



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (67) 2014

NR 3

2014

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

SZKOŁA WSPIERAJĄCA UCZNIÓW

Wywiad z Tadeuszem Sławeckim..... 2

Profilaktyka

REFLEKSJE I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PODSTAWY PROGRAMOWEJ SZKOLENIA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

Bogusława Bukowska 6

SPECYFIKA PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W SZKOLE

Anna Borkowska, Dorota Macander 9

CO PROFILAKTYK POWINIEN WIEDZIEĆ O EWALUACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH?

Katarzyna Okulicz-Kozaryn..... 17

„DOPALACZE” CZYLI NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE: SKALA ZJAWISKA I PRZECIWDZIAŁANIE – CZĘŚĆ II

Piotr Jabłoński, Artur Malczewski 23

UŻYWANIE „DOPALACZY”. SYTUACJA W POLSCE NA TLE ZMIAN ZACHODZĄCYCH W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Tomasz Białas, Jacek R. Łuczak 30

Uzależnienia behawioralne

SZACOWANIE SPOŁECZNYCH KOSZTÓW HAZARDU PROBLEMOWEGO I PATOLOGICZNEGO

Zofia Mielecka-Kubień..... 33

Leczenie, redukcja szkód

REORGANIZACJA SYSTEMU MONAR – KIERUNKI ZMIAN

Jolanta Łazuga-Koczurowska 42

KALENDARIUM..... 47

OGŁOSZENIE 48

Internet

PROBLEMATYKA UZALEŻNIEŃ – PISMA BRANŻOWE..... III i IV okładka



SZKOŁA WSPIERAJĄCA UCZNIÓW

Wywiad z Tadeuszem Sławeckim, Sekretarzem Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej.

– W lipcu tego roku Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła” na lata 2014–2016, przedłożoną przez ministra edukacji narodowej. Jakie są cele i zakładane rezultaty tego Programu?

– Przy tworzeniu projektu Programu uwzględniliśmy zalecenia Najwyższej Izby Kontroli z przeprowadzonej przez nią kontroli dotyczącej profilaktyki narkomanii w szkołach, a także wyniki ostatnich badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, ogólnopolskiego badania ankietowego na temat używania alkoholu i narkotyków przez młodzież oraz statystyki prowadzone przez Komendę Główną Policji dotyczące niektórych rodzajów przestępstw i czynów karalnych popełnionych na terenie szkół i placówek oświatowych.

Wnioski z badań i zalecenia z kontroli skłoniły nas do określenia celu głównego jako zwiększenie skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych na rzecz bezpieczeństwa i tworzenia przyjaznego środowiska w szkołach i placówkach. Przy formułowaniu celów szczegółowych Programu za najważniejsze kwestie uznaliśmy: kreowanie zdrowego, bezpiecznego i przyjaznego środowiska szkoły i placówki; zapobieganie problemom i zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży oraz promowanie zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży.

Zakładamy, że realizacja zadań rekomendowanych w Programie zwiększy skuteczność działań wychowawczych i profilaktycznych, a tym samym przyczyni się do wzrostu bezpieczeństwa w szkołach. Efektywne działania, szczególnie w obrębie celu pierwszego, dają szansę na poprawę klimatu społecznego w szkołach, który – jak wskazują badania – jest znaczącym czynnikiem wpływającym na występowanie agresji i przemocy, a także czynnikiem chroniącym przed jej występowaniem. Szkoły ze złą atmosferą są podatnym gruntem dla rozwoju przemocy, natomiast szkoły z dobrą atmosferą skutecznie się przed nią bronią.

Liczymy także na ustabilizowanie się trendów lub zmniejszenie się zakresu i nasilenia problemów i zachowań problemowych dzieci i młodzieży, w tym: zmniejszenie poziomu agresji i przemocy, cyberprzemocy, podniesienie umiejętności uczniów w zakresie prawidłowego funkcjonowania w środowisku cyfrowym, w szczególności w środowisku tzw. nowych mediów, ustabilizowanie trendów lub zmniejszenie zjawiska używania substancji psychoaktywnych. Od szkół i placówek oczekujemy również większego zaangażowania w zakresie upowszechniania zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży i ich rodziców. W dalszym ciągu kładziemy nacisk na doskonalenie kompetencji wychowawczych rodziców i nauczycieli.

Osiągnięcie zaplanowanych efektów w dużej mierze będzie uzależnione od działań prowadzonych na szczeblu wojewódzkim. W Programie podkreśliśmy, że przyjmowane do realizacji projekty powinny uwzględniać diagnozę problemów, ustalenie przyczyn ich powstania i sposobów rozwiązania, a następnie wyznaczenia adekwatnych zadań, które pozwolą na wyeliminowanie niekorzystnych zjawisk. Podmiot realizujący projekt w ramach Programu musi wziąć pod uwagę własne zasoby i możliwości, a także potencjał środowiska lokalnego. Położyliśmy nacisk na zacieśnienie współpracy z policją, szczególnie w sytuacji przestępstw i wykroczeń popełnianych w szkołach i placówkach oraz w bezpośrednim sąsiedztwie szkół i placówek, ze strażą gminną oraz instytucjami i podmiotami, które mogą wspierać działania szkoły lub placówki w środowisku lokalnym.

– Program kładzie nacisk na profilaktykę pozytywną. Czym różni się ten typ profilaktyki od tradycyjnego podejścia?

– Szkoła od najmłodszych lat kształtuje u dzieci i młodzieży postawy warunkujące odpowiedzialne funkcjonowanie we współczesnym świecie, w tym rozwijając ich świadomość dotyczącą zdrowia i bezpieczeństwa. Szkoły i placówki podejmują działania uwzględniające założenia profilaktyki pozytywnej, które dotyczą pomnażania i wykorzystywania

potencjału ucznia, w przeciwieństwie do działań profilaktyki defensywnej, opartej na kontroli i interwencjach.

