ponieważ zawarte są tu także informacje dotyczące redukcji szkód zdrowotnych. Ponadto ulotka zawiera ważne telefony interwencyjne. Poza telefonem alarmowym 112, umieszczony został numer Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania Narkotyki – Narkomania (801 199 990), pod którym można uzyskać informacje dotyczące przepisów prawa oraz pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowia w związku z używaniem narkotyków. W czasie trwania mistrzostw telefon będzie czynny codziennie w godzinach 16.00–22.00. Konsultacje w Telefonie Zaufania będą udzielane przez specjalistów w języku polskim, angielskim oraz rosyjskim. Informacja o telefonie została umieszczona na stronach internetowych organizacji pozarządowych, m.in.: Polskiego Towarzystwa

Zapobiegania Narkomanii, Stowarzyszenia MONAR, Towarzystwa Profilaktyki Środowiskowej Mrowisko, a także na stronach Safe Games Polska oraz na [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl). Na ulotce umieszczono też kontakt do Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, umożliwiającą uzyskanie bezpłatnej porady prawnej.

Ulotka będzie dystrybuowana bezpłatnie przez organizacje pozarządowe podczas trwania Euro na terenie miast, w których odbędą się mecze: Warszawa, Poznań, Gdańsk, Wrocław, a także w Krakowie, gdzie zatrzymała się angielska reprezentacja. Wolontariusze będą rozdawać ulotki w miejscach, w których będzie najwięcej kibiców, czyli w okolicy stadionów, stref kibica, ambasad kibiców, a także w pubach, w których będą transmitowane mecze. Praca wolontariuszy nie będzie ograniczała się jedynie do wręczenia ulotki. Streetworkerzy będą również edukować i zachęcać do podejmowania zachowań prozdrowotnych.

ES

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (HDG)	18 kwietnia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie tzw. Dialogu Politycznego państw UE z Armenią, Mołdawią, Azerbejdżanem i Gruzją	19 kwietnia	Bruksela, Belgia
Reitox Akademia dotycząca nowych substancji psychoaktywnych, Węgierski Focal Point	19-20 kwietnia	Budapeszt, Węgry
36 Komitet Naukowy EMCDDA	10-11 maja	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (HDG)	22 maja	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego UE i państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów	23 maja	Bruksela, Belgia
Posiedzenie tzw. Dialogu Politycznego państw UE z przedstawicielami USA	23 maja	Bruksela, Belgia
12. Spotkanie Reitox Early Warning System Network	24-25 maja	Lizbona, Portugalia
Reitox Heads Meeting, EMCDDA	29 maja–1 czerwca	Lizbona, Portugalia
XIV Spotkanie Wysokiego Szczebla w ramach Komitetu Technicznego UE i państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów	4-5 czerwca	Bruksela, Belgia
NIDA International Forum, Nowe substancje psychoaktywne: drugie międzydyscyplinarne forum, NIDA and EMCDDA	8-11 czerwca	Palm Springs, USA
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	14-15 czerwca	Kopenhaga, Dania

## SPOTKANIA KRAJOWE

XXII Konferencja Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, CIINN KBPN oraz Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	25-27 kwietnia	Kielce
Monitorowanie rozwiązywania problemów uzależnień na poziomie lokalnym – I szkolenia, ROPS w Katowicach	25-26 czerwca	Ustroń

*System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego – stworzony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji – ma zasięg ogólnopolski. Ocena jakości dokonywana w zakresie zgodności ze standardami odnosi się do całości programu profilaktycznego i poszczególnych etapów jego realizacji. W zależności od stopnia spełnienia kryteriów jakości, programy mogą otrzymać rekomendację na jednym z trzech poziomów: program obiecujący, dobra praktyka i program modelowy.*

# SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Ewa Nawrot

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Prace nad systemem rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego zostały podjęte z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. System rekomendacji odpowiada na wymagania polityki narkotykowej, alkoholowej i zdrowotnej Unii Europejskiej, podkreślającej konieczność podnoszenia jakości, rozwoju i szerszego rozpowszechniania skutecznych, opartych na wiedzy programów i praktyk przeciwdziałania narkomanii, problemom alkoholowym i promocji zdrowia psychicznego.

Cele systemu rekomendacji obejmują: podniesienie jakości, szersze upowszechnianie sprawdzonych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego oraz popularyzację wiedzy na temat skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów. System rekomendacji posiada zasięg ogólnopolski. Ocena jakości dokonywana w zakresie

zgodności ze standardami odnosi się do całości programu i poszczególnych etapów jego realizacji. W zależności od stopnia spełnienia kryteriów jakości, programy mogą otrzymać rekomendację na jednym z trzech poziomów.

**Program obiecujący** to program, którego koncepcja teoretyczna oraz wyniki ewaluacji procesu pozwalają wnioskować o możliwości uzyskania oczekiwanych rezultatów w efekcie realizacji. **Dobra praktyka** to program o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności w zakresie wpływu na czynniki pośredniczące w osiągnięciu zmian w zachowaniu. **Program modelowy** to program o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności w zakresie wpływu na zachowania problemowe (przynajmniej po roku od zakończenia oddziaływań).

W II kwartale 2012 roku pierwsze programy zgłoszone do oceny przez Zespół ds. Rekomendacji i Oceny Programów uzyskały pozytywną ocenę i rekomendacje instytucji uczestniczących w systemie – Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Ośrodka Rozwoju Edukacji i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Poniżej przedstawiamy krótki opis rekomendowanych programów.

„Fantastyczne możliwości” (koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii) są adaptacją programu „Amazing Alternatives”, opracowanego na Uniwersytecie Minnesota jako część projektu Northland. Jest to szkolny program profilaktyki uniwersalnej ukierunkowany na opóźnianie wieku inicjacji alkoholowej oraz zmniejszanie problemów alkoholowych wśród nastolatków wchodzących w okres dojrzewania. Program ma za zadanie wzmacnianie umie-

Ryc. 1. Wyszukiwarka rekomendowanych programów

jętności społecznych uczniów, w tym przede wszystkim umiejętności radzenia sobie z negatywnymi wpływami rówieśników i środowiska (zachętami do picia alkoholu), wspieranie wychowawczych i profilaktycznych działań rodziców oraz przekazywanie uczniom rzetelnej wiedzy na tematy związane z konsekwencjami picia alkoholu. Ważnym aspektem jest przygotowanie młodych ludzi do realizacji zadań rozwojowych okresu dojrzewania oraz modelowanie zachowań przez znaczących rówieśników. Program ma charakter szkolno-środowiskowy, posiada część szkolną (zajęcia w klasie) i domową, która jest formą włączania rodziców do działań profilaktycznych.

Program „Fantastyczne możliwości” opiera się na uznanych teoriach - teorii społecznego uczenia (Bandura, 1986), teorii uzasadnionego działania (Ajzen, Fishbein, 1980), teorii zachowań problemowych (Jessor, 1987).

Ma udokumentowane pozytywne wyniki skuteczności w zakresie zmiennych behawioralnych (upijanie się, opóźnianie inicjacji w towarzystwie rówieśników) oraz kilku zmiennych pośredniczących (postawa wobec picia alkoholu, umiejętność odmowy, wiedza o skutkach picia alkoholu). Program spełnia standardy poziomu jakości programu modelowego.

„Szkoła dla rodziców i wychowawców” Ośrodka Rozwoju Edukacji to program profilaktyki uniwersalnej ukierunkowany na zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców oraz wychowawców i nauczycieli pracujących z dziećmi i młodzieżą oraz przeciwdziałanie zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży. Program opiera się na teorii pedagogicznej wychowania bez porażek Thomasa Gordona oraz książek A. Faber i E. Mazlish z cyklu „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały, jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły”. Celem programu jest zmiana postaw wychowawczych rodziców na postawy zapobiegające ryzykownym zachowaniom dzieci i młodzieży. Poza tym twórcom programu zależy na zwiększeniu umiejętności wychowawczych, poszerzeniu wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej, czynników ryzyka i chroniących oraz zwiększaniu umiejętności budowania podmiotowych relacji z dziećmi, opartych na szacunku, akceptacji i zrozumieniu. Zajęcia mają charakter warsztatów psychologicznych, składających się z krótkich omówień i wprowadzeń tematycznych, a przede wszystkim z adekwatnych ćwiczeń, dramy, debaty, odwoływania się do doświadczeń z własnego dzieciństwa itd. Program jest adresowany bezpośrednio do dorosłych i realizowany w wymiarze 40 godzin dydaktycznych zajęć warsztatowych.

Ewaluacja wykazała wpływ programu na jakość relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem oraz zmianę postaw

wychowawczych: stosowania kar cielesnych, budowania podmiotowej relacji z dzieckiem (respektowania autonomii), autorytetu, odpowiedzialności za dziecko, akceptowania uczuć dziecka oraz stosowania pochwał. Zgodnie z kryteriami oceny przyjętymi w ramach systemu rekomendacji program „Szkoła dla rodziców i wychowawców” spełnia standardy jakości poziomu II - dobra praktyka.

Program „Archipelag Skarbów” Fundacji Homo Homini im. Karola de Foucoult jest programem profilaktyki uniwersalnej adresowanym do uczniów szkół gimnazjalnych, ukierunkowanym na przeciwdziałanie zachowaniom problemowym młodzieży.

Program opiera się w całości na modelu profilaktyki zintegrowanej. Podstawą filozoficzną jest antropologia personalistyczna K. Wojtyły. Ma charakter eklektyczny i wykorzystuje szereg uznanych teorii psychologicznych oraz następujące strategie profilaktyczne: modyfikowanie przekonań normatywnych, zwiększanie osobistego zaangażowania na rzecz zdrowego stylu życia, ukazywanie sprzeczności między wyznawanymi wartościami a podejmowaniem zachowań problemowych, ukazywanie konsekwencji zachowań ryzykownych, uczenie umiejętności poznawczych i społecznych.

Celem głównym jest jednocześnie zapobieganie różnym zachowaniom ryzykownym i problemom młodzieży: ograniczenie ryzykownych zachowań seksualnych, przemocy rówieśniczej oraz korzystania z alkoholu i narkotyków.

Program jest realizowany w formie mityngów w dużych grupach, w wymiarze 9 godzin dydaktycznych, oraz dodatkowo 4 godzin dydaktycznych dla nauczycieli i rodziców. W programie wykorzystane są metody aktywne dostosowane do dynamiki dużej grupy.

Ewaluacja wyników programu przeprowadzona w latach 2007-2008 wykazała pozytywne zmiany dotyczące ograniczenia zachowań, tj. używanie alkoholu, narkotyków, podejmowanie zachowań seksualnych wśród adresatów programu.

Zgodnie z kryteriami oceny przyjętymi w ramach systemu rekomendacji program „Archipelag Skarbów” spełnia standardy jakości poziomu II – dobra praktyka.

Więcej informacji na temat programów można znaleźć na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pod adresem <http://www.kbnp.gov.pl/porta?id=105944>

Poza wyżej opisanymi, w bazie są zamieszczane programy rekomendowane w Programie Exchange on Drug Reduction Action (EDDRA): Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej, Szkolna Interwencja

Profilaktyczna, Program Domowych Detektywów. Aktualnie w bazie jest prezentowanych sześć programów. Polskie programy profilaktyczne rekomendowane przez EDDRA były prezentowane w Serwisie Informacyjnym Narkomania nr 1/2007 oraz 4/2009.

## Bibliografia

- Ajzen I. & Fishbein M., „Understanding attitudes and predicting social behavior”, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.  
 Bandura A., „Social foundations of thought and action: A social cognitive theory”, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc., 1986.  
 Jessor R., „Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking”, British Journal of Addiction, 82, 1987.

*Program Wzmacniania Rodziny ma na celu ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, poprzez poprawę jakości życia rodzinnego. Przeprowadzone badania ewaluacyjne, obejmujące dużą, ogólnopolską próbę rodzin, potwierdziły skuteczność Programu oraz mechanizm jego działania, oparty na poprawie relacji rodzic-dziecko oraz umiejętności wychowawczych rodziców. Jednak po roku efekty programu są widoczne jedynie wśród nastolatków w wieku 12-15 lat, natomiast na istotne statystycznie zmiany w zakresie używania substancji psychoaktywnych wśród młodszych dzieci trzeba jeszcze poczekać. Ich występowanie oraz trwałość efektów pozwoli ocenić kolejny pomiar – po dwóch latach od realizacji Programu.*

# SKUTECZNOŚĆ PROGRAMU WZMACNIANIA RODZINY PO ROKU OD JEGO REALIZACJI

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*

Joanna Raduj

*Instytut Psychiatrii i Neurologii*

## Wprowadzenie

Program Wzmacniania Rodziny to przeznaczona dla nastolatków i ich rodziców adaptacja amerykańskiego Strengthening Families Program (SFP 10-14) (Okulicz-Kozaryn, Dorożko, 2008). Program ten bazuje na wiedzy na temat czynników chroniących i czynników ryzyka (Kumpfer, 1998; Kumpfer, Bluth, 2004) i opiera się na założeniu, że nastolatki lepiej radzą sobie z problemami i zagrożeniami okresu dorastania wówczas, gdy ich rodzice stosują wobec nich konsekwentną dyscyplinę i potrafią udzielać wsparcia. Jego celem jest ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych w okresie dojrzewania poprzez: rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców, rozwijanie umiejętności interpersonalnych i indywidualnych wśród nastolatków oraz wzmacnianie więzi w rodzinie.

SFP 10-14 jest programem z zakresu profilaktyki uniwersalnej, przeznaczonym dla wszystkich rodzin, niezależnie od stopnia zagrożenia nastolatków problemami związanymi

z używaniem substancji psychoaktywnych lub innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Zajęcia są prowadzone w grupach 7-12 rodzin (rodzice/opiekunowie i dzieci w wieku 10-14 lat), w trakcie siedmiu dwugodzinnych sesji, z możliwością przeprowadzenia czterech sesji uzupełniających, po zakończeniu programu podstawowego. Cotygodniowe spotkania dzielą się na dwie części. Podczas pierwszej z nich dzieci i rodzice (pod okiem trenerów) pracują osobno; druga część jest wspólna dla obu grup. Praca rodziców opiera się na materiale filmowym. W grupie dzieci i młodzieży przeważają formy aktywne, a film stanowi materiał wyjściowy do dyskusji lub zadania dla grupy. W sesji wspólnej dla obu grup przeważają zadania zachęcające do współdziałania i pozytywnej rywalizacji. Ich treści koncentrują się wokół umiejętności wychowawczych i interpersonalnych.

Przeprowadzone w USA badania ewaluacyjne wykazały skuteczność SFP 10-14 w ograniczaniu używania narkotyków, picia alkoholu oraz zachowań problemowych w szkole (Spath i wsp., 2001; 2002; 2006). Po 10 latach od

udziału w programie nastolatki miały znacząco mniej problemów ze zdrowiem psychicznym (depresja, lęk, fobia, zaburzenia osobowości) niż ich rówieśnicy (Trudeau i wsp., 2007). Wśród rodziców stwierdzono poprawę takich umiejętności wychowawczych, jak ustalanie granic i budowanie pozytywnych więzi z dzieckiem oraz wzrost pozytywnych uczuć wobec dziecka (Molgaard i wsp., 2000). Badania wykazały także, że efekty programu nie słabną z upływem czasu, a wręcz się nasilają (Spath i wsp., 2006). Wynik ten zdecydowanie odróżnia SFP 10-14 od innych programów profilaktycznych (Foxcroft i wsp., 2003).

Badania ewaluacyjne Programu Wzmacniania Rodziny<sup>1</sup> prowadzone w Polsce, mają na celu ocenę jego skuteczności, a w szczególności ocenę wpływu programu na:

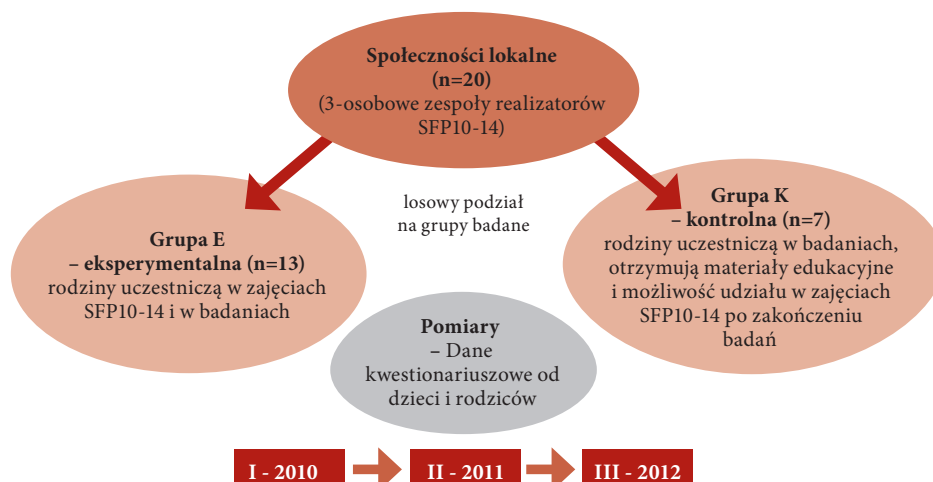
- używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież (alkohol, narkotyki, papierosy);
- relacje rodzic–dziecko;
- praktyki wychowawcze rodziców (okazywanie miłości, ustalanie i egzekwowanie zasad).

## Metoda

### Schemat

Badania prowadzono w schemacie quasi-eksperymentalnym (ryc. 1). Jednostkami losowania do grupy eksperymentalnej lub kontrolnej były ośrodki z całego kraju, z których do projektu przystąpiły trzyosobowe zespoły zainteresowane zdobyciem uprawnień trenera SFP 10-14 i udziałem w ewaluacji programu. Spośród 20 zgłoszonych ośrodków, w 13 realizowane były zajęcia SFP 10-14 oraz badania (grupa E – eksperymentalna). W 7 pozostałych prowadzono wyłącznie badania (grupa K – kontrolna).

Ryc. 1. Schemat badań ewaluacyjnych



## Analizowane zmienne i sposób ich pomiaru

W badaniach wykorzystano skale i pytania dotyczące:

- relacji rodzic–dziecko (m.in. rytuały rodzinne, bliskość rodziny, złość i agresja w rodzinie, jakość życia rodzinnego, spójność i wsparcie, afekt w relacjach dziecko–rodzic);
- praktyk wychowawczych rodziców (m.in. monitorowanie dziecka, wprowadzanie zasad oraz reguł dotyczących substancji psychoaktywnych);
- zachowań problemowych dziecka (tylko w kwestionariuszu dla dzieci), m.in. używania substancji psychoaktywnych – alkoholu, papierosów i marihuany.