Zgodnie z podstawą programową wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, działalność edukacyjna szkoły jest określona przez szkolny zestaw programów nauczania, który obejmuje całą działalność szkoły z punktu widzenia dydaktycznego, program wychowawczy, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym oraz program profilaktyki, który powinien być dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów, a także potrzeb danego środowiska. Treści i działania zawarte w programie wychowawczym i profilaktyki powinny być skierowane nie tylko do uczniów, ale również do ich rodziców, nauczycieli i innych pracowników szkoły. Programy nauczania, program wychowawczy szkoły i program profilaktyki uwzględniają wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej. Natomiast ich przygotowanie i realizacja jest zadaniem całej szkoły i każdego nauczyciela. Profilaktyka przewija się w podstawach programowych wielu przedmiotów i obejmuje treści, których przekaz ma na celu podnoszenie kompetencji psychospołecznych i prozdrowotnych ucznia. Kształtowanie kompetencji ucznia w naturalny sposób zapobiega pojawieniu się niepożądanych sytuacji i zachowań. Przyjmuje się, że skuteczna obrona przed zagrożeniami wymaga także kształtowania przyjaznego środowiska szkoły, które będzie pobudzało do rozwoju, ale również wyznaczało normy i zasady współżycia społecznego. W procesie edukacyjnym i wychowawczym od nauczycieli i wychowawców oczekuje się rozumienia ucznia, jego potrzeb, możliwości, ale także ograniczeń, np. wynikających z niepełnosprawności. Jednocześnie kładzie się nacisk na tworzenie sytuacji, które umożliwią przezwyciężanie trudności, osiąganie celów edukacyjnych i rozwojowych, a tym samym zaspokajanie ważnych potrzeb ucznia. Efekty takiego działania będą stanowić źródło dumy z dokonań i osiągnięć oraz sprzyjać budowaniu wiary we własne możliwości dziecka. Do takich szkół dzieci lubią chodzić, bo wiedzą, że są rozumiane; nauczyciel ma dla nich czas na rozmowę i zawsze mogą liczyć na jego pomoc w trudnych sytuacjach.

– Program opowiada się za podejściem określonym jako profilaktyka zintegrowana. Na czym ona polega?

– Profilaktyka zintegrowana w działalności szkoły łączy się ściśle z realizacją podstawy programowej, a w szczególności edukacji zdrowotnej.

We wstępie do podstawy programowej po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce zapisano, że ważnym zadaniem szkoły podstawowej jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Należy tu dodać, że przez zdrowie, zgodnie z wytycznymi WHO, rozumiemy stan dobrego samopoczucia – dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. Celem edukacji zdrowotnej jest udzielanie dzieciom i młodzieży pomocy w poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać, rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, wzmacnianiu wiary w swoje możliwości, rozwijaniu umiejętności życiowych sprzyjających pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia.

Treści z edukacji zdrowotnej znajdują się na każdym etapie edukacyjnym i zostały uwzględnione w wielu przedmiotach, m.in. w wychowaniu fizycznym, biologii, wychowaniu do życia w rodzinie, wiedzy o społeczeństwie, edukacji dla bezpieczeństwa, przedsiębiorczości, religii, etyce. Przekazywana uczniom wiedza koncentruje się na kluczowych tematach, które mają sprzyjać rozwojowi postaw prospołecznych i prozdrowotnych, a także kształtować umiejętności, umożliwiając im obronę swoich praw i unikanie zagrożeń.

Tak więc zmiana postaw i zachowań nie musi wymagać oddzielnego i obszernego poruszania treści związanych z każdym specyficznym zagrożeniem, np. używania alkoholu, tytoniu, narkotyków, „dopalaczy”, leków. Większe znaczenie przykładamy do promowania pozytywnych kompetencji uczniów.

– Jednym z zakładanych rezultatów realizacji Programu jest „podniesienie jakości i skuteczności działań z zakresu profilaktyki uzależnień w szkołach/placówkach poprzez realizację rekomendowanych programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności”. Na czym ma polegać system rekomendacji?

– Działania wychowawcze i profilaktyczne skierowane do różnych grup odbiorców: uczniów, nauczycieli, rodziców są ukierunkowane na osiągnięcie założonych celów. Efekty tych działań w dużej mierze będą zależeć od zastosowania odpowiednich metod i środków oddziaływania, m.in. od wybranych działań wychowawczych, programów profilaktycznych. Aby mieć gwarancję, że poświęcony czas i zastosowane środki będą racjonalnie wykorzystane, mu-

simy sięgać po programy, które w zewnętrznych badaniach ewaluacyjnych mają potwierdzoną skuteczność. Daje to nam gwarancję, że przy zachowaniu warunków i założeń przedstawionych w Programie – ich realizacja odniesie pożądany skutek. Ośrodek Rozwoju Edukacji, nasza ogólnopolska placówka doskonalenia nauczycieli, wraz z agendami ministra zdrowia – Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Pracownią Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii, uczestniczy w rozbudowie systemu rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego. System rekomendowania programów ma na celu podniesienie jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego (realizowanych m.in. przez nauczycieli) i popularyzację wiedzy na temat metod konstruowania programów.

W szkołach w dalszym ciągu możemy się spotkać z realizacją autorskich programów lub działań profilaktycznych, które nie spełniają standardów jakości, a tym samym nie gwarantują oczekiwanych efektów. Niektóre z nich mogą jedynie pobudzić ciekawość dzieci i spowodować niekorzystny wpływ. Stąd tak ważne jest, jakich narzędzi używamy w działalności profilaktycznej skierowanej do uczniów. Dużą rolę do odegrania mają tutaj samorządy lokalne, które w ramach środków pozyskanych w drodze wydawanych zezwoleń na detaliczną sprzedaż napojów alkoholowych, finansują różnorodne działania i programy profilaktyczne. Warto więc uważnie przyglądać się przedkładanym do dofinansowania projektom i przyjmować do realizacji takie, które gwarantują uzyskanie oczekiwanych efektów. Ministerstwo Edukacji Narodowej rekomenduje upowszechnianie w szkołach i placówkach, przede wszystkim w gimnazjach, programu „Unplugged”, którego autorami jest grupa ekspertów z siedmiu krajów UE – Belgii, Niemiec, Hiszpanii, Grecji, Włoch, Austrii i Szwecji. Jest to program o potwierdzonej skuteczności, adresowany do uczniów w wieku 12-14 lat oraz ich rodziców. Jego celem jest ograniczanie inicjacji używania substancji psychoaktywnych. MEN rekomenduje także wszystkie programy znajdujące się w banku programów rekomendowanych zamieszczonych na stronach internetowych ORE, Krajowego Biura i PARPA. W przyszłym roku planujemy sprawdzić realizację działań z zakresu profilaktyki w szkołach i placówkach, stąd przygotowaliśmy ankietę monitorującą skierowaną do dyrektorów szkół. Umożliwi nam ona zebranie informacji z realizacji działań profilaktycznych podejmowanych corocznie przez

szkoły i placówki. Ankieta będzie także pełnić funkcję edukacyjną poprzez wskazanie dyrektorom szkół i placówek wykazu rekomendowanych programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności, które mogą być realizowane w ramach działalności szkoły i placówki.

– ***Czy program „Bezpieczna i przyjazna szkoła” będzie zarządzany centralnie, regionalnie czy lokalnie?***

– Przewidujemy realizację Programu na dwóch poziomach: centralnym i wojewódzkim. Na poziomie centralnym przy ministrze edukacji narodowej powstanie zespół koordynujący, który będzie pełnić rolę opiniodawczo-doradczą. W jego skład wejdą przedstawiciele ministerstw, które współpracują z resortem edukacji w sprawach szeroko pojętego bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Będą to przedstawiciele: Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Komendy Głównej Policji, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Agencji Rynku Rolnego.

Na poziomie wojewódzkim zadania wynikające z Programu będzie koordynować wojewoda, przy pomocy wojewódzkiego zespołu koordynującego, w skład którego wejdą przedstawiciele m.in. jednostek samorządu terytorialnego, kuratora oświaty, szkół i placówek, poradni psychologiczno-pedagogicznych, wybranych podmiotów właściwych do podejmowania określonych działań, współpracujących ze szkołą i placówką, takich jak: służby sanitarno-epidemiologiczne w terenie, podmioty lecznicze, straż miejska lub gminna, policja, przedstawiciele służb społecznych, kuratorów sądowych, a także organizacji pozarządowych.

W celu zwiększenia skuteczności prac zespołu koordynującego mogą powstawać grupy ekspertów zajmujące się problematyką celów szczegółowych Programu. Ważnym zadaniem zespołu koordynującego będzie m.in. przygotowanie dla wojewody opinii na temat nasilenia na obszarze województwa problemów i zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży w świetle wyników dostępnych badań, m.in. prowadzonych lokalnie, a następnie rekomendowanie wojewodzie priorytetowych zadań do realizacji, które mogą być finansowane lub dofinansowane w ramach Programu.

– ***Jaką rolę mogą odegrać w realizacji Programu organizacje pozarządowe?***

– Organizacje pozarządowe od lat są ważnym partnerem ministra edukacji narodowej w realizacji zadań z zakresu szeroko pojętego bezpieczeństwa. Szkole najskuteczniej mogą pomóc organizacje, instytucje i ludzie, którzy są blisko niej, znają problemy i możliwości środowiska lokalnego. Liczne działania podejmowane przez szkoły i placówki wymagają ekspertów zewnętrznych, niezależnych od dyrektora i organów szkoły lub placówki, np. kiedy trzeba z młodzieżą porozmawiać o ważnych kwestiach zdrowotnych, dojrzenia psychoseksualnego czy też o problemach używania substancji psychoaktywnych. Współpraca szkół i placówek z organizacjami pozarządowymi ma różny charakter. Często wiąże się z informowaniem o oddzielnie podejmowanych działaniach lub zaproszeniem do wspólnych projektów, konsultacjami w ważnych sprawach dla uczniów, tworzeniem wspólnych zespołów inicjatywnych. Może mieć także charakter współpracy finansowej, w przypadku zlecenia organizacji jakiegoś konkretnego zadania, często po przeprowadzonym konkursie ofert.

Warto podkreślić, że Ministerstwo Edukacji Narodowej ma bardzo dobre doświadczenia we współpracy z organizacjami pozarządowymi realizacji zadań z zakresu bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. W roku szkolnym 2012/2013 – Roku Bezpiecznej Szkoły – minister edukacji narodowej zainicjował stworzenie koalicji z organizacjami na rzecz dbałości o sprzyjające rozwojowi i bezpieczne dla uczniów środowisko. Reprezentanci 16 zaproszonych do koalicji organizacji pozarządowych podpisali 5 grudnia 2012 roku list intencyjny, w którym zobowiązali się do prowadzenia działań mających na celu wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa uczniów. Nie oznaczało to koncentrowania się jedynie na zapobieganiu przemocy. Dbałość o bezpieczeństwo i wychowanie miało być rozumiane szeroko, m.in. jako dbanie o sprzyjające rozwojowi i bezpieczne dla uczniów otoczenie, ochrona przed przemocą fizyczną, psychiczną i substancjami psychoaktywnymi, budowanie poczucia bezpieczeństwa poprzez kształtowanie postaw społecznych, uczenie współpracy i odpowiedzialności za siebie i innych oraz promowanie wolontariatu. Podpisując list intencyjny, koalicjanci zadeklarowali także gotowość do współpracy przy planowanych w przyszłości projektach. Owocna współpraca została nawiązana m.in. z: Fundacją Banku Ochrony Środowiska, Fundacją Dzieci Niczyje, Fundacją Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii, Związkiem Harcerstwa Polskiego, Komitetem Praw Dziecka, Stowarzyszeniem MONAR. Istotnym elementem tej inicjatywy było uruchomienie portalu Roku Bezpiecznej Szkoły,