## Rekrutacja i charakterystyka respondentów

Do udziału w badaniach zaproszono wszystkie rodziny z dziećmi w wieku 10-14 lat, które wyraziły gotowość udziału w spotkaniach SFP 10-14 oraz w badaniach kwestionariuszowych. Z uwagi na uniwersalny charakter Programu Wzmacniania Rodziny, nie stosowano żadnych kryteriów wykluczenia z udziału w projekcie, poza brakiem zgody dziecka lub rodzica.

## Wyniki

### Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież

Wykres 1. przedstawia rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji wśród młodszych (do 11. roku życia w 2010 roku), a wykres 2. – wśród starszych (12 lat i więcej) nastolatków. Wśród młodszych respondentów, zarówno w pierwszym, jak i w drugim pomiarze, rozpowszechnienie używania jakiejkolwiek substancji psychoaktywnej nie przekraczało kilku procent i nie było zróżnicowane ani między grupami E i K, ani w czasie (różnice między grupami szacowano testem  $\chi^2$ , a różnice w czasie – testem Mc Nemara). Wśród starszych nastolatków, w gru-

pie E w porównaniu z grupą K, w I pomiarze, stwierdzono wyższy odsetek osób, które w ciągu ostatniego roku paliły papierosy (16% w grupie E i 4% w grupie K), piły alkohol (odpowiednio 25% i 13%) i paliły marihuanę (3% i 0%), oraz wyższy odsetek osób regularnie (w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem) pijących alkohol i palących papierosy. Przy czym istotne statystycznie różnice dotyczyły używania tytoniu i alkoholu w ostatnim roku (odpowiednio  $p=0,004$  i  $p=0,034$ ). W ciągu roku objętego badaniami różnice między grupami E i K przestały być istotne statystycznie. Natomiast w grupie K stwierdzono istotny wzrost rozpowszechnienia palenia papierosów w ostatnim roku (zaczęło palić 8% nastolatków, a przestało palić 1%,  $p=0,039$ ) i w ciągu 30 dni przed badaniem (zaczęło palić 7% nastolatków, a nikt nie przestał palić,  $p=0,016$ ). W grupie E nie odnotowano istotnego statystycznie wzrostu rozpowszechnienia używania którejkolwiek z substancji psychoaktywnych.

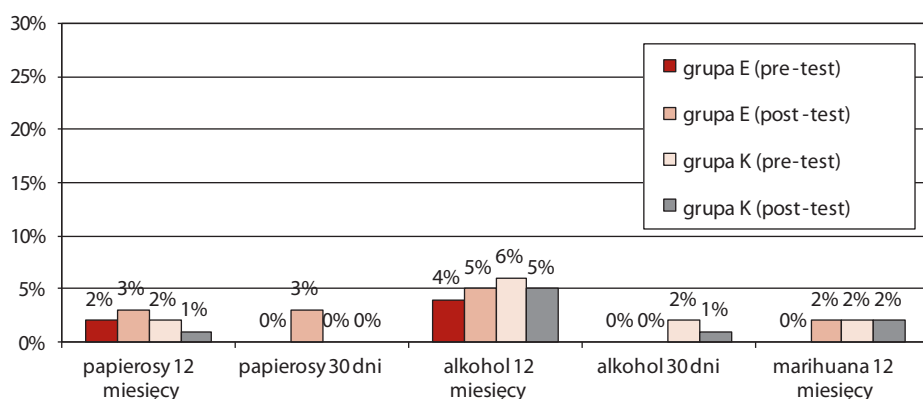
W celu bardziej precyzyjnego określenia efektów programu SFP 10-14 w zakresie używania substancji psychoaktywnych

przez nastolatków opracowano wskaźnik będący różnicą między wynikiem pomiaru w 2011 roku i pomiaru w 2010 roku. Wykres 3. przedstawia odsetek starszych nastolatków z grup E i K, którzy w analizowanym okresie zaprzestali używania poszczególnych substancji (papierosów, alkoholu, marihuany) oraz łączną miarę oznaczającą zaprzestanie używania którejkolwiek z nich. Jak widać, wszystkie wskaźniki wskazują na większe rozpowszechnienie pozytywnych zmian w grupie eksperymentalnej niż w kontrolnej. Jednak różnice między grupami osiągają poziom istotności statystycznej jedynie w przypadku łącznej miary zaprzestania używania którejkolwiek z substancji w ciągu roku ( $p=0,020$ ).

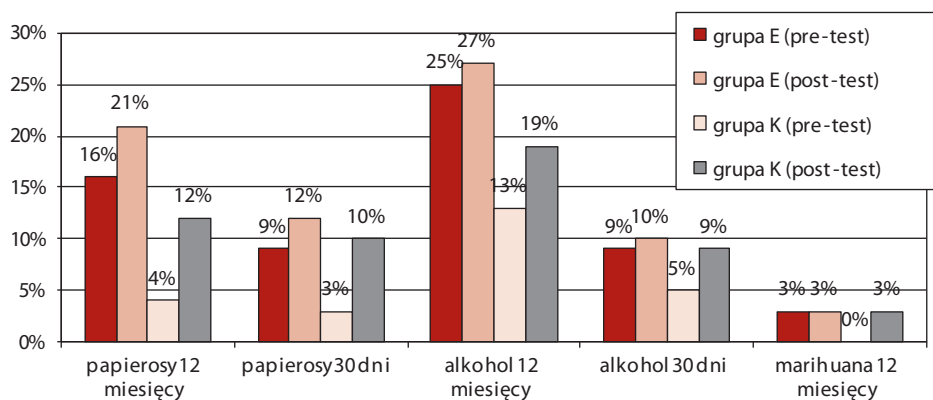
### Relacje między rodzicami a dziećmi oraz praktyki wychowawcze rodziców

Wyniki analizy statystycznej zmiennych opisujących relacje dzieci z rodzicami i praktyki wychowawcze rodziców<sup>2</sup> wskazują na istotne pozytywne zmiany w grupie rodziców oraz wśród nastolatków, zwłaszcza starszych.

**Wykres 1. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród młodszych nastolatków (do 11. roku życia)**



**Wykres 2. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród starszych nastolatków (12 lat i więcej)**



W całej badanej grupie młodzieży pozytywne efekty dotyczą wzrostu poziomu egzekwowania zasad zachowania przez ojców oraz spadku agresji wobec matki wśród nastolatków z grupy eksperymentalnej, w porównaniu z grupą kontrolną. Natomiast efekt programu w zakresie wsparcia od matki jest negatywny – poczucie wsparcia ze strony matki zmalało bardziej wśród nastolatków biorących udział w programie niż w grupie kontrolnej. Wśród starszych nastolatków pozytywne efekty programu obejmują spadek poziomu złości i agresji w rodzinie, ograniczenie agresji w relacjach z mamą oraz wzrost poziomu egzekwowania zasad zachowania przez mamę i przez tatę. Negatywny jest natomiast efekt dotyczący kontroli dziecka przez ojca, który wskazuje na jej spadek w grupie E, przy stałym poziomie w grupie K.

Analiza danych uzyskanych od rodziców wskazuje na pozytywne efekty SFP 10-14 (istotne statystycznie) w zakresie: częstości wspólnego spędzania czasu przez rodziców i dzieci, poprawy jakości życia rodzinnego (w tym spójności rodziny i wzajemnego wsparcia oraz ograniczenia złości i agresji w rodzinie), a także umiejętności wychowawczych rodziców (zwłaszcza w zakresie sprawowania kontroli oraz ustalania zasad dotyczących substancji psychoaktywnych).

### Ocena Programu przez dzieci i rodziców uczestniczących w zajęciach

We wszystkich siedmiu sesjach podstawowych uczestniczyło 45% rodziców i 43% dzieci. W mniej niż połowie spotkań (najwyżej w trzech sesjach) wzięło udział 12% rodziców i 15% dzieci. W sesjach uzupełniających brało udział 26% rodziców i 44% dzieci (sic!). Bardzo zadowolonych i zadowolonych ze swojego udziału w programie było 86% rodziców. Wśród nastolatków odsetek bardzo zadowolonych i zadowolonych wynosił 76%. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybrało 13% rodziców i 18% dzieci. Procent niezadowolonych był niewielki – 1% rodziców i 6% dzieci. O wysokiej ocenie programu świadczy również to, że 86% rodziców i 65% dzieci poleciłoby ten program znajomym, a 73% rodziców i 51% dzieci chciałoby jeszcze raz wziąć udział w podobnych zajęciach.

### Podsumowanie i wnioski

Badania ewaluacyjne potwierdziły skuteczność polskiej adaptacji Strengthening Families Program. Udział w tym Programie pozwala osiągnąć cel główny – ograniczenie

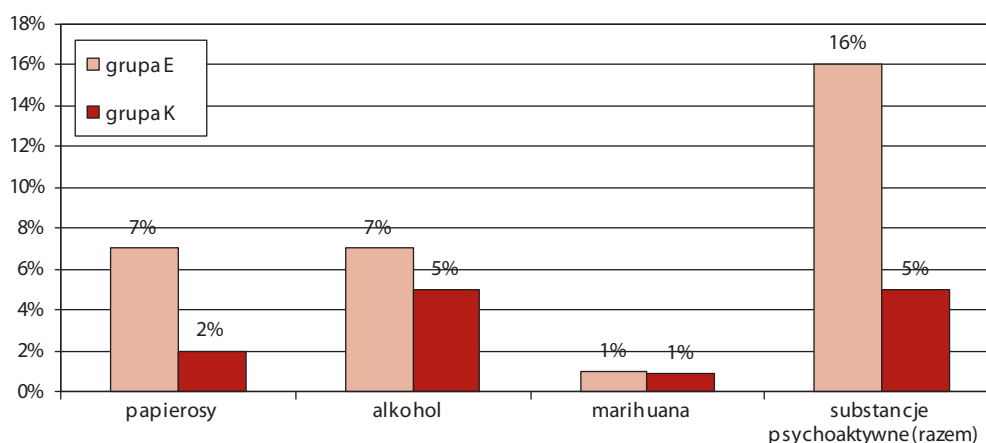
używania substancji psychoaktywnych przez dorastające dzieci. Efekt ten jest wynikiem realizacji celów szczegółowych programu, czyli poprawy relacji między dziećmi a rodzicami oraz rozwinięcia umiejętności wychowawczych rodziców. Oceniając zmiany związane z udziałem w programie w zakresie używania substancji psychoaktywnych, należy pamiętać, że badana młodzież jest w wieku pierwszych prób sięgania po alkohol, papierosy i/lub narkotyki. Z perspektywy rozwojowej naturalnym zjawiskiem jest więc wzrost rozpowszechnienia w ciągu roku tego typu zachowań, zarówno wśród nastolatków biorących udział w programie, jak i w grupie porównawczej. Ważne jest natomiast, że wzrost rozpowszechnienia picia, palenia i używania narkotyków jest w grupie objętej programem mniejszy niż w grupie kontrolnej. Co więcej, jak pokazują wyniki analiz, udział w SFP 10-14 przyczynia się do rezygnacji z używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków będących już po inicjacji w tym zakresie.

Efekty programu w zakresie używania substancji psychoaktywnych są bardziej widoczne wśród starszych niż wśród młodszych nastolatków. Wynika to z bardzo niewielkiego rozpowszechnienia tego typu zachowań (od 0 do 6%) w grupie młodzieży poniżej 12. roku życia. Można jednak oczekiwać, że wraz z wiekiem różnice między młodszymi nastolatkami z grup E i K będą się pogłębiać. Wskazują na to wyniki badań amerykańskich, obrazujące nasilenie się efektów SFP 10-14 w czasie (Spoth i wsp., 2006).

Przeprowadzone badania potwierdzają zakładany mechanizm działania SFP 10-14: zmiany zachowań dzieci są spowodowane poprawą relacji w rodzinie i umiejętności wychowawczych rodziców. Rodzice dostrzegają daleko idące

zmiany w swoich relacjach z dziećmi. Obejmują one wzrost częstości wspólnych zajęć i pewnych „rytuałów” rodzinnych (np. wspólne posiłki), poprawę jakości życia w rodzinie, zwłaszcza w zakresie spójności rodziny i wzajemnego wsparcia, a także okazywanych dziecku uczuć i ograniczenia poziomu złości i agresji we wzajemnych relacjach. Rodzice dostrzegają też wpływ programu na własne umiejętności wychowawcze,

**Wykres 3. Odsetek starszych nastolatków, którzy zaprzestali używania papierosów, alkoholu, marihuany i którejkolwiek z tych substancji (razem) w okresie między pre- (2010) a post-testem (2011)**



szczególnie w zakresie sprawowania kontroli nad dzieckiem oraz ustalania zasad dotyczących sięgania przez dziecko po substancje psychoaktywne.

U dzieci wpływ SFP 10-14 na czynniki pośredniczące (dotyczące relacji z rodzicami) jest mniej wyraźny. Efekty programu są dostrzegalne głównie wśród starszych nastolatków i obejmują spadek poziomu złości i agresji w rodzinie, zwłaszcza w relacjach z matką oraz jaśniejsze ustalanie zasad przez rodziców. Przyczyn powyższego zróżnicowania efektów programu między rodzicami a dziećmi oraz między starszymi a młodszymi może być kilka. Po pierwsze, rodzice mogą mieć lepszy wgląd w relacje z dzieckiem. Również starsze dzieci, ze względu na rozwojowo większe możliwości oceny sytuacji i kontaktów interpersonalnych, mogą w większym stopniu niż młodsze być przygotowane do oceny tego typu kwestii (Coleman, 1997). Po drugie, SFP 10-14 może być bardziej skuteczny w pracy ze starszymi nastolatkami. Po trzecie, z perspektywy dzieci, udział w programie może mieć rzeczywiście mniejszy wpływ na życie rodzinne niż z perspektywy rodziców. Po czwarte, pytania ankietowe mogą być lepiej rozumiane przez starsze dzieci niż przez młodsze.

Sprawdzenie tych hipotez umożliwi kolejna tura badań ewaluacyjnych, która dostarczy informacji na temat dalszych zmian rozwojowych wśród nastolatków oraz zmian związanych z ich udziałem w programie.

Na wyniki programu w zakresie zmiennych dotyczących funkcjonowania rodziny mogły wpłynąć znaczne braki danych w kwestionariuszach, które w analizach wielozmiennych prowadziły do utraty odpowiedzi ponad połowy respondentów. W kolejnych analizach zebranego materiału wydaje się wskazane zastosowanie systemowych rozwiązań pozwalających na uzupełnienie części braków danych.

Innym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest „wykruszenie się” próby między kolejnymi pomiarami. W pewnym mierze jest to proces naturalny, uwarunkowany zdarzeniami losowymi. Przeprowadzone analizy wskazują, że z badań „wykruszyły się” głównie rodziny niepełne, a więc prawdopodobnie w mniej stabilnej sytuacji życiowej. Przy czym proporcje rodzin o zróżnicowanej strukturze pozostały niezmiennione w grupach E i K. Z grupy K wypadło natomiast nieco więcej chłopców i starszych nastolatków niż z grupy E. Ta różnica nie ma jednak znaczenia przy analizowaniu wyników z podziałem na grupy wiekowe.

W badaniach ewaluacyjnych programów profilaktycznych ważna jest nie tylko ocena ich efektów, ale również ocena ich odbioru i akceptacji przez uczestników. Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że polska adaptacja SFP 10-14

jest bardzo wysoko oceniana przez adresatów, z których większość poleciłaby ten program znajomym i chętnie ponownie wzięłaby udział w podobnych zajęciach. Oceny programu są przy tym lepsze wśród rodziców niż dzieci, co potwierdzają wcześniejsze wyniki ewaluacji formatywnej (Okulicz-Kozaryn, Dorożko, 2008).

Podsumowując, należy stwierdzić, że Program Wzmacniania Rodziny może być rekomendowany jako narzędzie pracy z rodzinami z dziećmi w wieku dorastania (10-14 lat). Program może być polecany rodzicom, którzy chcieliby poprawić swoje relacje z dzieckiem, rozwinąć własne umiejętności wychowawcze, ograniczyć ryzyko wczesnej inicjacji używania substancji psychoaktywnych przez nastolatka lub doprowadzić do zaprzestania sięgania przez dziecko po takie substancje.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Projekt finansowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- <sup>2</sup> Metodą ogólnego modelu liniowego (GLM).

## Bibliografia

- Coleman J.C. „Dojrzewanie” (w:) Bryant P.E., Colman A.M. (red.), *Psychologia rozwojowa*, Zysk i S-ka, Poznań, 1997.
- Foxcroft D.R., Ireland D., Lister-Sharp D.J. i.in., „Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review”, *Addiction* 2003; 98.
- Kumpfer K.L., „Selective Prevention Interventions: The Strengthening Families Program” (w:) Ashery R.S., Robertson E.E., Kumpfer K.L. (red.), *Drug Abuse Prevention Through Family Intervention*, NIDA Research Monograph Series No. 177: U.S. Department of Health and Human Services Pub. No. 99-4135, 1998.
- Kumpfer K.L., Bluth B., „Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to »Substance Abuse Disorders«”, *Substance Use and Misuse* 2004; 39 (5).
- Molgaard V.K., Spoth R.L., Redmond C., „Competency Training - The Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14”, *Juvenile Justice Bulletin*, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. August, 2000.
- Okulicz-Kozaryn K., Dorożko L., „Adaptacja programu profilaktyki alkoholowej dla nastolatków w wieku 10-14 lat i ich rodziców” (w:) Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.), *Promocja zdrowia psychicznego – badania i działania w Polsce*, IPIŃ, Warszawa, 2008.
- Spoth R.L., Redmond C., Shin C., „Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(4).
- Spoth R.L., Redmond C., Trudeau L., Shin C., „Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs”, *Psychology of Addictive Behaviors* 2002; 16(2).
- Spoth R.L., Clair S., Shin C., Redmond C., „Long-term Effects of Universal Preventive Interventions on Methamphetamine Use Among Adolescents”, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2006; 160.

*Niedługo minie rok, od kiedy zostały uruchomione środki z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.*

# ROK DZIAŁANIA FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH

Danuta Muszyńska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych został utworzony na mocy art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, a minister zdrowia, który jest dysponentem Funduszu, powierzył jego obsługę Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Pieniądze z Funduszu przeznaczone są wyłącznie na realizację zadań związanych z problematyką uzależnienia od hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych<sup>1</sup>, a wydatkowane są zgodnie z zapisami rozporządzenia ministra

zdrowia<sup>2</sup> i określonymi tam terminami, w myśl których ogłaszane są nabory wniosków (konkursy ofert) na dofinansowanie zadań w ramach programów ministra zdrowia. W ciągu niespełna roku funkcjonowania Działu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, który został utworzony w Krajowym Biurze, przeprowadzono trzy procedury konkursowe, w wyniku których przyjęto do realizacji 71 wniosków na dofinansowanie realizacji zadań. Pierwszy konkurs,

wyłącznie na zadania w ramach programu badawczego, ogłoszono 14 lipca 2011 roku, w dodatkowym terminie wyznaczonym przez ministra zdrowia. Kolejne nabory wniosków, w pełnym zakresie pięciu programów, ogłoszone zostały zgodnie z terminami wskazanymi w rozporządzeniu ministra zdrowia – w listopadzie 2011 roku oraz w marcu 2012 roku. W ramach konkursów ofert ogłoszono zadania na realizację m.in. projektów badawczych, przeprowadzenie szkoleń i konferencji, opracowanie i pilotażowe wdrożenie projektów szkoleniowych i profilaktycznych, opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz zadania mające na celu opiekę i terapię patologicznych

hazardzistów, osób z innymi uzależnieniami behawioralnymi, ich bliskich i rodzin.

Ponad połowa przyjętych do realizacji wniosków dotyczy pomocy w zakresie rozwiązywania problemów wynikających z uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych. Realizacja tych zadań ma na celu zwiększenie dostępności i rozszerzenie oferty profesjonalnej pomocy patologicznym hazardzistom bądź osobom z innymi uzależnieniami behawioralnymi.

*W ciągu niespełna roku funkcjonowania Działu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, który został utworzony w Krajowym Biurze, przeprowadzono trzy procedury konkursowe, w wyniku których przyjęto do realizacji 71 wniosków na dofinansowanie realizacji zadań.*

Pozostałe zadania zlecone do realizacji z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych służą poznawaniu zjawiska uzależnień behawioralnych w Polsce oraz budowaniu odpowiedniego zaplecza zarówno w zakresie pomocy osobom uzależnionym, jak również zapobieganiu zjawisku. Rozpoznawaniu zjawiska służą przede wszystkim zadania o charakterze badawczym. W ramach programu ministra zdrowia mającego na celu wspieranie badań naukowych dotyczących zja-

wiska uzależnień behawioralnych zlecono siedem projektów. Przeprowadzenie badania mającego na celu oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikację czynników chroniących i czynników ryzyka, a także dokonanie diagnozy zasobów instytucjonalnych i osobowych w zakresie hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych były pierwszymi projektami finansowanymi ze środków Funduszu w 2011 roku. W wyniku kolejnego konkursu zlecono zbadanie stanu światowej wiedzy na temat podstaw teoretycznych problemu uzależnień behawioralnych, identyfikację tzw. najlepszych praktyk w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień od czynności oraz opracowanie i walidację narzędzi do scre-

eningu i diagnozy hazardu problemowego i patologicznego oraz innych uzależnień niechemicznych.

W ramach programu tzw. szkoleniowego, mającego na celu podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych, do realizacji przyjęto łącznie trzynaście wniosków, z których pięć dotyczy pilotażowych projektów szkoleniowych adresowanych do realizatorów programów profilaktycznych, terapeutów uzależnień i lekarzy, kolejnych pięć projektów szkoleniowych skierowanych do studentów medycyny oraz innych kierunków mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz dwa na realizację szkoleń dla operatorów gier losowych. Zwieńczeniem zadań w ramach tego programu będzie zorganizowanie międzynarodowej konferencji, która odbędzie się we wrześniu tego roku w Krakowie. Profilaktyka uzależnień od hazardu i innych uzależnień behawioralnych to kolejny obszar, który wymaga szczególnej uwagi. Obecnie realizowane programy dotyczące zachowań ryzykownych nie obejmują powyższej problematyki, dlatego istnieje konieczność opracowywania nowych projektów w tym zakresie. W trakcie realizacji jest sześć projektów dotyczących opracowania i pilotażowego wdrożenia programów profilaktyki uniwersalnej w zakresie zapobiegania uzależnieniom

behawioralnym oraz w zakresie interwencji i profilaktyki selektywnej skierowanej do osób zagrożonych hazardem problemowym lub innymi uzależnieniami od czynności. W ramach działań edukacyjno-informacyjnych w zakresie problematyki dotyczącej rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień behawioralnych dofinansowano dwa czasopisma – „Świat Problemów” oraz „Remedium” – na łamach których będą zamieszczane artykuły dostarczające wiedzę w tym zakresie. Na szczególną uwagę w tym obszarze działań zasługują dwa projekty, które warto trochę szerzej omówić. Jeden z projektów dotyczy prowadzenia telefonu zaufania świadczącego pomoc w zakresie uzależnień behawioralnych, a drugi uruchomienia portalu pod adresem [www.uzaleznieniabehawioralne.pl](http://www.uzaleznieniabehawioralne.pl). Telefon działa od kwietnia

bieżącego roku codziennie w godz. 17.00–22.00, pod numerem 801 889 880. Oprócz wsparcia psychologicznego, można w nim uzyskać wszelkie informacje związane z problematyką uzależnień behawioralnych, m.in. informacje na temat możliwości podjęcia terapii i adresów placówek udzielających pomocy w tym zakresie.

Portal „Uzależnienia behawioralne”, działający pod dwoma adresami: [www.uzaleznienia.info](http://www.uzaleznienia.info) oraz [www.uzaleznieniabehawioralne.pl](http://www.uzaleznieniabehawioralne.pl), ruszył wiosną tego roku. W ramach

portalu uruchomiona została strona poświęcona zagadnieniom związanym z różnymi rodzajami uzależnień behawioralnych oraz poradnia online, gdzie można uzyskać poradę terapeuty, psychologa bądź prawnika. Oprócz bazy placówek pomocowych, ciekawych artykułów, materiałów dla rodziców i specjalistów, można podjąć również dyskusję na Forum. Ze środków Funduszu planowane jest także przeprowadzenie kampanii edukacyjnej, której celem będzie zwrócenie uwagi społecznej na rozpowszechnienie gier hazardowych wśród młodzieży i możliwość wystąpienia problemów wynikających z ich uprawiania. W maju tego roku ogłoszony został konkurs na opracowanie projektu kreacji oraz strategii mediowej i komunikacji ogólnopolskiej kampanii na rzecz zapobiegania problemowemu graniu w gry hazardowe wśród młodzieży,

a jego rozstrzygnięcie nastąpi w połowie lipca 2012 roku. Realizację kampanii przewiduje się w okresie dwuletnim, od połowy września 2012 roku do końca 2013 roku.

*Ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych planowane jest przeprowadzenie kampanii edukacyjnej, której celem będzie zwrócenie uwagi społecznej na rozpowszechnienie gier hazardowych wśród młodzieży i możliwość wystąpienia problemów wynikających z ich uprawiania. W maju 2012 roku ogłoszony został konkurs na opracowanie projektu kreacji oraz strategii mediowej i komunikacji. Realizację kampanii przewiduje się od połowy września 2012 roku do końca 2013 roku.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Więcej informacji na temat Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych można znaleźć na stronie Krajowego Biura [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl) – podstrona Hazard.
- <sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

*Mija właśnie „era nerwic”, a na arenę wkracza „era uzależnień”. Co prawda na początku lat 90. XX wieku w „British Journal of Addiction” podejmowano tematykę uzależnień niechemicznych, ale dopiero w ostatnich latach stały się one przedmiotem szczególnego zainteresowania. Niektóre z nich doczekały się miejsca w klasyfikacjach chorób ICD-10 i DSM. Siłą napędową uzależnień stało się m.in. tempo życia, ucieczka od napięć i innych trudnych emocji oraz poszukiwanie szybkiej przyjemności i natychmiastowej gratyfikacji.*

# NIGDY NIE WIESZ, OD CZEGO JESTEŚ UZALEŻNIONY, DOPÓKI SOBIE TEGO NIE ODMÓWISZ

Ewa Drop

psycholog, konsultant telefonu zaufania uzależnień behawioralnych

Uzależnienia behawioralne mają mechanizm zbliżony do mechanizmów uzależnień chemicznych. Człowiek uzależniony oddaje się jakiejś czynności w sposób nadmierny. To działanie przynosi mu szkody, a próby zaprzestania takiego zachowania – załamują się. Innymi słowy, niektóre zachowania należące do codziennego życia, nabierają czasem szkodliwego charakteru, a kluczowym problemem jest utrata kontroli nad zjawiskiem przynoszącym szkody. Szacuje się, że ponad milion Polaków jest uzależnionych od gier hazardowych. Wiele z nich przegrywa tysiące złotych na automatach, inni zapożyczają się lub sięgają po pieniądze, które nie są ich własnością. Dramat dotyczy także osób borykających się z seksoholizmem, uzależnieniem od zakupów, internetu, komputera, pracy, jedzenia i innych szkodliwych zachowań, które nie dają się już kontrolować. Sytuacja uzależnienia i jego konsekwencji dotyczy nie tylko samych uzależnionych, ale w dużej mierze osób bliskich osobom uzależnionym. Od 1 kwietnia 2012 roku działa nowy telefon zaufania, który wspiera osoby cierpiące z powodu uzależnień behawioralnych. Pod numerem 801-889-880 można uzyskać pomoc w problemach wynikających z uzależnienia od hazardu, internetu, komputera, jedzenia, zakupów, czynności seksualnych, pracy. Telefon działa przy Instytucie Psychologii Zdrowia PTP w Warszawie przez 7 dni w tygodniu w godzinach 17.00-22.00. Działanie telefonu możliwe jest dzięki wsparciu ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia. Koszt połączenia z telefonów stacjonarnych to koszt jednego impulsu, według taryfy

operatora. Koszt połączenia z telefonów komórkowych to cena za każdą minutę, zależnie od taryfy operatora.

## Czym są uzależnienia behawioralne?

Są to wszystkie uzależnienia, które nie są związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków), czyli na przykład uzależnienie od hazardu, uzależnienie od internetu lub komputera, seksoholizm, pracoholizm, uzależnienie od zakupów czy objadania się. Do tzw. nowych uzależnień należą m.in. uzależnienie od telefonu komórkowego, opalania się, nadmiernych ćwiczeń fizycznych, zdrowego odżywiania. Występują one coraz częściej i dotyczą osób w różnym wieku.

## Co oferujemy?

W ramach działań telefonu prowadzone są konsultacje dla osób cierpiących z powodu uzależnień behawioralnych oraz ich rodzin, rozwijana jest też (i udostępniana) baza informacji o lokalnie działających specjalistach i instytucjach prowadzących terapię uzależnień behawioralnych. Konsultacje telefoniczne prowadzą doświadczeni w kontakcie telefonicznym w sytuacji pomagania i interwencji kryzysowej specjaliści Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, przeszkoleni w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych. Dyżurujący udzielają dzwoniącemu wsparcia psychologicznego, informacji o możliwościach leczenia, prowadzą psychoedukację

## Czy ten telefon jest dla mnie?

- Tak, jeśli wydaje Ci się, że Twoje dziecko jest nadmiernie zaabsorbowane internetem i komputerem, a wirtualna rzeczywistość staje się dla niego ważniejsza niż realni znajomi i przyjaciele.
- Tak, jeśli granie doprowadziło Cię do kłopotów finansowych lub rodzinnych, zdarza Ci się grać do ostatniej złotówki lub pożyczać pieniądze na granie.
- Tak, jeśli masz poczucie, że poszukiwanie doświadczeń seksualnych wymyka Ci się spod kontroli, podejmujesz zachowania ryzykowne dla zdrowia lub naruszające prawo. Jeśli seks przestał być przyjemnością, a stał się wewnętrznym przymusem.
- Tak, jeśli z powodu zaabsorbowania pracą zapominasz o ważnych uroczystościach rodzinnych i sprawach swoich dzieci. Jeśli poświęcasz pracy dużo więcej myśli, czasu i energii niż realizowaniu pasji, rozrywkom, sportowi i związkom z partnerem, dziećmi, rodziną.

w zakresie tematyki uzależnień behawioralnych. Ponadto, motywują uzależnione osoby do zgłoszenia się na terapię, członkom ich rodzin pokazują, na co mają wpływ, a na co wpływu nie mają i pomagają wybrać skuteczne metody działania. W rozmowie osoba dzwoniąca zachowuje pełną anonimowość. Konsultanci pomagają jej oswoić się z często pierwszym kontaktem ze specjalistą, a także przełamać stereotypy związane z uzależnieniem i leczeniem. Zadaniem konsultanta jest wsparcie osoby dzwoniącej, towarzyszenie jej w trudnościach podczas kilkunastu minut rozmowy, poszukanie możliwych rozwiązań sytuacji.

## Nasi rozmówcy

Z raportu z działalności telefonu za ostatnie miesiące wynika, że najczęściej dzwonią kobiety (57,35%). Najwięcej rozmów dotyczy uzależnienia od hazardu (37%). 11% rozmów dotyczyło uzależnienia od internetu lub komputera, 15% innych uzależnień (praca, seks, alkohol, inne środki psychoaktywne). Przez niespełna dwa miesiące działalności telefonu, konsultanci przeprowadzili ponad 180 rozmów. 65% dzwoniło w swojej sprawie, a 21% w sprawie bliskich im osób. Dla blisko 63% był to pierwszy kontakt ze specjalistą i rozmowa na temat swoich trudności. 20% zwracało się wcześniej po pomoc, ale nie uzyskali jej w wystarczającym stopniu. Wielu z nich jednak nie zwracało się nawet do osób bliskich ze swoimi trudnościami. Osoby te często nie wiedzą, ale także nie wierzą w to, że ich życie może się zmienić na lepsze. Bardzo często nie widzą szansy

na poradzenie sobie z uzależnieniem, myślą o śmierci jako sposobie na rozwiązanie swojego problemu. W rozmowach osoby cierpiące odsłaniają świat walki z uzależnieniem, wieloletnich prób zmiany swojej sytuacji, poczucia pustki, rezygnacji, osaczenia. Dzielą się swoimi przeżyciami, tym, co stracili przez swoje uzależnienie. A często stracili nie tylko majątek, ale także rodziny, szacunek i poczucie godności. Bliscy uzależnionych opowiadają o bezskutecznych próbach pomocy uzależnionemu, o tym, ile poświęciły, by uratować najbliższe im osoby. Okazuje się często, że poświęciły na to sporo lat i czują się winne, niewystarczająco dobre i kompetentne w swoich działaniach, tylko dlatego, że bliska osoba nie podjęła leczenia. Próbuje one w tych rozmowach po raz kolejny poszukać szansy, rady i sposobu pomocy dla swoich bliskich, podczas gdy tak naprawdę potrzebują jej dla siebie, by koszmar minionych lat wreszcie się skończył. Dużą grupę dzwoniących stanowią zaniepokojeni rodzice, którzy czują się bezradni, niewydolni wychowawczo, a jednocześnie bardzo kochają swoje dzieci i chcą pomóc dorastającemu nastolatkowi w jego trudnościach, które on sam rozwiązuje w wirtualnym świecie.

## Do kogo skierowana jest oferta telefonu?

Do wszystkich osób, które mają problem lub też zastanawiają się, czy mają problem z uzależnieniami behawioralnymi. Dla osób bliskich osobom uzależnionym – rodziny, przyjaciół, znajomych.

*W listopadzie 2011 roku Rada Akredytacyjna, powołana przez ministra zdrowia, zaakceptowała pakiet standardów w opiece stacjonarnej nad pacjentem uzależnionym od substancji psychoaktywnych. W grudniu dokument przesłano do akceptacji ministrowi zdrowia, który wniósł kolejne poprawki i uwagi. W czerwcu 2012 roku poprawiony dokument został ponownie przesłany do Ministerstwa Zdrowia i oczekuje na akceptację.*

# STANDARDY AKREDYTACYJNE W OPIECE NAD PACJENTEM UZALEŻNIONYM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Bogusława Bukowska

Zastępca Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Wprowadzenie

Prace nad standardami w lecznictwie uzależnień podjęto już w 2004 roku. Wtedy to Ewa Kralkowska, ówczesna wiceminister zdrowia, na wniosek dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, powołała pierwszy zespół roboczy, w skład którego wchodził specjaliści terapii uzależnień, lekarze psychiatry, przedstawiciele Krajowego Biura, PARPA oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Ostatnia z wymienionych instytucji funkcjonuje w Polsce od 1998 roku i jest odpowiedzialna za proces akredytacji w polskich placówkach służby zdrowia. Do 2009 roku wyżej wymieniony zespół opracował standardy dla leczenia uzależnień w opiece ambulatoryjnej oraz stacjonarnej. W kolejnych latach prace nad wdrożeniem procedur akredytacyjnych uległy zahamowaniu ze względu na toczący się proces zmian prawnych podstaw funkcjonowania służby zdrowia.

## Krótką historia standardów akredytacyjnych

Początki dyskusji i działań ukierunkowanych na poprawę jakości opieki medycznej w drodze wprowadzenia

standardów sięgają końca XIX wieku. Za twórcę idei akredytacji uważa się dr. Ernesta Codemana, który w 1989 roku, chcąc poprawić standardy opieki chirurgicznej w bostońskim szpitalu, opracował tzw. system rezultatów końcowych, który stanowił zestaw jednolitych wymogów dla oddziałów chirurgii. W kolejnych latach koncepcję rozwijano i opracowano tzw. standardy minimalne, które co najmniej do lat 50. XX wieku stanowiły podstawę oceny oddziałów chirurgicznych w USA oraz w wielu krajach europejskich.

Ogromny wpływ na zainteresowanie problematyką jakości w ochronie zdrowia miał także lekarz L. Pasteur oraz pielęgniarka F. Nightingale, którzy zauważywszy związek pomiędzy czystością w szpitalu a wskaźnikiem śmiertelności, byli pionierami we wdrażaniu odpowiednich procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym.

Współcześnie niektóre gałęzie medycyny są bardziej a inne mniej zaawansowane w proces tworzenia standardów opieki. Poziom zaawansowania prac i zaangażowania praktyków zależy nie tylko od dziedziny medycyny, ale także od krajowych uwarunkowań. W Europie do pionierów w zakresie programów akredytacyjnych należy Wielka Brytania oraz hiszpańska Katalonia. Programy akredytacyjne wdrażane są

### STANDARD MINIMUM – pierwsze standardy akredytacyjne

- Lekarze interniści i chirurdzy tworzą zespół.
- Chirurdzy i interniści posiadają prawo wykonywania zawodu.
- Jest prowadzona analiza określonych przypadków klinicznych.
- Dla każdego pacjenta jest prowadzona dokumentacja medyczna.
- Szpital ponosi odpowiedzialność za sprawność i konserwację sprzętu medycznego.