który ma formułę otwartą. Członkowie Koalicji, w ramach przysługujących im praw autorskich, zobowiązali się do przekazywania Ministerstwu Edukacji Narodowej materiałów edukacyjnych i informacyjnych o podejmowanych działaniach na rzecz wzmacniania poczucia bezpieczeństwa uczniów. Ogółem organizacje zamieściły 107 projektów działań, które mogą realizować ze szkołami oraz propozycje 173 programów i materiałów informacyjno-edukacyjnych do wykorzystania w szkołach.

– Jak jest finansowany program „Bezpieczna i przyjazna szkoła”; w jaki sposób będzie można uzyskać dofinansowanie projektów składanych w ramach Programu? Jaki jest oczekiwany poziom wkładu własnego?

– Działania zaplanowane w Programie będą finansowane ze środków rezerwy celowej budżetu państwa. W bieżącym roku jest to kwota 6 mln złotych.

Na poziomie centralnym zadania będą dofinansowane w ramach udzielanych dotacji oraz zakupu usług i realizowane przez organizacje pozarządowe i podmioty wyłonione w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych.

Część zadań Programu będzie realizowanych we współpracy międzyresortowej z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Komendą Główną Policji, w tym program Profilaktyka a Ty/ Edukacja (PaT/E). W tym roku projekt będzie realizowany w województwach wielkopolskim, mazowieckim i śląskim. Na poziomie wojewódzkim po podjęciu decyzji o rodzajach zadań, które będą realizowane, zainteresowane jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe będą mogły przystąpić do konkursów. W regulaminie konkursów zostaną zawarte wszystkie warunki i oczekiwania wobec podmiotów, które do nich przystąpią. Ministerstwo Edukacji Narodowej planuje ogłosić dwa konkursy skierowane do organizacji pozarządowych na zadania realizowane w okresie trzyletnim. Zadania będą zlecone w formie wsparcia, stąd wnioskodawca będzie zobowiązany zapewnić wkład własny w wysokości minimum 20% całkowitej wartości zadania, uwzględniający wkład rzeczowy, osobowy, w tym świadczenia wolontariuszy i pracę społeczną członków. Zainteresowanych zapraszamy do śledzenia na stronie internetowej MEN Biuletynu Informacji Publicznej, w którym zostaną zamieszczone ogłoszenia o konkursach.

– Dziękuję za rozmowę.

Opracowanie podstawy programowej kształcenia osób, które chcą profesjonalnie zajmować się profilaktyką, w szczególności profilaktyką uzależnień, i przeprowadzenie pierwszego pilotażowego szkolenia to cele rozpoczętego właśnie przez Fundację Praesterno projektu PROFNET¹. Po jego zakończeniu wszystkie opracowane materiały będą dostępne w domenie publicznej. Oznacza to, że każdy zainteresowany będzie mógł prowadzić szkolenia z wykorzystaniem opracowanej przez Fundację koncepcji i materiałów, bez konieczności starania się o zgodę na ich używanie.

REFLEKSJE I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PODSTAWY PROGRAMOWEJ SZKOLENIA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

Bogusława Bukowska

Zastępca Dyrektora w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Czy istnieje potrzeba rozwijania szkoleń w dziedzinie profilaktyki uzależnień?

Inicjatywa podjęta przez Fundację Praesterno prowokuje do zadania pytania: czy istnieje potrzeba szkolenia osób zajmujących się profilaktyką uzależnień i czy rozwiązania obowiązujące w Polsce w tym obszarze, a właściwie ich brak, to korzystna sytuacja?

Obecnie w Polsce każdy może być profilaktykiem, nie jest wymagane spełnienie żadnych kryteriów dotyczących przygotowania zawodowego. Część osób zajmujących się profilaktyką to pedagodzy lub psycholodzy. Wśród profilaktyków znajdują się także osoby, które ukończyły inne kierunki studiów, w mniejszym stopniu przygotowujące do tego typu pracy.

Jeśli przyjąć, że współczesna profilaktyka zachowań problemowych dzieci i młodzieży opiera się na szerokim zakresie wiedzy wynikającej z badań naukowych oraz określonych umiejętnościach służących skutecznemu pomaganiu i porozumiewaniu się z drugim człowiekiem, to należy zaakceptować fakt, że powinny istnieć systemy umożliwiające zastosowanie tej wiedzy w praktyce. Dobrze zaplanowane szkolenie może pełnić tę rolę. Na marginesie warto zauważyć, że Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie dopracowało się, jak dotąd, podstawy programowej kształcenia studentów nauk społecznych w zakresie profilaktyki uzależnień lub zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Niektóre uczelnie, mające kierunki pedagogiczne lub psychologiczne, kształcą w tej dziedzinie „na własną rękę”, każdorazowo dostosowu-

jąc program kształcenia do umiejętności i kompetencji zawodowych wykładowcy. Kilkanaście uczelni w Polsce oferuje również studia podyplomowe w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień lub profilaktyki i resocjalizacji. O tym, że istnieje zapotrzebowanie na tego typu szkolenie wskazują także doświadczenia z systemu szkoleń w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków. Niekiedy trafiają na nie osoby, które przede wszystkim chcą się zajmować profilaktyką i z braku odpowiedniej oferty kształcenia decydują się na podjęcie szkolenia w dziedzinie terapii, mając nadzieję, że choć częściowo zagadnienia profilaktyki znajdą odzwierciedlenie w treściach programowych szkolenia dla terapeutów uzależnień.