*Amerykańskie Kolegium Chirurgów, 1917*

w większości państw europejskich, nie wspominając o USA, Kanadzie czy Australii. Obecnie większość programów akredytacyjnych ma charakter procedur dobrowolnych.

## **Dlaczego standardy i akredytacja są ważne w opiece medycznej?**

Od jakości usług medycznych bezpośrednio zależy zdrowie i życie pacjentów. Im niższa jakość, tym większe ryzyko popełnienia błędu. Chcąc chronić życie i zdrowie pacjenta, należy dążyć do tego, aby ryzyko popełnienia błędu przy świadczeniu tego typu usług było ograniczone do minimum. Nadrzędnym celem systemów akredytacji jest właśnie poprawa bezpieczeństwa opieki nad pacjentem poprzez zminimalizowanie ryzyk związanych z popełnianiem błędów przez personel w trakcie leczenia pacjenta. Opublikowany w 1993 roku raport opracowany przez Harvardzką Szkołę Zdrowia Publicznego ujawnił, że połowa ze 150 tys. zgonów rocznie w amerykańskich szpitalach jest wynikiem zaniedbania lub lekceważenia obowiązków przez personel. Kolejny raport z 1999 roku, zatytułowany „Po pierwsze nie szkodzić” („First do not harm”, Institute of Medicine, USA 1999), zapoczątkował okres burzliwej dyskusji na temat błędów w medycynie i tego, w jaki sposób im przeciwdziałać. Rola akredytacji we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są standardy akredytacyjne, czyli mierzalne kryteria oceny

podmiotów leczniczych. Standardy te mają charakter dynamiczny i podlegają zmianom w zależności od stanu naszej wiedzy.

O ile początki rozwoju standardów akredytacyjnych wiązały się z działaniami na rzecz ograniczania zakażeń szpitalnych, które przyczyniały się w ogromnej mierze do nadmiernej umieralności pacjentów i wielu powikłań zdrowotnych, o tyle współcześnie, obok zakażeń szpitalnych, pojawiają się nowe zagadnienia. Do tej nowej kategorii standardów można zaliczyć te, które odnoszą się np. do praw pacjenta czy metod leczenia o potwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności.

Najcenniejszym elementem systemu akredytacji jest to, iż pojedyncza placówka ma możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania, jakimi są, przyjęte *explicite*, standardy akredytacyjne. Określenie w ten sposób własnych słabych stron pozwala osobom zajmującym się jakością poszukiwać sposobów poprawy funkcjonujących wewnątrz jednostki procesów.

## **Standardy akredytacyjne w opiece nad pacjentem uzależnionym od substancji psychoaktywnych**

Opracowany zestaw standardów akredytacyjnych w lecznictwie uzależnień obejmuje zarówno opiekę ambulatoryjną, jak i stacjonarną. Prace nad standardami w opiece ambulatoryjnej nie zostały jeszcze ukończone, dlatego w dalszej części artykułu skupię się na omówieniu idei i treści standardów opieki sta-

### **BO 4 Stosowane jest postępowanie po ekspozycji zawodowej.**

#### **Wyjaśnienie**

W jednostce opracowano i stosuje się Standardowe Procedury Postępowania (SPP) po ekspozycji na czynniki zakaźne zgodne z aktualnymi wytycznymi. W jednostce powinny zostać określone czynniki chorobotwórcze, które mogą stanowić zagrożenie dla personelu. Procedury dotyczące ekspozycji zawodowej powinny być znane wszystkim pracownikom, a ich wdrożenie dokumentowane.

#### **Sprawdzenie**

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z pracownikami
- obserwacja bezpośrednia

#### **Punktowanie**

5 – W jednostce wdrożono procedury dotyczące postępowania po ekspozycji zawodowej.

1 – W jednostce nie wdrożono procedur dotyczących postępowania po ekspozycji zawodowej.

*Przykładowy standard akredytacyjny z grupy Bezpieczeństwo Opieki (BO)*

cjonarnej. Ogólnie standardy można podzielić na trzy grupy. Standardy akredytacyjne dotyczące:

- jakości struktury,
- jakości procesu opieki,
- jakości wyniku leczenia.

Na elementy struktury składają się takie kwestie, jak: liczebność i wykształcenie personelu, infrastruktura lokalowa, procedury związane z higieną rąk, postępowaniem z odpadami, sprzątaniem pomieszczeń itp., struktura organizacyjna, a w niej m.in. zarządzanie jednostką, oraz działania na rzecz poprawy jakości. Odpowiednia jakość wymienionych elementów jest elementem koniecznym do zapewnienia dobrej jakości świadczeń, ale nie jest czynnikiem wystarczającym (Głowacka, 2005).

Na standardy akredytacyjne, obejmujące jakość procesu, składają się te, które dotyczą określonych sposobów postępowania nie tylko w relacji z pacjentem, ale także pomiędzy pracownikami oraz pomiędzy placówką a współpracującymi podmiotami. Są to zatem wszelkie

procedury dotyczące badań, przeprowadzenia diagnozy, stosowanych oddziaływań psychoterapeutycznych i psychosocjalnych, stosowanej farmakoterapii, komunikowania się i upowszechniania decyzji. Przyjęte reguły wyrażone w standardach akredytacyjnych

powinny odzwierciedlać wyniki badań naukowych, w szczególności w tych częściach, gdy mowa o stosowanych metodach leczenia. W tej grupie standardów znajduje się cały katalog procedur dotyczący przyjmowania pacjenta do placówki, wypisu i przekazania pacjenta z placówki do innej placówki, opracowywania indywidualnego planu opieki i terapii oraz bardzo szeroki katalog standardów wynikających z praw pacjenta.

Ostatnia grupa standardów odnosi się do jakości wyniku i obejmuje ona m.in. takie kryteria akredytacyjne, jak zmiany

poziomu jakości życia po przebytym leczeniu, liczba powtórnych przyjęć do placówki stacjonarnej, długość abstynencji po zakończonym leczeniu, poziom satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi, na którą składać

*Celem systemów akredytacji jest poprawa bezpieczeństwa opieki nad pacjentem poprzez zminimalizowanie ryzyk związanych z popełnianiem błędów przez personel w trakcie leczenia pacjenta. Raport Harvardzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego z 1993 roku ujawnił, że połowa ze 150 tys. zgonów rocznie w amerykańskich szpitalach jest wynikiem zaniedbania lub lekceważenia obowiązków przez personel.*

### CO 3 W jednostce określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta.

#### Wyjaśnienie

Kryteria odmowy przyjęcia powinny być spisane, dobrze znane pracownikom i udostępnione pacjentom (np. umieszczone w widocznym miejscu w pomieszczeniu, w którym przyjmowani są pacjenci). Kryteria te powinny wyraźnie wskazywać na obowiązek objęcia przynajmniej czasową opieką pacjenta w stanie zagrożenia życia. Każda odmowa opieki (również brak kwalifikacji do przyjęcia) powinna być odnotowywana w dokumentacji jednostki.

#### Sprawdzenie

- przegląd dokumentacji jednostki
- wywiad z kierownictwem
- wywiad z personelem
- obserwacja bezpośrednia

#### Punktowanie

5 – W jednostce określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta, są one łatwo dostępne i stosowane.

3 – W jednostce określono kryteria odmowy przyjęcia pacjenta, ale nie są one łatwo dostępne lub nie są w pełni stosowane.

1 – W jednostce nie określono kryteriów odmowy przyjęcia pacjenta.

*Przykładowy standard akredytacyjny z grupy Ciągłość Opieki (CO)*

może się wiele wymiarów, jak uprzejmość personelu wobec pacjenta, zrozumiałość informacji o stanie zdrowia i proponowanych działaniach terapeutycznych, ciągłość opieki, czyli procedury przekazywania pacjenta z placówki do placówki, zachorowalność, śmiertelność, powikłania i skutki uboczne. Zagadnienia dotycząca jakości świadczonych usług nieodparcie nasuwają pytania o źródło finansowania dla badań, które umożliwią znalezienie odpowiedzi na niektóre z postawionych pytań. Na razie w polskich rozwiązaniach nie przewiduje się istotnej gratyfikacji finansowej dla tych podmiotów leczniczych, które uzyskają akredytację, co być może ułatwiłoby im prowadzenie tych analiz, które są rekomendowane dla podnoszenia jakości świadczeń.

## Zagrożenia procesu akredytacji

Proces akredytacji podmiotów leczniczych w dziedzinie uzależnienia od substancji psychoaktywnych ma nie tylko zwolenników, ale także przeciwników lub co najmniej sceptyków. O ile argumenty tych pierwszych głównie odnoszą się do możliwości poprawy jakości poprzez akredytację, o tyle przeciwnicy tego podejścia, nie kwestionując konieczności poprawy jakości w lecnictwie uzależnień, uważają, że proces akredytacji nie jest najlepszym instrumentem. Obawiają się, że akredytacja wymusi na placówkach przygotowanie odpowiednich procedur na piśmie oraz dodatkowo obciąży personel placówek działaniami administracyjnymi i kolejnymi obowiązkami sprawozdawczymi, co jednak nie przełoży się na poziom świadczonych usług. Inni podkreślają, że akredytacja niesie za sobą większe koszty dla placówki z powodu wyższej jakości świadczeń, natomiast systemy finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce nie przewidują adekwatnego do wzrostu kosztów zwiększenia nakładów finansowych na placówki posiadające

akredytację lub ubiegające się o nią. Prawdopodobnie spór ten nie jest do rozstrzygnięcia na tym etapie przygotowań. Może zostać on zweryfikowany wówczas, gdy proces akredytacji się dokona.

## Praktyczne aspekty akredytacji

Zgodnie z założeniami placówka lecznicza, która pozytywnie przejdzie proces akredytacji, otrzyma certyfikat na okres trzech lat. Po tym czasie musi ponownie ubie-

gać się o akredytację, ale według nieco uproszczonej procedury. Nie wszystkie standardy akredytacyjne mają równą wagę. Wśród nich wyróżnia się te kluczowe, za które można uzyskać po rangowaniu wyższą liczbę punktów. Praktycznie procesem akredytacji zajmować się będzie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Tam też powinny być kierowane wszelkie wnioski akredytacyjne. Krajowe Biuro oraz PARPA odpowiedzialne będą za przygotowanie akredytatorów spośród specjalistów terapii/psychoterapii uzależnień, którzy będą wchodzić w skład zespołów akredytujących. Koszty przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej pokrywane będą przez podmiot leczniczy ubiegający się o akredytację. Na zakończenie pozostaje podanie terminu, w którym proces akredytacji może się rozpocząć. Biorąc pod

*Zgodnie z założeniami placówka lecznicza, która pozytywnie przejdzie proces akredytacji, otrzyma certyfikat na okres trzech lat. Po tym czasie musi ponownie ubiegać się o akredytację, ale według nieco uproszczonej procedury. Nie wszystkie standardy akredytacyjne mają równą wagę. Wśród nich wyróżnia się te kluczowe, za które można uzyskać po rangowaniu wyższą liczbę punktów. Praktycznie procesem akredytacji zajmować się będzie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Tam też powinny być kierowane wszelkie wnioski akredytacyjne.*

uwagę, że jest to proces bardzo czasochłonny, wymaga współpracy kilku instytucji oraz środków finansowych, należy sądzić, że nie nastąpi to wcześniej niż w 2013 roku.

## Bibliografia

Głowacka M. D., Sobkowski M., Staszewski M., „Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych”, Nowiny Lekarskie 2005, 74. „Projekt standardów akredytacyjnych w placówkach stacjonarnych leczenia uzależnień” (dokument niepublikowany, dostępny w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii).

# ZADANIA ZLECONE PRZEZ KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII DO REALIZACJI W ROKU 2011 W RAMACH OTWARTEGO KONKURSU OFERT

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2011 roku realizowało politykę przeciwdziałania narkomanii w zakresie określonym w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zgodnie z działaniami Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016.

Wyboru programów zleconych do realizacji dokonano głównie w drodze postępowania konkursowego przeprowadzonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie przez Komisję Konkursową powołaną Zarządzeniem Dyrektora Krajowego Biura. Na ogłoszenie o otwartym konkursie ofert na zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii na rok 2011 z dnia 16 września 2010 roku wpłynęło 249 ofert. Ogłoszenie obejmowało 11 zadań zestawionych w tabeli nr 1.

**Tabela 1. Zadania**

<b>Zadanie 1</b>	Programy profilaktyki selektywnej dla dzieci i młodzieży
<b>Zadanie 2</b>	Programy profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków
<b>Zadanie 3</b>	Programy wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję
<b>Zadanie 4</b>	Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych narkomanią i używających narkotyków
<b>Zadanie 5</b>	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków
<b>Zadanie 6</b>	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków
<b>Zadanie 7</b>	Programy wspierające leczenie substytucyjne
<b>Zadanie 8</b>	Specyficzne programy kierowane do kobiet używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków
<b>Zadanie 9</b>	Program wczesnej interwencji FRED
<b>Zadanie 10</b>	Publikacje o charakterze informacyjno-edukacyjnym
<b>Zadanie 11</b>	Serwis Informacyjny – Narkomania

W wyniku rozstrzygnięcia konkursu przyjęto do realizacji 189 programów i podpisano 77 umów na realizację zadań i programów profilaktycznych, promujących zdrowy styl życia, edukacyjnych i informacyjnych, oświatowo-zdrowotnych oraz ograniczania szkód zdrowotnych.

## **Zadania zlecone w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia**

### **1. Programy profilaktyki selektywnej dla dzieci i młodzieży**

Realizacja tego zadania ukierunkowana była na zwiększenie dostępności i rozszerzenie profesjonalnej oferty adresowanej do dzieci i młodzieży poprzez:

- wspieranie powstawania projektów profilaktycznych w miejscowościach, w których brakuje takiej oferty lub jest ona niewystarczająca,
- wspieranie rozwoju istniejących projektów.

Zlecono do realizacji programy, których adresatami były dzieci i młodzież, cechujące się obecnością czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, środowiskowych) związanych z podejmowaniem zachowań ryzykownych, tj.: dzieci ulicy, niepełnoletnie osoby zagrożone przestępczością i demoralizacją, popełniające czyny karalne, dzieci i młodzież zagrożone wykluczeniem społecznym, zagrożone uzależnieniem, eksperymentujące z narkotykami, okazjonalnie używające narkotyków.

Zrealizowane programy ukierunkowane były na zmniejszenie wpływu czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym, poprawę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego dzieci i młodzieży, rozwiązywanie sytuacji kryzysowych związanych z narkotykami oraz kształtowanie adekwatnych przekonań normatywnych dotyczących narkotyków, a także postaw prozdrowotnych. W ramach prowadzonych w środowisku lokalnym świetlic socjoterapeutycznych, ognisk wychowawczych, klubów młodzieżowych, ośrodków profilaktyki społecznej, punk-

**Tabela 2. Odbiorcy programów w podziale na grupy wiekowe**

Nr zadania – Zadanie I Nazwa zadania – Programy profilaktyki selektywnej dla dzieci i młodzieży	
Grupy wiekowe	Liczba wszystkich odbiorców <sup>1</sup>
poniżej 12 r.ż.	908
12-15 r.ż.	30 082
16-19 r.ż.	16 034
20-24 r.ż.	523
25-34 r.ż.	961
powyżej 34 r.ż.	3285
Liczba odbiorców razem:	10 393
w tym: liczba nowych odbiorców:	5942

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

tów konsultacyjnych, poradni profilaktyki środowiskowej oraz poradni profilaktyki i leczenia uzależnień realizowano działania o charakterze edukacyjnym, interwencyjnym i psychokorekcyjnym.

Nabór odbiorców programów odbywał się m.in. w ramach współpracy organizacji z instytucjami działającymi lokalnie, takimi jak: szkoły, placówki opiekuńczo-wychowawcze, sądy dla nieletnich, placówki służby zdrowia i ośrodki pomocy społecznej.

## 2. Programy profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków

Realizacja tego zadania miała na celu zwiększenie dostępności i rozszerzenie oferty programów profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków. Dofinansowano działania wspierające:

- powstawanie nowych projektów profilaktycznych w miejscowościach lub środowiskach, w których brakuje takiej oferty lub jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb,
- działania sprzyjające rozwojowi istniejących projektów dla osób z problemem narkotykowym.

Adresatami programu były osoby nieuzależnione, używające narkotyków, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń związanych z ich używaniem, osoby zagrożone rozwojem problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych lub w związku z uwarunkowaniami biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi oraz osoby zgłaszające się do programu

**Tabela 3. Odbiorcy programów w podziale na grupy wiekowe**

Nr zadania – Zadanie II Nazwa zadania – Programy profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków	
Grupy wiekowe	Liczba wszystkich odbiorców <sup>1</sup>
poniżej 12 r.ż.	30
12-15 r.ż.	7011
16-19 r.ż.	94 387
20-24 r.ż.	137 037
25-34 r.ż.	101 673
powyżej 34 r.ż.	23 427
Liczba odbiorców razem:	363 565
w tym: liczba nowych odbiorców:	83 084

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

profilaktycznego zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

## 3. Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych uzależnieniem, używających i uzależnionych od narkotyków

Programy realizowane w ramach powyższego zadania skierowane były do rodzin i bliskich osób z problemem

**Tabela 4. Charakterystyka odbiorców programów – raport za rok 2011**

Nr zadania – Zadanie IV Nazwa zadania – Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych narkomanią i używających narkotyków	
Grupy odbiorców	Liczba odbiorców
Uczniowie	197
Studenci	54
Osoby pracujące	1150
Osoby z problemami społecznymi	152
Osoby z problemami prawnymi	306
Osoby z problemami zdrowotnymi	35
Rodzice, rodziny	3639
Wyłącznie kobiety	873
Wyłącznie mężczyźni	245
Inni	46

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

narkotykowym. W ramach programów prowadzono zajęcia edukacyjno-informacyjne na temat mechanizmów uzależnienia i współuzależnienia, warsztaty umiejętności wychowawczych, grupy wsparcia dla rodzin, poradnictwo rodzinne oraz konsultacje prawne.

Osoby uczestniczące w programach wsparcia dla rodzin osób zagrożonych uzależnieniem, używających i uzależnionych od narkotyków uzyskały wsparcie w sytuacjach kryzysowych, zdobyły i udoskonaliły umiejętności wychowawcze i psychospołeczne, które w istotny sposób poprawiają funkcjonowanie rodziny, a tym samym wzmacniają funkcję rodziny w profilaktyce i leczeniu narkomanii.

#### 4. Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków

W ramach tego zadania zrealizowano programy profilaktyki selektywnej ukierunkowane na:

- zmianę postaw dotyczących używania narkotyków,
- ograniczanie ryzyka związanego z okazjonalnym przyjmowaniem narkotyków.

Projekty były wdrażane bezpośrednio w środowisku okazjonalnych użytkowników narkotyków lub osób

**Tabela 5. Charakterystyka odbiorców programów – raport za rok 2011**

Nr zadania – Zadanie V Nazwa zadania – Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków	
Grupy odbiorców	Liczba wszystkich odbiorców
Uczniowie	1614
Studenci	3978
Osoby pracujące	3800
Osoby z problemami społecznymi	615
Osoby z problemami prawnymi	350
Osoby z problemami zdrowotnymi	253
Rodzice, rodziny	83
Wyłącznie kobiety	247
Wyłącznie mężczyźni	1335
Grupa etniczna	16
Inni	157

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

zagrożonych ich używaniem oraz w miejscach o zwiększonym rozpowszechnieniu używania, np. w miejscach organizowania masowych imprez rozrywkowych (kluby, dyskoteki, imprezy plenerowe). Prowadzone działania środowiskowe obejmowały: edukację na temat ryzyka związanego z używaniem narkotyków, motywowanie do zmiany postaw i zachowania, interwencje, informowanie o miejscach pomocy dla używających narkotyków oraz rozdawnictwo materiałów informacyjnych (ulotek, broszur). Realizatorami programów byli specjalnie przeszkoleni pracownicy środowiskowi.

#### 5. Program wczesnej interwencji „FreD goes net”

Realizacja zadania miała na celu upowszechnianie na terenie kraju programu wczesnej interwencji „FreD goes net”, wdrażanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Adresatami programu były osoby w wieku 14-21 lat, używające narkotyków w sposób okazjonalny lub problemowy z wyłączeniem uzależnienia. Projekt ma formę zajęć w małych grupach, prowadzony jest z wykorzystaniem metod dialogu motywującego. Celem zajęć jest pobudzenie uczestników do refleksji, podniesienie poziomu wiedzy na temat używania narkotyków, zachęcenie do oceny ryzyka i odpowiedzialności, zmiana nastawienia i zachowania związanego z używaniem narkotyków oraz poznanie oferty lokalnego systemu pomocowego. Program zrealizowany był przez wykwalifikowanych trenerów, zgodnie ze standardami programu FreD.

**Tabela 6. Odbiorcy programów w podziale na grupy wiekowe – raport za rok 2011**

Nr zadania – Zadanie IX Nazwa zadania – Program wczesnej interwencji FreD	
Grupy wiekowe	Liczba wszystkich odbiorców
poniżej 12 r.ż.	1
12-15 r.ż.	255
16-19 r.ż.	660
20-24 r.ż.	57
25-34 r.ż.	1
powyżej 34 r.ż.	118
Liczba odbiorców razem	1092

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

## 6. Poradnia Internetowa www.narkomania.org.pl

Program poradni internetowej ukierunkowany był na udzielanie pomocy i dostarczanie rzetelnej wiedzy zarówno osobom z problemem narkotykowym, jak i współuzależnionym na temat narkomanii, narkotyków oraz form pomocy. Umieszczone na stronie liczne artykuły i publikacje miały na celu informowanie rodziców, jak rozpoznać symptomy używania przez dzieci środków psychoaktywnych, jak rozmawiać z dzieckiem i gdzie szukać pomocy (baza placówek pomocowych). Istniała także możliwość uzyskania konkretnej porady poprzez anonimową formę pomocy on-line. W roku 2011 strona poradni internetowej została odwiedzona 596 570 razy (średnia liczba wejść/dziennie wyniosła 1675). Udzielono 782 porady. Na pytania odpo-

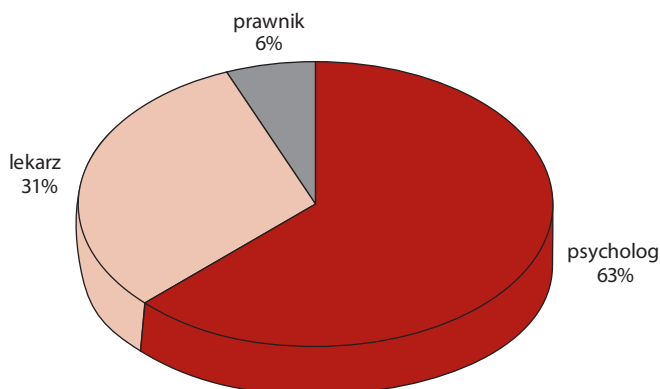
wiedzi udzielali: psycholog (493 porady), lekarz (242 porady) i prawnik (47 porad).

Na podstawie treści pytań szacuje się, że 537 pytań (ok. 69%) zadanych zostało przez członków rodzin i partnerów (39%) lub znajomych osób z problemem narkotykowym (30%). Ponad ¼ pytań (28%) kierowana była do poradni przez użytkowników substancji psychoaktywnych (głównie narkotyków, ale także alkoholu, leków). Tylko 3% respondentów stanowiły osoby spoza problemu narkotykowego (studenci, nauczyciele).

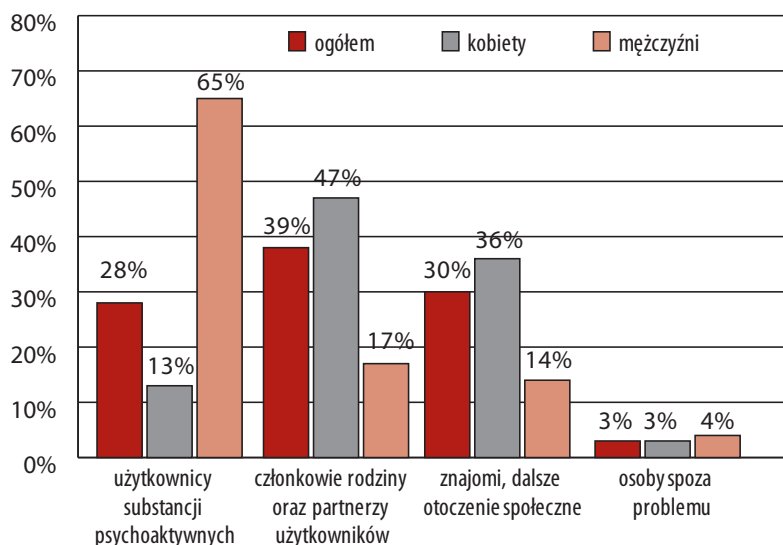
Częściej do poradni internetowej pisały kobiety (71% pytań) niż mężczyźni 29% pytań).

## Zadania zlecone w zakresie postrehabilitacji i reintegracji społecznej

Wykres 1. Udział specjalistów w odpowiedziach udzielonych przez poradnię



Wykres 2. Autorzy pytań kierowanych do specjalistów



## 1. Programy wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję

W 2011 roku Krajowe Biuro dofinansowało programy profilaktyki nawrotów choroby prowadzonych w systemie ambulatoryjnym i stacjonarnym. Programy te oferowały pomoc psychologiczną osobom po ukończonym procesie terapii uzależnienia i wracającym do miejsca zamieszkania, bądź starającym się usamodzielnic w innym mieście oraz rodzinom tych pacjentów. Warsztaty aktywności zawodowej, warsztaty zapobiegania nawrotom choroby, grupy wsparcia oraz interwencje społeczne to główne działania skierowane do osób po ukończonym procesie leczenia. Zajęcia te mają decydujący wpływ na sukces terapeutyczny w postaci utrzymania abstynencji i pełnej readaptacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków. W tym obszarze Krajowe Biuro dofinansowało programy wykraczające poza podstawowy standard pracy placówki ambulatoryjnej dające możliwości rozwoju osobistego osobom kończącym terapię i utrzymującym abstynencję. Oprócz programów realizowanych w poradniach i oddziałach

**Tabela 7. Odbiorcy programów w podziale na grupy wiekowe**

Nr zadania – Zadanie III Nazwa zadania – Programy wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję	
Grupy wiekowe	Liczba odbiorców
poniżej 12 r.ż.	36
12-15 r.ż.	24
16-19 r.ż.	133
20-24 r.ż.	410
25-34 r.ż.	725
powyżej 34 r.ż.	510
Liczba odbiorców razem:	1838
w tym: liczba nowych odbiorców:	618

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

dziennych, dofinansowano również programy realizowane w mieszkaniach chronionych i hostelach.

### **Zadania zlecone w zakresie ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych**

W 2011 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zrealizowało zadania publiczne z zakresu ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych we współpracy z 10 organizacjami pozarządowymi. W drodze otwartego konkursu ofert zlecono realizację programów w ramach następujących zadań:

#### **1. Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków**

W roku 2011 Krajowe Biuro zleciło łącznie 10 programów redukcji szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych, zrealizowanych przez 5 podmiotów. Programy były realizowane głównie w większych miastach Polski, np.: w Warszawie, Częstochowie, Gdańsku, Jeleniej Górze, Krakowie, Olsztynie, Puławach, Wrocławiu, Zgorzelcu, Zielonej Górze.

Projekty były wdrażane w miejscach przebywania osób używających narkotyków niezmotywowanych do lecze-

nia: na ulicach, dworcach, „bajzlach” oraz w 6 punktach stacjonarnych, 2 noclegowniach dla uzależnionych, 3 zakładach karnych/aresztach śledczych i jednym szpitalu zakaźnym.

Programy obejmowały, oprócz wymiany sprzętu iniekcyjnego, nawiązanie kontaktu z klientami, działalność informacyjną i motywującą do leczenia. Narastający problem używania środków syntetycznych w formie pozainiekcyjnej powoduje wzrost zapotrzebowania na prowadzenie działalności edukacyjnej i motywacyjnej skierowanej do osób uzależnionych. Projekty były prowadzone we współpracy z lokalnymi służbami i instytucjami, tj. pomocą społeczną oraz policją.

Cele programów ukierunkowane były na:

- przeciwdziałanie szkodom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnienia od narkotyków (m.in. przeciwdziałanie zgonom z powodu przedawkowania),
- motywowanie do zmiany wzoru przyjmowania narkotyków na przynoszący mniej szkód zdrowotnych (profilaktyka infekcji HIV, HCV, HBV),
- informowanie na temat dostępu do specjalistycznej pomocy i motywowanie do skorzystania z niej,
- działania interwencyjne.

**Tabela 8. Ilość rozdanych i zebranych środków**

Nr zadania – Zadanie VI Nazwa zadania – Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków	
Środki	Ilość
Igły rozdane	193 955
Strzykawki rozdane	139 508
Prezerwatywy rozdane	30 456
Woda do iniekcji rozdane	9905
Watki rozdane	27 321
Płyny dezynfekujące rozdane	3462
Inne akcesoria rozdane	485
Inne rozdane	8663
Igły zebrane	99 131
Strzykawki zebrane	70 837

Źródło: Raport KBPN za rok 2011.

## 2. Programy wspierające leczenie substytucyjne

Celem zadania było wzbogacenie oferty działań skierowanych do uczestników programów leczenia substytucyjnego o działania wpływające na poprawę jakości ich życia. Realizowano głównie: zajęcia informacyjno-edukacyjne, grupy rozwoju osobistego, warsztaty komunikacji, interwencje kryzysowe i socjalne oraz warsztaty wspierające alternatywny styl życia i odbudowywanie więzi rodzinnych. W roku 2011 zlecono do realizacji 3 programy: dwa w Warszawie, jeden w Kazuniu Bielany pod Warszawą.

## 3. Programy kierowane do kobiet używających szkodliwie lub uzależnionych od narkotyków

Celem projektów było wsparcie kobiet używających szkodliwie lub uzależnionych od narkotyków poprzez wzmacnianie

ich poczucia własnej wartości i samoakceptacji, pomoc w prawidłowej realizacji ról społecznych, naukę radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Do realizacji w 2011 roku wybrano trzy projekty realizowane w Gdańsku oraz w Świebodzinie.

W ramach otwartego konkursu ofert w 2011 roku na zadania zlecone Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii finansowało działania w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, postrehabilitacji, reintegracji społecznej oraz ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych na łączną kwotę 5 047 697, 00 złotych.

### Przypisy

<sup>1</sup> W grupie odbiorców powyższego zadania znajdują się także uczestnicy festiwalu Przystanek Woodstock, którzy stanowili grupę ok. 35 tys. osób.

*Pod koniec 2010 roku przeprowadzone zostały ogólnopolskie badania na temat postaw i zachowań dotyczących substancji psychoaktywnych. Badania na młodzieży zrealizowane w 2010 (CBOS) oraz 2011 roku (IPiN) odnotowały wzrost konsumpcji marihuany. Czy podobne zmiany zaszły w całej populacji?*

# UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POLSCE

Artur Malczewski, Marta Struzik  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Prezentowane badania zrealizowano metodą wywiadów kwestionariuszowych, przeprowadzonych przez ankietatorów w miejscu zamieszkania respondentów (*face to face*). Kwestionariusz zastosowany do pomiaru został opracowany na bazie narzędzia wykorzystanego po raz pierwszy w badaniu ogólnopolskim w 2002 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Przy jego opracowaniu wykorzystano metodologię Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Kwestionariusz uległ modyfikacji przy kolejnych pomiarach w 2006 i 2010 roku. W ramach ostatniego pomiaru dodano blok pytań dotyczących „dopalaczy” oraz umieszczono pytania dotyczące udziału w grach o charakterze hazardowym. W ten sposób badanie, które wcześniej przede

wszystkim dotyczyło kwestii używania substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki), rozszerzone zostało o aspekt uzależnień behawioralnych. W kwestionariuszu wykorzystano przede wszystkim pytania zamknięte. W niektórych przypadkach proszono respondentów o wymienienie substancji, jakich używali, np. leków uspokajających oraz „dopalaczy”. Badanie zostało zrealizowane w listopadzie i grudniu 2010 roku na losowej próbie mieszkańców Polski w wieku 15–64 lata (n=3900). Projekt przeprowadzono w ramach badań postaw oraz zachowań związanych z substancjami psychoaktywnymi realizowanych na próbie ogólnopolskiej oraz próbach wojewódzkich. Część terenowa została zrealizowana przez firmę „General Projekt” Sp. z o.o. W badaniu zastosowano trzystopniowy schemat doboru

próby. Na początku spośród wszystkich gmin w Polsce, w oparciu o klasę wielkości oraz województwo, do którego należy, wylosowano gminy. W kolejnym etapie, na podstawie rejestru PESEL, w wybranych wcześniej gminach wylosowano adresy lokali mieszkalnych. Następnie respondentów wybierano, opierając się na tabelach siatki Kisha. W rezultacie badanie objęło próbę ogólnopolską oraz 8 prób wojewódzkich. Dodatkowo, w celu wyeliminowania zakłóceń wynikających ze skrzywienia próby, zastosowano wagi wyrównujące dysproporcje w rozkładach podstawowych cech, czyli płci, wieku, województwa oraz zamieszkania na wsi lub w mieście. Badanie zostało przeprowadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z 8 województwami. Tak liczna reprezentacja województw była efektem współpracy KBPN z Ekspertami Wojewódzkimi ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, którzy w przypadku większości województw byli odpowiedzialni za realizację badania. W niniejszym artykule przedstawimy wyniki dotyczące wybranych substancji psychoaktywnych (marihuana, amfetamina, leki, ecstazy), jak również kwestię dotyczącą postrzegania narkomanii jako problemu społecznego.

## Narkomania jako problem społeczny

W badaniu poproszono respondentów o ocenę ważności, na pięciostopniowej skali, 14 problemów społecznych na poziomie kraju (tabela 1.) i w skali miejscowości, w której zamieszkują. Krańce skali wyznaczały odpowiedzi „bardzo ważny” i „nieważny”. Respondentom pozostawiono też możliwość wybrania odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Zdaniem

badanych na pierwszym miejscu w skali kraju plasuje się zjawisko bezrobocia. 58,9% badanych uznało je za bardzo ważny problem, najczęściej również badani wymieniali je jako problem najważniejszy (27,7%).

Na drugim miejscu pod względem wyborów bezwzględnych ulokowała się przemoc w rodzinie – 43,9%. Problem ten przy wyborze najważniejszego problemu zajął trzecią pozycję (8,3%), za przestępczością gospodarczą, którą 10,5% respondentów uznało za drugi najważniejszy problem społeczny w skali kraju.

Trzecie miejsce w wyborach bezwzględnych przypadło zjawisku przemocy i agresji na ulicach (41%), jednak w odniesieniu do wyboru problemu najważniejszego w odczuciu badanych zjawisko to ulokowało się dopiero na dziewiątej pozycji (5,6%).

Narkomania w ocenie respondentów nie jest traktowana jako zjawisko szczególnie zagrażające. Według wskazań badanych jest dopiero na jedenastym miejscu pod względem odsetka osób traktujących dany problem jako bardzo ważny (26,4%) oraz na dziesiątym miejscu wśród problemów uznanych za najważniejsze (4,4%), alkoholizm zaś na siódmym miejscu pod względem pierwszego wskaźnika (32,1%) i szóstym w odniesieniu do problemów ocenionych przez respondentów jako najważniejsze w skali kraju (6,1%).

## Używanie marihuany i haszyszu

Badani pytani byli o doświadczenia związane z używaniem narkotyków. Respondenci odpowiadali na pytanie o kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu trzydziestu dni przed badaniem, co jest wskaźnikiem

**Tabela 1. Ocena ważności różnych problemów społecznych na poziomie kraju (odsetek badanych)**

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio ważne	Mająco ważne	Nieważne	Trudno powiedzieć
Przestępczość gospodarcza	29,1	32,0	22,1	10,4	2,9	3,5
Przestępczość pospolita	28,7	39,7	19,9	7,8	1,7	2,1
Narkomania	26,4	37,0	24,3	8,7	2,0	1,6
Zanieczyszczenie środowiska	22,0	34,6	26,9	11,7	3,1	1,7
Alkoholizm	32,1	39,3	19,9	6,5	1,2	1,0
Kryzys moralny	21,3	33,1	26,8	12,2	3,5	3,2
Zły stan zdrowia społeczeństwa	31,9	33,2	21,8	9,0	2,5	1,8
Spadek stopy życiowej	36,7	35,6	18,3	6,6	1,3	1,4
Sytuacja mieszkaniowa	35,0	36,9	19,3	6,2	1,3	1,2
Przemoc w rodzinie	43,9	34,3	15,9	4,2	0,7	1,0
Przemoc i agresja na ulicach	41,0	38,8	14,9	3,8	0,7	0,8
Picie przez młodzież	35,1	36,4	18,6	6,4	2,6	0,9
Bezrobocie	58,9	27,9	9,0	2,9	0,8	0,5
AIDS	22,0	29,7	22,0	13,1	5,8	7,5

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

używania bieżącego (ang. *current use*), ostatnich dwunastu miesięcy (używania ostatniego, czyli aktualnego – ang. *recent use*) oraz kiedykolwiek w życiu, co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. *lifetime experience*). Osoby, które zadeklarowały używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy, nazwane są okazjonalnymi użytkownikami, a ci, którzy przyznali się do kontaktu z narkotykiem kiedykolwiek w życiu – eksperymentującymi z substancjami psychoaktywnymi. Badani proszeni byli także o podanie, ile razy zażyli substancję psychoaktywną. Jeżeli respondent nie pamiętał, jak często używał, a deklarował zażycie, również taka deklaracja zaliczana była jako używanie substancji psychoaktywnych. Najbardziej popularną substancją wśród badanych jest marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z tą substancją psychoaktywną przyznało się 17,6% respondentów. Do aktualnych użytkowników marihuany i haszyszu zaliczamy co dziesiątego badanego (9,6%) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a w ciągu ostatnich 30 dni 5,4%. Wśród badanych 22% mężczyzn używało kiedykolwiek marihuany lub haszyszu, a wśród kobiet 13%. Czynnikiem różnicującym używanie narkotyków jest wiek. Najwyższy odsetek użytkowników marihuany i haszyszu odnotowano w grupie wiekowej 15-24 lata (29,1%) oraz 25-34 lata (28,6%). Przyjrzyjmy się teraz rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktyw-

nych wśród osób, które zadeklarowały z nimi kontakt w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Marihuana i haszysz były używane prawie dwukrotnie częściej przez mężczyzn (12,4%) niż kobiety (6,8%). Co piąty badany w wieku 15-24 lata używał marihuany w ostatnim roku.