W pierwszym roku realizacji szkoleń w dziedzinie uzależnień do Krajowego Biura wpłynęło nawet formalne zapytanie i zarazem sugestia jednego z podmiotów szkolących, aby ukończenie szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych uprawniało do posługiwania się nie tylko tytułem specjalisty/instruktora terapii uzależnień, ale także specjalisty/instruktora profilaktyki. Choć od tamtego czasu minęło kilkanaście lat, to sytuacja zasadniczo się nie zmieniła. Nadal nie ma oferty profesjonalnego szkolenia w dziedzinie profilaktyki uzależnień i nadal na szkolenia dla terapeutów uzależnień zgłaszają się osoby, dla których główny obszar działania to profilaktyka zachowań problemowych dzieci i młodzieży.

Podstawa programowa szkolenia

Przygotowanie podstawy programowej szkolenia w obszarze profilaktyki to dość duże wyzwanie. Odwołując się

do doświadczeń z tworzenia systemu szkoleń w zakresie terapii uzależnienia od narkotyków elementem bardzo pomocnym było powołanie zespołu ekspertów. W jego składzie znaleźli się zarówno praktycy z wieloletnim doświadczeniem w terapii uzależnienia, wywodzący się z najważniejszych organizacji pozarządowych działających w tym obszarze w Polsce, jak i wykładowca akademicki, którego udział w całym procesie tworzenia systemu szkoleń był bardzo pomocny, nie tylko z racji posiadanej szerokiej wiedzy teoretycznej, ale także z uwagi na możliwość zewnętrznego, neutralnego oglądu i oceny sytuacji. Opinia zewnętrznego eksperta była szczególnie użyteczna wówczas, gdy w ferworze dyskusji członkowie zespołu ekspertów mieli trudność w znalezieniu kompromisowych rozwiązań. Ważne byłoby, żeby podstawa programowa kształcenia w dziedzinie profilaktyki powstała jako rezultat dyskusji grupy specjalistów o wszechstronnej wiedzy i doświadczeniu, w tym pracowników naukowych.

W ostatnich 30-40 latach za sprawą licznych badań zostały określone podstawy wiedzy na temat przyczyn zachowań problemowych i skutecznych działań profilaktycznych. Sprawą dużej wagi jest, aby tę wiedzę ująć w programie planowanego szkolenia. Udział w pracach nad podstawą programową osób kompetentnych ze środowiska akademickiego będzie pomocny w spełnieniu tego postulatu. Warto też dodać, że aby program szkolenia był kompletny, należy zadbać o przygotowanie wykazu lektur, których znajomość dla przyszłych profilaktyków byłaby obowiązkowa. Od kilku lat obserwuje się wzmożoną podaż książek na temat profilaktyki, w szczególności profilaktyki zachowań problemowych. Ich wartość jest zróżnicowana. Opracowanie listy lektur mogłoby sprzyjać wdrażaniu tych praktyk profilaktycznych, które są wartościowe i zasługują na szerokie upowszechnienie.

Adresaci szkolenia

Podczas specjalnego seminarium zorganizowanego w czerwcu tego roku przez Fundację Praesterno uczestnicy zastanawiali się zarówno nad zakresem wiedzy i umiejętności niezbędnych dla osób prowadzących oddziaływanie profilaktyczne, jak i nad grupą docelową szkolenia. W trakcie dyskusji zwrócono uwagę, że istnieje duża potrzeba kształcenia nie tylko osób bezpośrednio pracujących z odbiorcami działań profilaktycznych, głównie młodzieżą, ale także decydentów, którzy są

odpowiedzialni za organizację i finansowanie działań profilaktycznych. Do tej ostatniej grupy należy zaliczyć m.in.: działaczy samorządowych i urzędników, dyrektorów szkół i placówek oświatowych, niejednokrotnie decydujących o kształcie oddziaływań profilaktycznych podejmowanych w ich placówkach, czy też przedstawiciele instytucji centralnych, posiadających w swoich kompetencjach planowanie działań profilaktycznych. I choć obecny projekt będzie się koncentrować na bezpośrednich wykonawcach działań profilaktycznych, to być może realizatorom udałoby się opracować dodatkowy moduł edukacyjny adresowany do decydentów, który poddany pilotażowi, mógłby stanowić cenne uzupełnienie projektu.

Czas trwania szkolenia

Ważnym zagadnieniem przy opracowywaniu jakiegokolwiek programu szkolenia pozostaje znalezienie równowagi pomiędzy planowanym czasem trwania szkolenia (liczbą godzin) i jego potencjalnymi kosztami a możliwością nabycia optymalnego zakresu wiedzy i umiejętności. Doświadczenie tworzenia systemu szkolenia w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków pokazało, że nie jest to łatwe zadanie. Podczas dyskusji o kształcie programu dla terapeutów uzależnień eksperci byli poddawani pokusie rozszerzania programu szkolenia o kolejne ważne zagadnienia. Gdyby uwzględnić wszystkie zgłaszane w toku prac tematy, to realizacja programu szkolenia trwałaby nie dwa, a co najmniej cztery lata. Dlatego umiejętność analitycznego spojrzenia na zawartość programu i wyboru najważniejszych treści jest istotna. W pracach nad przygotowaniem podstawy programowej ważna jest też zdolność „pójścia na kompromis” i uważnego wsłuchania się w argumenty zgłaszane przez specjalistów. W osiągnięciu kompromisu istotną rolę może pełnić osoba wywodząca się spoza środowiska praktyków, która w sytuacjach nieuniknionych sporów o zawartość programu może pełnić rolę neutralnego doradcy, pod warunkiem wszakże posiadania szerokiej wiedzy w tym zakresie. Znalezienie równowagi pomiędzy koniecznymi nakładami (czas trwania programu, jego koszty) a rezultatami szkolenia (przyrost wiedzy i umiejętności) jest także ważne w kontekście troski o wdrażanie szkolenia w przyszłości. Programy zbyt długie, wymagające dużego zaangażowania i związane z wysokimi kosztami mają mniejsze szanse na upowszechnienie.