## Dostępność przetworów konopi

W ramach badania podjęto próbę określenia stopnia dostępności substancji psychoaktywnych. Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych była mierzona przez pytanie dotyczące oceny skali trudności zdobycia substancji psychoaktywnych. Zakres odpowiedzi wyznaczony był przez stwierdzenia od „niemożliwe” do „bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość wybrania opcji „nie wiem”. Zwraca uwagę, że w przypadku marihuany lub haszyszu, które należą do substancji o najwyższym rozpowszechnieniu używania w Polsce, badani wykazywali mniej trudności w określeniu łatwości ich zdobycia w stosunku do innych substancji. Podobny odsetek respondentów określił dostęp do marihuany jako niemożliwy oraz łatwy. Prawie co trzeci badany (30,8%) określił zdobycie marihuany jako niemożliwe, a niewiele mniej badanych jako łatwy (27,9%). Najłatwiejszy dostęp deklarowały osoby w wieku 15-24 lata. W tej grupie połowa badanych (49,9%) określiła dostęp jako łatwy lub bardzo łatwy. Badani, którzy kiedykolwiek w życiu używali narkotyków, oceniają ich dostępność wyżej niż ci, którzy nie mieli osobistych doświadczeń z narkotykami. W tym przypadku ponad połowa użytkowników deklarowała dostęp jako łatwy (63,9%), a osoby, które nigdy nie miały kontaktu z przetworami konopi o wiele rzadziej (14,9%). O poziomie dostępu badanych do substancji psychoaktywnych świadczyć mogą kontakty z osobami, które ich używają. Można założyć, że badani, którzy deklarują posiadanie znajomych używających substancji psychoaktywnych, mają jednocześnie łatwiejszy dostęp do substancji psychoaktywnych w porównaniu z osobami, które nie znają użytkowników narkotyków. Zdecydowana większość respondentów nie posiada w gronie swoich znajomych nikogo, kto używałby poszczególnych substancji, przy czym najniższy odsetek dotyczy przetworów konopi (65%) oraz leków uspokajających i nasennych (73,6%). W przypadku pozostałych substancji wskazania odpowiedzi „nikt” sięgają ponad 80%. Na nie więcej niż kilku znajomych używających marihuany lub haszyszu wskazało 28,2% badanych. Jedną

**Tabela 2. Najważniejszy problem społeczny w Polsce w ocenie badanych (odsetek respondentów)**

Przestępczość gospodarcza	10,5
Przestępczość pospolita	7,0
Narkomania	4,4
Zanieczyszczenie środowiska	2,3
Alkoholizm	6,1
Kryzys moralny	2,9
Zły stan zdrowia społeczeństwa	6,0
Spadek stopy życiowej	7,7
Sytuacja mieszkaniowa	5,7
Przemoc w rodzinie	8,3
Przemoc i agresja na ulicach	5,6
Picie przez młodzież	3,2
Bezrobocie	27,7
AIDS	2,5

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

z miar dostępności narkotyków zastosowaną w badaniu, było pytanie o czas potrzebny do ich zdobycia. Prawie co piąty badany (21%) mógłby zdobyć marihuanę lub haszysz w czasie nie dłuższym niż jeden dzień; 14% potrzebowałoby w tym celu przynajmniej kilku dni. Co trzeci badany uważa zdobycie przetworów konopi jako niemożliwe lub nie jest w stanie określić potrzebnego czasu (33,3%).

Ponadto, użytkowników tej substancji pytano, w jaki sposób, od kogo i gdzie weszli w posiadanie marihuany lub haszyszu ostatnim razem, gdy używali tej substancji. Spośród różnych sposobów zaopatrywania się w przetwory konopi badani najczęściej wskazywali na otrzymywanie od kogoś (12,2% dla całej populacji badanych; 69,2% wśród użytkowników konopi) lub zakup (7,9% dla całej populacji badanych; 44,9% wśród użytkowników konopi). Na znikomym poziomie występuje samodzielna uprawa (0,8% dla całej populacji; 4,7% dla użytkowników konopi) w porównaniu do zaopatrywania się drogą kupna lub otrzymania od innej osoby. Jeśli chodzi o miejsca, gdzie pozyskiwano marihuanę lub haszysz, badani wskazali przede wszystkim trzy miejsca: dla ponad połowy respondentów (59,2%) był to prywatny dom, dla 33,4% – bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej itp., natomiast dla 29,1% otwarte miejsce publiczne, takie jak park, dworzec lub ulica.

## **Używanie leków uspokajających i nasennych bez wskazań medycznych**

Wyniki badania z 2010 roku wskazują, że 5,1% dorosłych mieszkańców Polski używało kiedykolwiek w życiu leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. W ciągu ostatnich 12 miesięcy takie doświadczenia potwierdziło 3,5% respondentów, natomiast do bieżącego używania tego typu leków przyznało się 2,1% osób. Wskaźniki rozpowszechnienia używania leków uspokajających i nasennych plasują te substancje na drugim miejscu pod względem popularności, zaraz po przetworach konopi. Porównując wyniki badania z 2010 roku z rezultatami pomiaru z 2006 roku, odnotować można dość znaczny spadek eksperymentowania z lekami uspokajającymi i nasennymi (w 2006 roku 18,2% badanych potwierdziło używanie tych środków kiedykolwiek w życiu) oraz zmniejszenie się odsetka osób używających leków z tej grupy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (w 2006 roku – 7,7%). Najmniejszą różnicę odnotowano

w przypadku używania bieżącego, do którego w roku 2006 roku przyznało się 4,1% osób.

## **Dostępność leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza**

Co trzeci respondent (31,9%) wskazał na łatwy dostęp do leków uspokajających i nasennych, a ponad połowa zadeklarowała trudności w ich pozyskaniu (55,5%). 12,4% badanych nie potrafiło udzielić odpowiedzi, jednakże jest to najniższy odsetek odpowiedzi „nie wiem” (w przypadku wszystkich pozostałych substancji psychoaktywnych odsetki osób mających problem z oceną dostępności substancji były wyższe). Interesujący jest fakt, że w przypadku oceny dostępu do leków uspokajających i nasennych jako łatwego odnotowano najmniejsze zróżnicowanie odpowiedzi w podziale na trzy grupy wiekowe (15-24 lata – 35,0%; 25-34 lata – 33,1% i 35-64 lata – 30,2%).

W przypadku leków uspokajających i nasennych również potwierdziła się tendencja, że osoby mające za sobą doświadczenia z używaniem narkotyków oceniały dostęp do tych substancji jako łatwiejszy niż osoby, które nigdy nie używały narkotyków (odpowiednio: 40,3% i 29,9%). Ponad 70% badanych (73,6%) nie posiada w gronie swoich znajomych użytkowników leków uspokajających i nasennych. Jest to wysoki odsetek, jednakże w porównaniu do innych kategorii substancji należy do najniższych, zaraz po przetworach konopi. Oznacza to, że prawie co czwarty badany ma w swoim otoczeniu osoby stosujące leki uspokajające i nasenne bez wskazań medycznych. Posiadanie znajomych używających leków uspokajających i nasennych dominuje wśród badanych w wieku 15-24 lata (36,3%), potem wśród 25-34-latków (34,1%), a następnie w najstarszej grupie wiekowej (35-64 lata) – 27,2%. Zwraca jednak uwagę fakt, że w grupie najstarszych respondentów (35-64 lata) najczęściej występują znajomi używający leków uspokajających i nasennych.

## **Używanie amfetaminy**

Najbardziej popularną substancją nielegalną po marihuanie jest amfetamina. Do kontaktów z tą substancją psychoaktywną przyznało się 4,0% respondentów. Do aktualnych użytkowników (kontakt w ciągu ostatnich 12 miesięcy) amfetaminy zaliczamy 1,9% badanych, a w ciągu ostatnich 30 dni – 1,0%. Wśród badanych 6,5%

mężczyzn używało kiedykolwiek amfetaminy, gdy wśród kobiet było to tylko 1,8%. Czynnikiem różnicującym używanie narkotyków jest wiek. Najwyższe odsetki osób deklarujących kontakt z amfetaminą odnotowano w grupie wiekowej 15-24 lata (7,2%) oraz 25-34 lata (9,1%). Przyjrzyjmy się teraz rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych wśród osób, które zadeklarowały z nimi kontakt w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Amfetamina była używana trzykrotnie częściej wśród mężczyzn (2,7%) niż kobiet (0,8%). W przedziale 15-24 lata kontakt z amfetaminą w ciągu ostatniego roku zadeklarowało 4,2% respondentów, a w starszej kohorcie (25-34 lata) odsetek wyniósł 3,7%.

## Dostępność amfetaminy

Mniej niż połowa badanych (41,6%) określiła zdobycie amfetaminy jako niemożliwe, a co dziesiąty badany jako łatwe (9,7%). Najłatwiejszy dostęp deklarowały osoby w wieku 15-24 lata. W tej grupie co piąty badany (19,1%) określił dostęp jako łatwy lub bardzo łatwy. Badani, którzy kiedykolwiek w życiu używali narkotyków, oceniają ich dostępność wyżej niż ci, którzy nie mieli osobistych doświadczeń z narkotykami. W tym przypadku co czwarty użytkownik deklaruwał dostęp jako łatwy (26,5%), a osoby, które nie miały nigdy kontaktu z amfetaminą o wiele rzadziej – tylko 5,7% respondentów. O poziomie dostępu badanych do substancji psychoaktywnych świadczyć mogą kontakty z osobami, które ich używają. 13,6% badanych potwierdziło, że ma znajomych, którzy używają amfetaminy.

## Używanie ekstazy

Ecstasy stanowi czwartą co do popularności substancję psychoaktywną używaną przez dorosłych mieszkańców Polski. Do eksperymentowania z nią przyznało się w 2010 roku 3,4% badanych, co stanowi nieznaczny wzrost w stosunku do pomiaru z 2006 roku, w którym odnotowany odsetek wyniósł 1,2%. Używanie aktualne potwierdziło w 2010 roku 1,5% respondentów, tj. o 1,2 punktu procentowego więcej niż w roku 2006. Odsetek aktualnych użytkowników ekstazy nie przekroczył w 2010 i 2006 roku 1% (odpowiednio: 0,6% i 0,1%). Eksperymentowanie z ekstazy potwierdziło więcej mężczyzn (5,1%) niż kobiet (1,7%), a doświadczenia te w największym stopniu dotyczą osób w wieku 25-34 lata (7,1% wszystkich badanych) oraz 15-24

lata (5,9% wszystkich badanych). Na używanie ekstazy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wskazało 2,1% mężczyzn i 0,5% kobiet, a najwyższy odsetek badanych dotyczył osób w wieku 15-24 lata (3,5%), potem 25-34-latków (2,0%). Zwraca uwagę fakt, że aktualne używanie ekstazy dotyczy w największym stopniu mężczyzn w wieku 15-24 lata.

## Dostępność ekstazy

Co czwarty badany (25,1%) nie był w stanie udzielić odpowiedzi na pytanie o ocenę dostępności ekstazy. Pod względem łatwości zdobycia, ekstazy należy do grupy substancji obejmującej grzyby halucynogenne, LSD oraz sterydy anaboliczne. W przypadku tych środków odsetki badanych potwierdzających łatwy dostęp wahały się w przedziale 7-9%, osiągając dla ekstazy wartość – 8,5%. Na łatwy dostęp do ekstazy wskazują głównie młodzi respondenci (17,9% osób w wieku 15-24 lata), w porównaniu do 12,4% 25-34-latków i 3,5% osób wieku 35-64 lata. W przypadku ekstazy bardzo widoczna jest różnica w ocenie dostępności tej substancji dokonywanej przez osoby, które kiedykolwiek w życiu używały narkotyków i osoby nie posiadające takich doświadczeń (odpowiednio: 23,8% i 4,9%). 88,1% badanych zadeklarowało, że nie ma znajomych używających ekstazy, a jeśli już potwierdzają ten fakt, to najwięcej osób jest w wieku 15-24 lata (25,6%), potem w wieku 25-34 lata (18,6%), a najmniej 35-64-latków (4,0%). Ponad 80% badanych uznaje za niemożliwe lub nie jest w stanie określić, ile czasu potrzebowaliby na zdobycie ekstazy.

## Wyniki z 2006 i 2010 roku – wzrost używania

W tabeli 3. przedstawione zostały wyniki dotyczące używania narkotyków w 2006 roku i 2010 roku. Badania zostały przeprowadzone tą samą metodą, dlatego możemy porównać wyniki pomiarów. W przypadku wszystkich substancji nastąpił wzrost poziomu ich używania. Poziom kontaktów chociaż raz w życiu zwiększył się dwukrotnie w przypadku używania marihuany, LSD, grzybów halucynogennych; w większym stopniu wzrosły eksperymenty z ekstazy, a w mniejszym z amfetaminą. Analizując używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, należy stwierdzić ponad trzykrotny wzrost używania marihuany oraz prawie

trzykrotny w przypadku amfetaminy. Interpretację wyników innych narkotyków utrudniają niskie odsetki na poziomie błędu statystycznego. Należy odnotować również, że w ciągu ostatniego miesiąca 5,4% badanych używało marihuany, podczas gdy w 2006 roku był to niecały jeden procent.

## Podsumowanie

Najbardziej rozpowszechnioną substancją są przetwory konopi. Leki uspokajające i nasenne stosowane bez przepisu lekarza znajdują się na drugim miejscu pod względem popularności wśród dorosłych mieszkańców Polski, zaraz po przetworach konopi. Amfetamina lokuje się na trzecim miejscu, a na czwartym ecstasy. Do używania kiedykolwiek w życiu jakiejkolwiek nielegalnej substancji przyznało się 19,3% badanych (24,5% mężczyzn oraz 14,1% kobiet), w ciągu ostatniego roku 15,0% (16,5% mężczyzn oraz 13,5% kobiet).

Eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi spadło na przestrzeni lat 2006–2010. W przypadku marihuany, amfetaminy, ecstasy odnotowujemy wzrost używania, i to zarówno eksperymentów, jak również używania aktualnego. Rozpowszechnienie używania amfetaminy i ecstasy jest na podobnym poziomie, za-

równo w przypadku eksperymentów, jak i używania aktualnego.

Analizując używanie kiedykolwiek w życiu, należy odnotować podobny poziom zarówno wśród młodzieży (15-24 lata, 31,2%), jak również wśród młodych dorosłych (25-34 lata, 32,4%). Porównując te dwie grupy wiekowe, w przypadku używania aktualnego (ostatni rok) odnotowujemy trochę wyższy odsetek wśród młodzieży (20,9%) niż młodych dorosłych (16,0%). Wyniki badania pokazują, że używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych jest niewiele mniej popularne wśród młodych dorosłych niż młodzieży.

Co trzeci respondent wskazał na łatwy dostęp do leków uspokajających i nasennych, a prawie co czwarty badany ma w swoim otoczeniu osoby stosujące te środki bez wskazań medycznych. Mniejsza dostępność charakteryzuje marihuanę i haszysz. Co czwarty badany zadeklarował łatwy dostęp do przetworów konopi.

Najstarsi respondenci (35-64 lata) najczęściej mają znajomych używających leków uspokajających i nasennych. Pod względem łatwości zdobycia ecstasy należy do grupy substancji obejmującej grzyby halucynogenne, LSD oraz sterydy anaboliczne.

**Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (odsetek badanych)**

	2010			2006		
	kiedykolwiek w życiu	w czasie ostatnich 12 miesięcy	w czasie ostatnich 30 dni	kiedykolwiek w życiu	w czasie ostatnich 12 miesięcy	w czasie ostatnich 30 dni
Marihuana lub haszysz	17,6	9,6	5,4	9,0	2,7	0,9
LSD	2,0	0,7	0,4	0,9	0,1	0,0
Amfetamina	4,0	1,9	1,0	2,7	0,7	0,2
Grzyby halucynogenne	2,0	0,6	0,4	1,0	0,1	-
Ecstasy	3,4	1,5	0,6	1,2	0,3	0,1
Crack	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	-
Kokaina	1,2	0,7	0,5	0,8	0,2	0,1
Astrolit	0,1	0,0	-	-	-	-
Heroina	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Metadon	0,1	0,0	-	-	-	-
Kompot	0,6	0,2	0,1	0,2	-	-
GHB	-	0,0	0,0	-	-	-
Sterydy anaboliczne	1,7	0,7	0,5	0,4	0,1	0,0
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	1,6	0,5	0,3	-	-	-
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	5,1	3,5	2,1	18,2	7,7	4,1

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

*Wyniki dotyczące spożywania narkotyków przez młodzież gimnazjalną ze Zduńskiej Woli przewyższyły te uzyskane z badania ogólnopolskiego ESPAD 2011. Wartości niższe niż na poziomie kraju uzyskano w stosunku do amfetaminy, GHB oraz sterydów anabolicznych. Wskaźnik używania marihuany wyraźnie przekroczył poziom krajowy, co w porównaniu z innymi substancjami jest wynikiem znaczącym w budowaniu obrazu sceny narkotykowej w Zduńskiej Woli. Ponad 30% respondentów zaznaczyło, iż jest to substancja, której spróbowało przynajmniej raz w życiu.*

# MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA TERENIE GMINY ZDUŃSKA WOLA

Piotr Sawicz-Kociubiński

Socjolog, Prezes Zarządu Fundacji PHAROS

## Wstęp

Zjawisko narkomanii wymaga wielowymiarowego spojrzenia ze względu na ukrytą grupę osób związanych z produkcją, dystrybucją oraz samymi użytkownikami. We wszystkich tych obszarach uczestnicy działają poza przepisami prawa, dlatego też wskaźniki pokazujące rozmiar zjawiska, są informacjami z zakresu przeciwdziałania narkomanii, a samo badanie populacji użytkowników opiera się na otwarciu respondentów na społeczny temat tabu. Badanie zjawiska narkomanii pozwala nie tylko monitorować je samo w sobie, ale również, co ważniejsze, podejmować niezbędne kroki, ewaluować działania i budować strategię przeciwdziałania narkomanii. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Zduńskiej Woli, oprócz danych z badania ankietowego, oparte zostało na analizie danych z instytucji reagujących na problem. Niniejszy artykuł stanowi skrót raportu przygotowanego w ramach monitoringu problemu narkotykowego w mieście.

## Procedura badawcza

Badanie terenowe na populacji młodzieży szkolnej zostało przeprowadzone w listopadzie 2010 roku. Termin ten wybrano ze względu na dostosowanie się do wytycznych międzynarodowych badań ESPAD, dzięki czemu powstała możliwość porównania wyników z ostatnimi badaniami ogólnopolskimi ESPAD z 2011 roku.

W raporcie z monitorowania uwzględniono również dane uzyskane z placówek Komendy Powiatowej Policji

w Zduńskiej Woli, Sądu Rejonowego w Zduńskiej Woli oraz MOPS-u. Informacje z tych placówek traktowane są jako stan zastany bądź też wyjściowy do badania tendencji zmian w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Zduńskiej Woli w przyszłości. W styczniu 2011 roku wystosowano prośby do wspomnianych instytucji o udostępnienie danych zawartych w sprawozdaniach za 2010 rok.

## Metody i narzędzia badawcze

W ramach monitorowania problemu narkotyków i narkomanii zrealizowane zostało badanie ankietowe na młodzieży szkolnej w Zduńskiej Woli. Jego celem było zebranie informacji dotyczących zachowań i postaw wobec substancji psychoaktywnych, w powiązaniu z warunkami ich życia. Dla realizacji tego celu stosuje się zróżnicowane techniki badawcze, pozwalające na zebranie zarówno materiałów o charakterze jakościowym, jak i ilościowym. W Zduńskiej Woli zrealizowano badanie ankietowe na wzorze ankiety ESPAD, uzupełnionej o pytania dotyczące amfetaminy i dopalaczy. Ponadto, konieczne stało się przeprowadzenie badań dokumentów w zakresie analizy danych zastanych, udostępnionych przez instytucje zajmujące się przeciwdziałaniem narkomanii z terenu Zduńskiej Woli, oraz analiza dokumentów naukowych (w tym sprawozdań naukowych, artykułów w czasopiśmie naukowych itp. dotyczących problemu badawczego na poziomie krajowym i europejskim). Dla zróżnicowania wniosków pomocną była analiza porównawcza opracowań statystycznych, czyli analiz różnego rodzaju periodycznych

zestawień danych statystycznych, np. roczniki, okresowe sprawozdania, zestawienia dotyczące problemu badawczego na poziomie krajowym i europejskim.

## Teren badań

Zduńska Wola to miasto położone na Wysoczyźnie Łaskiej, na obszarze prawie równinnym o pow. 25 km kw., nad rzeką Pichną, prawym dopływem Warty. Niemal centralne położenie miasta, w odległości ok. 190 km na zachód od Warszawy, 50 km od Łodzi, ok. 170 km na północny wschód od Wrocławia i ok. 200 km od Poznania, stwarza dogodne połączenia komunikacyjne krajowe i zagraniczne z zachodu na wschód i z południa na północ. W Zduńskiej Woli krzyżują się dwie ważne magistrale kolejowe Warszawa – Łódź – Wrocław oraz Śląsk – Gdynia (porty). Miasto przecina droga krajowa nr 14. W przyszłości na jego obszarze znajdować się będzie droga ekspresowa z Łodzi do Wrocławia i dalej do Pragi.

## Dane pozyskane od instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii

Informacje pozyskane z instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii w Zduńskiej Woli, to dane dotyczące ograniczania podaży, popytu oraz pomocy instytucjonalnej miasta. Należy pamiętać, iż dane otrzymane z Komendy Powiatowej Policji w Zduńskiej Woli oraz Sądu Rejonowego w Zduńskiej Woli nie dotyczą jedynie mieszkańców Zduńskiej Woli, a terenu, na którym popełniono domniemane lub dokonane przestępstwo. W okolicy Zduńskiej Woli, na terenach miejskich, znajdują się trzy wielkometrażowe kluby muzyczne, w których co weekend

duża część młodzieży spędza czas wolny. Również bliskie położenie Łodzi, jak i umiejscowienie miasta na trasie Łódź–Wrocław oraz węzeł kolejowy Karsznice Płd. mają zapewne wpływ na ilość i rodzaj dostępnych narkotyków w Zduńskiej Woli. Uzyskane dane pochodzą z programu rejestracji policji „Temida” i dotyczą roku 2009 i 2010.

**Tabela 1. Dane Komendy Powiatowej Policji w Zduńskiej Woli dotyczące przestępstw narkotykowych**

Dane dotyczące przestępstw narkotykowych	2009	2010
Sprawy wszczęte ogółem	19	16
Sprawy zakończone ogółem	25	23
Przestępstwa stwierdzone ogółem	133	90
Liczba podejrzanych	35	63

Źródło: Komenda Powiatowa Policji w Zduńskiej Woli.

W Komendzie Powiatowej Policji w Zduńskiej Woli działania z zakresu przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii utrzymują się na podobnym poziomie. Pomimo spadku liczby przestępstw stwierdzonych ogółem, wzrósł wskaźnik liczby podejrzanych ogółem. Powodu takiej sytuacji można raczej doszukiwać się w formalnym czasie wymaganych procedur aniżeli zmniejszonej skuteczności.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zduńskiej Woli w latach 2009–2010 pomagał kolejno czterem i pięciu rodzinom, które korzystały z pomocy ośrodka z powodu narkomanii. Pomoc przyjęły osoby dorosłe, co jest dość specyficzne, ponieważ problem narkomanii dotyczy głównie ludzi młodych. Z rozmów z pracownikami socjalnymi wynika, że problem narkomanii dotyczy większej liczby rodzin i współwystępuje on

**Tabela 2. Dane Sądu Rejonowego w Zduńskiej Woli dotyczące osób skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii**

	2009		2010	
	Osoby skazane na karę pozbawienia wolności	W tym z warunkowym zawieszeniem jej wykonania	Osoby skazane na karę pozbawienia wolności	W tym z warunkowym zawieszeniem jej wykonania
Za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	16	15	10	9
Za inne przestępstwa	455	351	432	341

Źródło: Sąd Rejonowy w Zduńskiej Woli.

z problemem alkoholowym, i to ten ostatni właśnie wskazywany jest jako powód przyznania pomocy. Również sami klienci informują o problemie alkoholowym bądź nadużywaniu substancji psychoaktywnych, prosząc o niewpisywanie narkomanii jako przyczyny problemów rodzinnych.

Według danych uzyskanych z Sądu Rejonowego w Zduńskiej Woli w 2009 roku osób skazanych na karę pozbawienia wolności było 16, z czego prawie wszyscy uzyskali warunkowe zawieszenie jej wykonania, co oznacza, iż byli po raz pierwszy skazane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Stanowili oni 3,4% wszystkich skazanych na pozbawienie wolności, a w przypadku warunkowego zawieszenia jej wykonania 4%. W 2010 roku odsetki kształtowały się na poziomie kolejno 2,3% i 2,5%, co przedstawia tendencję spadkową w stosunku do 2009 roku. Można wnioskować, że z powodu wysokiego wskaźnika kar w zawieszeniu, osoby skazane to głównie osoby pierwszorazowo zatrzymane z małą ilością narkotyków.

## Badanie na próbie młodzieży szkolnej

Badaniem objęto uczniów klas trzecich pięciu gimnazjów w Zduńskiej Woli, gdzie według danych pozyskanych z Biura Edukacji w roku szkolnym 2010/2011 było 485 uczniów. W badaniu wzięło udział 381 uczniów, byli to obecni tego dnia w szkole uczniowie, co stanowi 78,6% populacji. Dobór próby badawczej – najwyższej z możliwych, obejmujący wszystkie placówki z terenu Zduńskiej Woli, miał za zadanie realne odwzorowanie zjawiska. Podejście kohortowe, przy zdefiniowaniu kohorty przez rok urodzenia, podyktowane było względami międzynarodowej porównywalności, a w szczególności porównania badania lokalnego z ogólnopolskimi wynikami badania ESPAD z 2011 roku.

**Tabela 3. Populacja i próba**

Płeć	Odsetek
Mężczyzna	48,6%
Kobieta	51,4%
Ogółem	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku.

W badaniu populacji młodzieży szkół gimnazjalnych klas trzecich próba badawcza wg płci była zrównoważona.

**Tabela 4. Wiek badanych**

Wiek badanych	Odsetek
18 lat	0,3%
17 lat	0,3%
16 lat	3,9%
15 lat	95,0%
14 lat	0,3%
Brak danych	0,3%
Ogółem	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku.

Wiek badanych (15 lat) był zgodny z zakładanym etapem nauki szkolnej, tj. klasy trzeciej gimnazjum, a na drugim miejscu z wartością 3,9% znajdowały się najprawdopodobniej osoby powtarzające ostatnią klasę gimnazjum.

**Tabela 5. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu przez młodzież gimnazjalną**

	ESPAD 2011	ZDW 2010
Marihuana lub haszysz	24,3%	31,7%
Substancje wziewne	8,7%	8,9%
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,5%	17,5%
Amfetamina	4,6%	4,0%
LSD lub inne halucynogeny	4,6%	6,6%
Crack	2,1%	2,4%
Kokaina	3,3%	3,4%
Astrolit/Relevin	2,1%	0,9%
Heroina	1,3%	1,9%
Ecstasy	3,0%	-----
Grzyby halucynogenne	3,1%	4,8%
GHB	1,2%	0,6%
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,8%	1,6%
Alkohol razem z tabletkami	5,8%	8,1%
Sterydy anaboliczne	2,7%	1,1%
Polska heroina (kompot)	2,4%	3,5%
Ogółem	100 %	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku oraz badanie ogólnokrajowe ESPAD z 2011 roku.

Kafeteria substancji psychoaktywnych używanych przynajmniej raz w życiu przez uczniów jest szeroka. Wyniki niektórych substancji w badanej grupie, np. polskiej heroiny (trend spadkowy obserwuje się od kilku lat na poziomie kraju), wydają się wręcz niemożliwe. Aby

odpowiednio zinterpretować dane, należy wspomnieć o substancji Astrolit/Relevin – jest to bowiem substancja, która nie istnieje. W badaniu z 2007 roku używano nazwy Relevin, lecz ze względu na informacje zwrotne od ankietowanych dotyczące częstego mylenia tej substancji z popularnym lekiem Relanium, została ona zmieniona na mniej skojarzeniową. Podaje się ją jako możliwość wyboru w celu sprawdzenia odpowiedzi respondenta i wykluczenia nieprawdziwych i nieświadomych wartości końcowych.

Wyniki dotyczące spożywania narkotyków przez młodzież gimnazjalną ze Zduńskiej Woli przewyższyły te uzyskane z badania ogólnopolskiego. Wartością niższą niż na poziomie kraju okazała się amfetamina, GHB oraz sterydy anaboliczne. Substancja, na którą warto zwrócić uwagę to marihuana – wskaźnik wyraźnie przekroczył poziom krajowy, co w porównaniu z innymi substancjami jest wynikiem znaczącym w budowaniu obrazu sceny narkotykowej w Zduńskiej Woli. Ponad 30% respondentów zaznaczyło, iż jest to substancja, której spróbowało przynajmniej raz w życiu. Marihuana jest najczęściej spożywaną substancją psychoaktywną inną niż alkohol, używaną przez młodzież zduńskowolską. Na drugim miejscu z wynikiem 17,5% znalazły się leki uspokajające i nasenne. Trzecią dominującą substancją są substancje wziewne (8,9%).

**Tabela 6. Używanie narkotyków uznanych za istotne w czasie ostatnich 12 miesięcy**

	ESPAD 2011	ZDW 2010
Marihuana lub haszysz	20,1%	23,8%
Substancje wziewne	4,6%	3,7%
Amfetamina	-----	2,1%
Nie używałem/Brak danych	75,3%	70,4%
Ogółem	100 %	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku oraz badanie ogólnokrajowe ESPAD z 2011 roku.

Używanie marihuany lub haszyszu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem zadeklarowało 23,8% respondentów i jest to wartość zbliżona do tej uzyskanej z badań ESPAD z 2011 roku. Używanie substancji najbardziej popularnych (wymienionych w tabeli 5.) potwierdza zwiększoną skalę popularności marihuany lub haszyszu wśród badanej młodzieży. Odsetek osób sięgających po substancje wziewne jest wyższy

w badaniu dotyczącym poziomu kraju (4,6% wobec 3,7% w Zduńskiej Woli).

**Tabela 7. Używanie narkotyków uznanych za istotne w czasie ostatnich 30 dni**

	ESPAD 2011	ZDW 2010
Marihuana lub haszysz	10,5%	12,6%
Substancje wziewne	2,8%	2,7%
Amfetamina	-----	1,0%
Nie używałem/Brak danych	86,7%	83,7%
Ogółem	100%	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku oraz badanie ogólnokrajowe ESPAD z 2011 roku.

Badanie użytkowników narkotyków zażywających substancji w ciągu ostatnich 30 dniach ostatecznie potwierdza skalę zjawiska. W przypadku tych respondentów można uznać, iż przekroczyli oni formę eksperymentowania. Wskaźnik o podobnym poziomie, przekraczający jednak poziom kraju z 2011 roku, ujawnia się przy marihuanie lub haszyszu. Pozostałe substancje są na tym samym poziomie. Próba badawcza wg płci była zrównoważona (tabela 3.), można więc przypuszczać, że w przypadku używania narkotyków będzie można odnaleźć różnicę w sposobie i wyborze substancji psychoaktywnych, jeśli chodzi o chłopców i dziewczęta.

**Tabela 8. Wiek inicjacji zażycia marihuany w rozróżnieniu na płeć**

	Płeć			
	M		K	
Nigdy	119	64,3%	137	69,9%
9 lat	0	0%	0	0%
10 lat	0	0%	0	0%
11 lat	4	2,2%	2	1%
12 lat	4	2,2%	1	0,5%
13 lat	9	4,9%	10	5,1%
14 lat	27	14,6%	24	12,3%
15 lat	21	11,3%	22	11,2%
16 lat lub więcej	1	0,5%	0	0%
Brak danych	0	0%	0	0%
Ogółem	185	100%	196	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku.

Młodzież szkół gimnazjalnych to grupa osób najbardziej narażona na ryzyko inicjacji narkotykowej, okres szkoły gimnazjalnej to właśnie czas pierwszej inicjacji narkotykowej.

Odsetek zarówno chłopców, jak i dziewcząt, którzy spróbowali przynajmniej raz w życiu marihuany, był podobny, co oznacza, że taka sama grupa chłopców i dziewcząt spróbowała po raz pierwszy marihuany w tym samym wieku. W wieku 14 lat minimalnie większą grupę stanowili chłopcy, i właśnie w tej grupie wiekowej odnotowano najwyższy wskaźnik rozpoczęcia inicjacji.

**Tabela 9. Możliwość spróbowania marihuany w różnieniu na płeć**

	Płeć			
	M		K	
Nie, nie miałem/am takiej możliwości	94	50,8%	104	53%
Tak, miałem taką możliwość, ale nie zrobiłem/am tego	91	42,2%	90	45,9%
Brak danych	0	0%	2	1,1%
Ogółem	185	100%	196	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku.

Użytkowników narkotyków i osoby w ich otoczeniu można podzielić na dwa typy: pierwszy to ten, w którym młodzi ludzie znają osobiście osoby, które używają marihuany lub haszyszu, lecz nie utrzymują z nimi bliskiego kontaktu, drugi zaś to ten, w którym relacja jest na tyle bliska, że przebywają razem, kiedy ci spożywają marihuanę lub haszysz. W przypadku tej drugiej grupy istnieje więc sytuacja, w której respondenci mogliby spróbować narkotyku. W pytaniu dotyczącym tej sytuacji około 50% badanych potwierdziło, że było w takich okolicznościach, w których mieli możliwość spróbowania narkotyku, ale tego nie zrobili. Zarówno chłopcy, jak i dziewczęta mieli taką samą możliwość użycia marihuany lub haszyszu.

Analizując dane opisujące rozpowszechnienie używania substancji wśród przyjaciół (określenie „grona przyjaciół”

dotyczyło osób z otoczenia badanych, zarówno środowiska szkolnego, jak i pozaszkolnego), można stwierdzić, że prawie każda z badanych osób zna przynajmniej jedną osobę, która używa alkoholu i pali papierosy. W przypadku substancji nielegalnych była to marihuana i jej przetwory oraz środki uspokajające lub nasenne (wydawane bez przepisu lekarza). Warto też zwrócić uwagę na grupę określaną jako „kilka osób z otoczenia”, która w przedziale 14-20% używa pozostałych substancji, tj. amfetaminy, ecstasy, środków wziewnych. Możliwe, że wyniki badań dotyczące tej kwestii najlepiej obrazują sytuację wśród badanej młodzieży.

Wyniki badania wskazują, że odsetek młodzieży zduńskowskiej spożywającej napoje alkoholowe jest wyższy niż w przypadku narkotyków. Napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją wśród respondentów. Spożycie przynajmniej raz w życiu napoju alkoholowego zadeklarowało 92,9% młodzieży. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem uczyniło to 82,5% młodych ludzi, a w ciągu ostatnich 30 dni – 54,5%. W przypadku grupy badanych jakakolwiek forma kontaktu: zakup, spożywanie czy też bycie pod wpływem alkoholu jest zakazane ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ponieważ żadna z badanych osób nie ukończyła 18. roku życia.