Promocja szkolenia

Intencją Fundacji Praesterno jest opracowanie modelowego programu szkolenia, jego pilotażowe przeprowadzenie, a następnie szerokie udostępnienie produktu w postaci „modułu szkoleniowego” innym zainteresowanym podmiotom. Warto jednak rozważyć możliwość wdrożenia w przyszłości innych alternatywnych rozwiązań.

Doświadczenia z obszaru terapii i rehabilitacji wskazują, że prawne usankcjonowanie systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii spowodowało ujednoczenie standardów kształcenia dla terapeutów uzależnień i zbudowało infrastrukturę dla jego realizacji. Obecnie absolwent szkolenia w zakresie uzależnienia od narkotyków powinien posiadać wiedzę i nabyć umiejętności określone przez ministra zdrowia w ramowym programie szkolenia², które pełni *de facto* rolę podstawy programowej. Zanim w 2002 roku uregulowano kwestię szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków, każdy szkolił, jak chciał, z dowolnego zakresu i często bez refleksji, które treści programowe są istotne. Taki sposób kształcenia sprzyjał przede wszystkim replikacji dotychczasowych praktyk terapeutycznych niż kreowaniu nowych, wyższych standardów.

W kontekście proponowanego szkolenia w dziedzinie profilaktyki uzależnień można zastanowić się nad formułą jego wdrażania. Jedną drogą to wprowadzenie odpowiednich zmian sankcjonujących szkolenie w dziedzinie profilaktyki uzależnień/zachowań problemowych dzieci i młodzieży w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i/lub ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Wydaje się, że taka „droga” byłaby obecnie trudna do przeprowadzenia, a być może nawet niemożliwa, w kontekście obserwowanego trendu deregulacji zawodów.

Inna, alternatywna formuła to wpisanie opracowanego programu szkolenia w dziedzinie profilaktyki uzależnień do banku programów rekomendowanych prowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, PARPA, Ośrodek Rozwoju Edukacji MEN oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii³ i jego wypromowanie jako dobrej praktyki w obszarze przygotowania do wykonywania zadań profilaktyka uzależnień.

Jak pokazują pewne przykłady, uzyskanie „marki” przez realizowany cyklicznie projekt jest możliwe. Przykładem mogą być szkolenia realizowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, które nie są usankcjonowane

prawnie, a jednak liczą się na rynku szkoleń. Innym przykładem, tym razem z obszaru badań, jest międzynarodowy program badań szkolnych ESPAD, który choć nie jest wpisany do żadnych przepisów prawa, to jest ceniony i realizowany przez wiele podmiotów zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Europy.

Podsumowanie

Inicjatywa podjęta przez Fundację Praesterno wpisuje się w istniejącą lukę w obszarze kompleksowych szkoleń dla osób pragnących zajmować się profilaktyką zachowań problemowych, w tym profilaktyką uzależnień. Obecny brak regulacji w tym względzie sprzyja sytuacji, w której profilaktyką mogą zajmować się osoby niedostatecznie przygotowane do prowadzenia tego typu działań. Zważywszy na fakt, że działania profilaktyczne dotyczące problemów alkoholowych i narkotykowych są ważną częścią polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia publicznego, sytuacja taka musi budzić zastrzeżenia.

Odwolując się do doświadczeń zgromadzonych w procesie opracowywania systemu szkoleń w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków warto, aby realizatorzy szkoleń dla profilaktyków zwrócili uwagę na takie kwestie, jak: odpowiednie dobranie treści podstawy programowej przez zespół ekspertów w dziedzinie profilaktyki, utrzymanie równowagi pomiędzy czasem szkolenia, zakresem kluczowych i niezbędnych umiejętności profilaktyka a kosztami szkolenia. Odrębną kwestią pozostaje, w jaki sposób optymalnie wykorzystać program szkoleniowy, gdy zostanie on już przygotowany i pilotażowo sprawdzony. Jeśli program pomyślnie przejdzie ewaluację pilotażowego wdrożenia, szkoda byłoby, gdyby pozostał tylko „jaskółką” zapowiadającą ciekawe, ale niespełnione perspektywy.

Przypisy

¹ „PROFNET. Wsparcie organizacji pozarządowych realizujących profilaktykę uzależnień” jest realizowany od kwietnia 2014 r. przez Fundację Praesterno, w partnerstwie z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Wydziałem Psychologii UW oraz Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii. Projekt uzyskał dotację w ramach II edycji programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tzw. Funduszy EOG), wdrażanego przez Fundację im. Stefana Batorego w partnerstwie z Polską Fundacją Dzieci i Młodzieży (www.profnet.org.pl).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. Nr 132, poz. 931).

³ Więcej informacji na temat bazy programów rekomendowanych znajduje się na stronie internetowej www.kbpn.gov.pl.

W systemowym podejściu do profilaktyki, szczególnie w zapobieganiu uzależnieniom, warto pamiętać, że ważne jest skoordynowane działanie we wszystkich obszarach funkcjonowania jednostki. Kierując różnorodne działania profilaktyczne tylko do jednostki, musimy się liczyć z ich ograniczoną skutecznością, należy więc uwzględniać wszystkie czynniki i zaplanować oddziaływanie na te, które są modyfikowalne w konkretnej sytuacji (adekwatność oddziaływań).

SPECYFIKA PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W SZKOLE

Anna Borkowska, Dorota Macander
Ośrodek Rozwoju Edukacji

Wśród profilaktyków popularnością cieszą się naukowe teorie dotyczące przyczyn zachowań jednostki, a szczególnie zachowań problemowych i ryzykownych. Badania prowadzone przez m.in. J.D. Hawkinsa, R.R. Catalano czy G.B. Baxley pozwoliły ustalić, jakie czynniki potencjalnie wpływają na stan zdrowia psychicznego i stopień przystosowania, szczególnie u dzieci, określając je jako czynniki chroniące lub czynniki ryzyka, w zależności od ich właściwości. Możemy je zaobserwować w samej jednostce (czynniki indywidualne), w jej rodzinie, szkole, społeczności lokalnej i w szerszym środowisku (kulturowe, ekonomiczne). Wymieniane przez badaczy „cechy, sytuacje, warunki, czyli właściwości”¹ pogrupowano i odwołując się do dorobku ekologii, wyjaśniano ich oddziaływanie w specyficznym ekosystemie. Poszczególne elementy

Ryc. 1. Ekologiczny model rozwoju zachowań ryzykownych i model profilaktyki



Źródło: J. Garbarino, 1985; R. Jessor, 1993.

tego ekosystemu: jednostka, rodzina, otoczenie społeczne i szeroko pojęte środowisko są powiązane wzajemnymi relacjami i oddziaływaniami, tworząc z kolei swoiste podsystemy – kręgi. Ilustracją takiego podejścia jest *ekologiczny model profilaktyki*.

Im bliższy jednostce krąg, tym większa siła jego oddziaływania. W systemowym podejściu do profilaktyki, szczególnie w zapobieganiu uzależnieniom, warto pamiętać, że ważne jest skoordynowane działanie we wszystkich obszarach (kręgach) funkcjonowania jednostki. Kierując różnorodne działania profilaktyczne tylko do jednostki, musimy się liczyć z ich ograniczoną skutecznością, należy więc uwzględniać wszystkie czynniki i zaplanować oddziaływanie na te, które są modyfikowalne w konkretnej sytuacji (adekwatność oddziaływań).

Profilaktyka – w tym uzależnień – rozumiana jako „proces korygujący niedostatki wychowania” (Gaś, 2006), powinna polegać na:

- wspieraniu dziecka w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu,
- ograniczaniu/likwidowaniu czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój i dezorganizują zdrowy styl życia,
- inicjowaniu/wzmacnianiu czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu.

Skuteczne zapobieganie zachowaniom ryzykownym, jak np. używaniu substancji psychoaktywnych, i rozwiązywanie problemów dzieci i młodzieży wymaga współpracy wielu osób i instytucji. Przeciwdziałanie i wczesne wykrywanie sięgania po substancje psychoaktywne ma bowiem ogromne znaczenie dla zmiany zachowania i postaw nastolatków. Może zapobiegać doraźnym problemom zdrowotnym i społecznym czy powstrzymać eksperymentujących przed przejściem na następny etap – celowego zażywanie

narkotyków². Dlatego ważne jest, aby rodzice, nauczyciele bądź dorośli opiekunowie nie ignorowali żadnych sygnałów, które mogą wskazywać na kontakty młodzieży z środkami odurzającymi i wcześniej podejmowali działania interwencyjne.

Do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii w Polsce zobowiązane są odpowiednie organy administracji rządowej, instytucje przez nie nadzorowane oraz samorządy lokalne, natomiast uprawnionymi do ww. działań są organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia), organizacje kościelne czy związki samopomocy³.

Miejscem oddziaływań profilaktycznych jest najczęściej szkoła lub placówka oświatowo-wychowawcza, w których dzieci i młodzież spędzają najwięcej dobowego czasu swojej aktywności. Ilość czasu i częstotliwość spotkań ze znaczącymi osobami dorosłymi – nauczycielami, jest nie do przecenienia. Warto również pamiętać, że szkoła i inne placówki systemu oświaty mają ściśle określone kompetencje w zakresie profilaktyki uniwersalnej oraz udzielania pomocy uczniom zagrożonym uzależnieniem. Realizatorami działań profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży są więc nauczyciele/wychowawcy, szkolni specjaliści i/lub „zewnątrzni” profilaktycy-trenerzy programów profilaktycznych lub animatorzy/organizatorzy różnorodnych zajęć o charakterze profilaktycznym.

Standardy szkolnej profilaktyki uzależnień

Zgodnie z prawem oświatowym, działania profilaktyczne szkół i placówek powinny mieć postać rozwiązań systemowych wpisanych do programu profilaktyki, który szkoła jest zobowiązana opracowywać i realizować. Zadania szkoły z obszaru profilaktyki zachowań problemowych nie mogą ograniczać się zatem do okazjonalnego wdrażania pojedynczych programów psychoprofilaktycznych czy jednorazowych akcji, powinny też spełniać podstawowe standardy jakości. Warto przyjrzeć się podstawowym wymaganiom, jakie powinna spełniać szkolna profilaktyka ukierunkowana na zapobieganie zachowaniom ryzykownym dzieci i młodzieży.

Działanie systemowe

Działania profilaktyczne realizowane w szkole powinny być elementem szerszego systemu działań zapobiegawczych

szkoły zapisanych w szkolnym programie profilaktyki i być ukierunkowane na:

- wspomaganie ucznia w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi;
- ograniczanie i likwidowanie czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój ucznia;
- inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają rozwojowi i zdrowemu życiu uczniów.