## Odpowiedź na zjawisko

Zduńska Wola do 2011 roku posiadała Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii. W zakresie profilaktyki dotyczącej przeciwdziałania narkomanii policjanci Komendy Powiatowej Policji w Zduńskiej Woli odbyli m.in.: spotkania z młodzieżą szkół powiatu zduńskowskiego – łącznie 183 spotkania dla około 3600 uczniów, spotkania prewencyjne z kadrą pedagogiczną

**Tabela 10. Ocena rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród przyjaciół**

Ile osób z Twoich przyjaciół:	Nikt	Kilka osób	Sporo	Większość	Wszyscy	Brak danych	Ogółem
pali papierosy	4,7%	22,6%	33,3%	37,8%	1,0%	0,6%	100%
pije napoje alkoholowe	1,8%	14,2%	38,1%	39,4%	5,8%	0,8%	100%
upija się	12,6%	46,2%	26,0%	13,9%	0,8%	0,5%	100%
pali marihuanę lub haszysz	31,5%	46,5%	14,2%	5,5%	1,3%	1,0%	100%
bierze amfetaminę	76,4%	17,8%	3,9%	0,5%	0,3%	1,0%	100%
bierze środki uspokajające lub nasenne (bez przepisu lekarza)	75,3%	20,7%	2,1%	0,8%	-----	1,0%	100%
bierze ecstasy	81,1%	14,4%	2,4%	0,5%	0,3%	1,3%	100%
używa środków wziewnych	73,5%	18,1%	5,2%	1,6%	0,3%	1,3%	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku.

Tabela 11. Spożycie alkoholu wśród badanych

Ile razy (...) zdarzyło Ci się pić napój alkoholowy	0	1–2	3–6	7–9	10–19	20–39	40 lub więcej	Brak danych	Ogółem
w życiu	5,5%	10,5%	14,2%	13,9%	13,9%	14,7%	25,7%	1,6%	100%
w ciągu ostatnich 12 miesięcy	12,9%	18,1%	19,2%	11,8%	13,9%	10,8%	8,7%	4,7%	100%
w ciągu ostatnich 30 dni	40,9%	26,5%	13,9%	5,5%	5,5%	2,6%	0,5%	4,5%	100%

Źródło: Badanie własne z 2010 roku.

i dyrektorami szkół (łącznie 41 spotkań dla około 450 osób) oraz spotkania prewencyjne z rodzicami (27 dla 900 osób dotyczące zagrożeń narkomanią oraz możliwości jej rozpoznawania w przypadku wystąpienia podejrzeń o zażywanie narkotyków przez dzieci i młodzież).

Placówki oświatowe prowadziły również różnego rodzaju działania profilaktyczne i edukacyjne w zakresie przeciwdziałania narkomanii, wynikające bezpośrednio z programów wychowawczych realizowanych zgodnie z wymogami prawa we wszystkich szkołach podległych miastu. W ramach realizowanych działań profilaktycznych podjęto także stałą współpracę z rodzicami w zakresie zapobiegania uzależnieniom oraz przejawom demoralizacji wśród dzieci i młodzieży. Realizowano programy profilaktyczne z zakresu uzależnień, m.in.: „Alkohol i inne substancje uzależniające”, „Zachowaj trzeźwy umysł”, „Bez ryzyka – profilaktyka zjawiska HIV/AIDS”, „Trzymaj formę” czy „Sobą być, dobrze żyć”.

W 2010 roku w związku z problemem tzw. dopalaczy podjęto szereg działań edukacyjno-profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży ze wszystkich szkół znajdujących się na terenie miasta, finansując w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii m.in. następujące działania:

- 25 warsztatów multimedialnych dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w których uczestniczyło ogółem około 750 młodych ludzi;
- 26 zajęć warsztatowych dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, w których uczestniczyło 728 uczniów;
- 14 programów w formie koncertów muzycznych dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, w których uczestniczyło ogółem około 4200 uczniów.

Od kwietnia 2009 roku Zduńska Wola finansuje Program Zdrowotny PROGRES, realizowany przez SPZPOZ w Zduńskiej Woli; w okresie od stycznia 2010 roku do połowy grudnia 2010 roku świadczone usługi dla 200

pacjentów z zakresu psychoterapii uzależnień z diagnozą nozologiczną F10-F19 i osób współuzależnionych (F43.2). Oznacza to, iż w sprawozdaniu zostały ujęte zarówno osoby z problemem alkoholowym, jak i narkotykowym. Ze względu na specyfikę merytorycznych założeń programu jest on głównie skierowany do osób dorosłych.

Od 2010 roku na terenie Zduńskiej Woli działa organizacja pozarządowa – Fundacja PHAROS. Fundacja świadczy usługi z zakresu profilaktyki uniwersalnej, realizując programy „Drug free zone” oraz „EmoDrop” w placówkach szkolnictwa. Podstawowym zadaniem Fundacji PHAROS jest realizowanie działań z zakresu redukcji szkód oraz wykonywanie świadczeń w ramach Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień – PHAROS. Równolegle prowadzony jest program wczesnej interwencji „FreD goes net”.

W 2011 roku został przyjęty Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii oraz Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2012–2016 dla Miasta Zduńska Wola, który został stworzony również na bazie badań opisanych w niniejszym artykule.

## Zakończenie

Proponowane działania, mające na celu ograniczanie problemu narkomanii w Zduńskiej Woli, wpisują się w Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. Dzięki wstępnemu zdiagnozowaniu rozmiaru zjawiska oraz zainicjowaniu jego monitorowania, rozpoczął się okres bardziej świadomego procesu przeciwdziałania narkomanii i patologii społecznej na terenie Zduńskiej Woli. Raport z monitoringu powstał we współpracy z Programem Zdrowotnym PROGRES SPZPOZ w Zduńskiej Woli oraz w ramach implementacji „Monitoringu problemu narkomanii na poziomie lokalnym”, realizowanym przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi oraz CINN KBPN w 2010 roku.



## NAUKA O UZALEŻNIENIACH

Ta publikacja amerykańskiego naukowca Carltona Ericksona, wydana w Polsce w tłumaczeniu innego naukowca, znanego w dziedzinie uzależnień prof. Jerzego Vetulaniego, wydaje się być lekturą ze wszech miar godną polecenia. Jej wszechstronność idzie w parze z przystępnym językiem. Autor porusza wątki z wielu dziedzin związanych z uzależnieniami, objaśniając ich problematykę w sposób uniwersalny, a zarazem trzymając się pewnej linii i celu wywodu. Widoczne jest jego rozeznanie w wiedzy naukowej na temat

Dalsze trzy rozdziały omawiają substancje psychoaktywne, spośród których – ze względu na „wyjątkową rolę społeczną”, ale też specyfikę działania – wyodrębniony jest alkohol. W jednym rozdziale omówione są stymulanty i depresanty, następnie alkohol, a po nim „inne narkotyki” (halucynogeny, narkotyki klubowe itp.). Poszczególne substancje opisane są bardzo skrótowo, głównie na poziomie podstawowych różnic w działaniu na mózg i dodatkowych informacji.

Autor bardziej szczegółowo omawia problematykę leczenia i zastosowania farmakologii w terapii, co prawdopodobnie wiąże się z jego działalnością naukową farmaceuty. Dość szczegółowo omówione są leki stosowane w terapiach różnych uzależnień oraz stan badań nad rozwojem leczenia. Do tych ostatnich nawiązania pojawiają się zresztą regularnie, stale podkreślana jest potrzeba pogłębiania wiedzy. Badaniom poświęcone są dwa ostatnie rozdziały. W pierwszym czytelnik zostaje wprowadzony w świat nauki i otrzymuje dawkę subiektywizmu czy, jak kto woli, sceptycyzmu potrzebnego przy weryfikacji wyników. W ostatnim przedstawione są kwestie do rozwiązania przez naukę w przyszłości.

Cały wywód przeplatany jest opisami przypadków, niekiedy skrajnych, jednak tym mocniej uzasadniających pewne aspekty obecnego traktowania uzależnień przez naukę. Dotyczy to m.in. kwestii genetycznych w zestawieniu z „zażywaniem z wyboru”, przypadków uzależnienia od pierwszego kontaktu z substancją, ukazania niemożności wpłynięcia człowieka na jego interakcję z narkotykami. Erickson wielokrotnie podkreśla charakter uzależnienia jako choroby medycznej i przez całą publikację stara się uświadliwić czytelnika na niesprawiedliwe, dyskryminujące osoby uzależnione stosunki społeczne, wynikające z niezrozumienia problemu i niechęci do pozyskania o nim wiedzy.

Przystępność „Nauki o uzależnieniach” pozwala na przeglądanie książki „od ciekawostki do ciekawostki”. Wieloaspektowe odniesienia do rozumowania traktującego uzależnienie jako chorobę wydają się być skutecznym narzędziem popularyzowania wiedzy o uzależnieniach.

FN

### GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY RUSZA Z PROGRAMEM SKIEROWANYM DO PRZYSZŁYCH MATEK

Joanna Skowron

Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz

Główny Inspektorat Sanitarny



Główny Inspektor Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie w ramach zawiązanego partnerstwa rozpoczął realizację Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Program potrwa 5 lat, a jego głównym celem będzie ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. W ramach programu zorganizowane zostaną: szkolenia dla personelu medycznego oraz nauczycieli, programy edukacyjne dla szkół ponadgimnazjalnych oraz zakładów pracy, a także elektroniczna platforma edukacyjna i kampania społeczna. Przewiduje się, że działaniami programowymi zostanie objęta grupa ok. 5 mln osób. Badanie GIS z 2009 roku pokazało, że wśród kobiet palących w ciąży odsetek rodzących się wcześniaków wyniósł 11%, a u nigdy niepalących 7%. Kobiety palące rodziły dzieci z niedowagą dwukrotnie częściej (12%). Kobiety nigdy niepalące rodziły dzieci o niskiej wadze urodzeniowej jedynie w 5% przypadków.

Do najczęstszych skutków picia alkoholu przez kobiety ciężarne należały: przedwczesny poród u 11% (wśród niepijących badanych przedwczesny poród wystąpił u 8% kobiet), niska waga urodzeniowa u 14% dzieci (wśród dzieci matek niepijących było to 6%), niższa punktacja w skali Apgar. Wady wrodzone miało aż 16% dzieci matek pijących alkohol w czasie ciąży, u pozostałych dzieci stwierdzono tylko w 2% występowanie tych wad.

Główny Inspektorat Sanitarny oraz pozostali partnerzy programu zakładają, że wielopłaszczyznowe działania szkoleniowe i edukacyjne oraz kilkuletnia kampania społeczna przyczynią się do zmiany zachowań zdrowotnych przyszłych matek oraz poprawy zdrowia ich potomstwa.

Wartość dofinansowania projektu ze środków szwajcarskich obejmuje kwotę 3 438 691 CHF (10 587 730 PLN), łączna suma przeznaczona na realizację projektu wynosi 4 045 519 CHF (12 456 000 PLN).

Więcej informacji udziela Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w GIS.

Instytucja Realizująca:



Partnerzy:

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
Instytut Medycyny Wsi  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

# UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE



Uzależnienia behawioralne, zwane również niechemicznymi, są zjawiskiem odkrytym stosunkowo niedawno, bo dopiero w latach 90. ubiegłego wieku. Obejmują one problemy i nałogi wynikłe z kompulsywnych zachowań niezwiązanych bezpośrednio z substancjami psychoaktywnymi, a których źródłem mogą być np. hazard, zakupy, seks, internet, gry komputerowe, ale także nadmierne przywiązanie do telefonu komórkowego, nadużywanie solarium, przesadna dbałość o wygląd itp. Niewielka popularność tego rodzaju problemów oraz niski stan wiedzy naukowej na ich temat znajdują odbicie w niewielkiej ofercie pomocowej i profilaktycznej.

Świadczy o tym m.in. znikoma obecność problemu w internecie. Oprócz hazardu, którym zajmuje się coraz więcej placówek terapeutycznych i internetowych serwisów pomocowych, uzależnienia behawioralne pojawiają się w sieci rzadko, a strony opisujące tematykę kompleksowo, są rzadkością, nie tylko w Polsce, ale w sieci w ogóle.

Kilka tego rodzaju stron przedstawił w numerze 4/2011 Serwisu Informacyjnego Narkomania, teraz pojawił się finansowany przez Fundusz Hazardowy serwis [uzaleznienia.info](http://uzaleznienia.info), dostępny również pod adresem [uzaleznienia.info](http://uzaleznienia.info).

Jest to rozbudowany serwis, obejmujący tematykę wszystkich najważniejszych uzależnień nieche-

micznych, z których każde posiada swój oddzielny dział. Są to: hazard, seks, komputer i sieć, zakupy, praca oraz inne. Oddzielnym, bardzo ważnym elementem serwisu, jest poradnia on-line.

## STRUKTURA SERWISU

Na każdy dział składają się trzy sekcje: artykuły, testy oraz baza ośrodków pomocy, zawierająca listę ośrodków i grup wsparcia, do których dołączono wyszukiwarkę. Działy posiadają też swoje sekcje najczęściej zadawanych pytań (FAQ), a z poziomu strony głównej dostępne są aktualności. Na stronie udostępnione są również bezpłatne materiały w formacie PDF, podzielone na trzy kategorie: ogólne, dla rodziców i dla fachowców.

Artykuły mają charakter popularny, raczej informacyjny i poradnikowy niż naukowy. W przystępny sposób pouczają o możliwości zaistnienia problemu, omawiają sposoby ewentualnej autodiagnozy, reagowania na problem zaobserwowany u kogoś bliskiego itp. Można trafić również na omówienia bardziej szczegółowych zagadnień.

Wśród testów znaleźć można najbardziej popularne narzędzia diagnozy dedykowane wybranym problemom lub zaadaptowane do nowych uzależnień, gdyż dla większości z nich, jak np. internet czy gry komputerowe, nie ma jeszcze specjalnie stworzonych testów. Wyniki, jakie otrzymujemy w tych wypadkach, mogą być niesatysfakcjonujące, gdyż zazwyczaj informują tylko o możliwości wystąpienia problemu przy przekroczeniu danej ilości punktów. Ewentualną lukę, jaką pozostawia autodiagnoza, zapełnić może bezpośredni kontakt ze specjalistą w poradni on-line.

## PORADNIA

Poradnia jest darmowym serwisem pomocowym, w którym można uzyskać porady psychologa, prawnika, pedagoga oraz lekarza. Usługa ta jest ciekawie zorganizowana, gdyż możliwe jest wysłanie zapytania przez e-mail, na który odpowiedź przychodzi w ciągu dwóch-trzech dni, lub uzyskanie pomocy bezpośrednio, w czasie dyżurów konsultantów.

Na stronie poradni wyświetlają się ikonki informujące o dostępności specjalistów. Jeśli któryś nie jest obecny, możliwe jest sprawdzenie terminarza. Dyżury odbywają się w godzinach porannych, popołudniowych oraz wieczornych, co stwarza większą dostępność dla różnych odbiorców.

Obok poradni zamieszczono również forum dyskusyjne, jak na razie rozwijające się, traktowane przez użytkowników raczej jako miejsce publikacji ogłoszeń, za to rozbudowane o ciekawą opcję zamieszczenia ankiety on-line.

## NAWIGACJA

Chociaż strona jest dość bogata merytorycznie, zarówno pod względem różnorodności, jak i ilości zamieszczonych materiałów, to miejscami trudno się po niej poruszać.

W każdym dziale znajdują się bezpośrednie linki (na prawym marginesie) do dwóch artykułów oraz przejście do przeglądu wszystkich publikacji. Niestety, przegląd jest nieczytelny: wyświetlają się w nim pełne teksty, widoczne są różnego rodzaju nagłówki i odnośniki, jednak zupełnie nieuporządkowane, przez co ciężko rozróżnić się w logistyce strony.

W „Przeglądzie” wyświetlają się ponadto testy oraz cała baza pomocowa, które przecież stanowią podstrony każdego działu.

W poruszaniu się po treści nie pomagają również zbyt ogólne tytuły, które nie odzwierciedlają zawartości artykułów, sprawiają one raczej wrażenie słów kluczowych, powtarzalnych dla wszystkich tekstów z danej dziedziny.

Być może pomocny byłby dodatkowy podział na sekcje tematyczne wewnątrz działów, co pozwalałoby od pierwszego kontaktu informować o różnych aspektach problemu i zapobiegało ewentualnemu pominięciu ważnych dla odwiedzających materiałów.

Widoczne jest to na przykładzie działu „Inne”, gdzie nie ma wyodrębnionych różnych rodzajów uzależnień, choć jest ich kilka i każdy opisany w odrębnym artykule, w dodatku widocznym dopiero przy eksploracji „Przeglądu”. Autorzy strony planują jednak w najbliższym czasie rozbudowanie działu o subkategorie, m.in. dotyczące jedzenia, tanoreksji i telefonów komórkowych.

Ławo przeoczyć pewne treści również na stronie głównej. Na samej górze na całej szerokości strony zamieszczono animowany banner z krótkimi opisami działów, pod nim odnośniki do poradni i bazy pomocowej, następnie artykuł wstępny „Witamy”, a pod nim linki do filmów-wywiadów, ciekawie zrealizowanych i wartych wyeksponowania, jednak schowanych pod dość obszernym blokiem tekstu.

Na samym dole, i tak długiej strony głównej, zamieszczono jeszcze ramkę z najnowszymi artykułami.



W dobie dostosowywania funkcjonalności pod tablety i organizacji struktury tak, aby wszystkie najważniejsze treści były dostępne jak najkrótszą drogą, tego rodzaju rozrzućność w rozdzielaniu przestrzeni może skutkować po prostu niedotarciem odwiedzającego do dalszych treści, np. do filmów. Problem w tym, że może nie dotrzeć do nich nigdy, co stanowiłoby sporą stratę zarówno dla autorów (nakład ich pracy), jak i dla potencjalnego odbiorcy, omijającego wartościowe materiały.

W tym wypadku najlepszą drogą poruszania się po stronie, tak aby nie ominąć ważnych informacji, wydaje się przejście w danym dziale od razu do przeglądu artykułów i przesłanie ich po kolei.

Trzeba zaznaczyć, że [uzaleznienia.info](http://uzaleznienia.info) to strona „młoda” i jej popularność systematycznie rośnie – z 40 odwiedzających w pierwszym miesiącu działania (kwiecień) do 477 w czerwcu (ponad 760 wizyt). Najpopularniejszymi działami są seksuologia i hazard (2135 i 1850 odsłon). Strona jest promowana w wyszukiwarkach, na różnego rodzaju spotkaniach branżowych oraz bezpośrednio wśród specjalistów.

Ulotka informacyjna dotycząca ograniczania szkód związanych z używaniem narkotyków i alkoholu, przeciwdziałania przemocy oraz promowania bezpieczniejszych zachowań seksualnych (opis na stronach 14-15)

[illegible][illegible]