Dobrze skonstruowany szkolny program profilaktyki zawiera opis wszystkich zaplanowanych celowych działań zapobiegawczych dostosowanych do potrzeb rozwojowych uczniów oraz rzeczywistych problemów i potrzeb szkoły. Jego celem jest przeciwdziałanie wszelkim zagrożeniom, a odbiorcami działań profilaktycznych są wszyscy członkowie społeczności szkolnej (uczniowie, rodzice, nauczyciele, pozostały personel szkoły). Podstawą jego opracowania powinna być ocena potrzeb i zasobów szkoły (kadra, działania, organizacja) oraz głównych zagrożeń w zakresie czynników ryzyka oraz nasilenia zachowań problemowych. Program profilaktyki to pojęcie bardzo szerokie, obejmujące różnorodne działania. Mogą znaleźć się tutaj samodzielne programy, ale również określone wymogi dotyczące zachowania uczniów i nauczycieli lub działania prozdrowotne czy procedury reagowania w sytuacjach kryzysowych. Programy profilaktyczne, nazywane też psychoedukacyjnymi, stanowią tylko element większej gamy oddziaływań prewencyjnych szkoły. Ich realizatorzy powinni zadbać, aby nie były one jednorazowym działaniem, ale wpisywały się w długofalowe działania profilaktyczne obejmujące cały czas nauki szkolnej i były częścią procesu pozwalającego na systematyczne rozwiązywanie istniejących problemów.

Wspomaganie wychowania

Szkoła realizuje swoją misję poprzez trzy nierozłączne, uzupełniające się programy: program nauczania, program wychowawczy oraz program profilaktyki. Profesjonalnie realizowana profilaktyka powinna wspierać wychowanie oraz nauczanie i wpisywać się w cele i działania dydaktyczne i wychowawcze szkoły.

Intensywne działania profilaktyczne potrzebne są zwłaszcza tam, gdzie wychowanie okazało się nieskuteczne i pojawiły się zagrożenia dla prawidłowego procesu wychowawczego. Jednym z głównych zadań profilaktyki szkolnej powinno być zatem wspomaganie realizacji celów wychowawczych

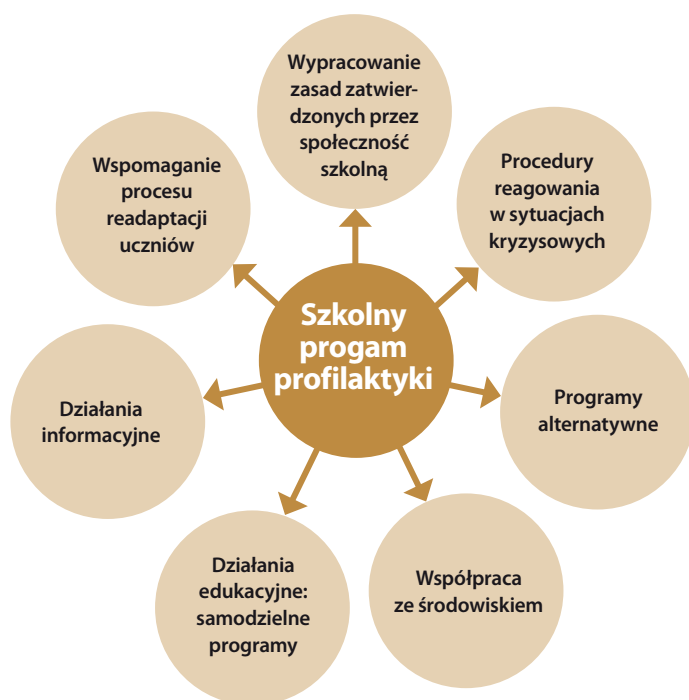
szkoły poprzez uzupełnianie deficytów wartości, norm i umiejętności życiowych powstałych u dzieci w procesie wychowania. Projektując działania profilaktyczne kierowane do dzieci i młodzieży, należy odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie cele nie tylko profilaktyczne, ale także wychowawcze możemy osiągnąć dzięki ich realizacji; jakie korzyści odniosą uczestnicy, jaką zdobędą wiedzę, jakie poznają wartości i normy, jakie posiadają umiejętności, które pozwolą im lepiej radzić sobie w życiu, w tym radzić sobie z różnymi zagrożeniami?

Bezpieczeństwo uczestników

Działania profilaktyczne przede wszystkim powinny zapewniać bezpieczeństwo uczestnikom i nie powodować szkód. Nie mogą być raniące, naruszające godność, system wartości i wrażliwość uczestników. Autorzy i realizatorzy programów powinni posiadać specjalistyczną wiedzę, a także przestrzegać norm etycznych i zasad zawodowych, takich jak:

- respektowanie podmiotowości uczestników programu poprzez pozyskiwanie ich zgody na udział w zajęciach,
- poszanowanie ich godności i indywidualności,
- ochrona prywatności i zapewnienie dyskrecji,

Ryc. 2. Schemat szkolnego programu profilaktyki.



Źródło: J. Garbarino; 1985; R. Jessor, 1993.

- niestosowanie technik, które naruszają mechanizmy obronne osobowości (terapeutycznych, psychomanipulacyjnych).

Podobne wymagania stawia się wszelkim programom, jednak w przypadku programów szkolnych nabierają one szczególnego znaczenia z uwagi na specyfikę grupy, do której są kierowane. Dzieci i młodzież to grupa szczególnie wrażliwa ze względu na niezakończony jeszcze proces dojrzewania zarówno emocjonalnego, jak i poznawczego. Źle skonstruowany czy źle dobrany program może spowodować więcej szkód u dzieci niż u osób dorosłych. Z tego względu bardzo ważnym wymaganiem jest uwzględnianie wieku, poziomu rozwoju i stopnia wrażliwości młodych adresatów programu. Nieznajomość psychologicznego portretu młodszego dziecka czy nastolatka, połączona z nieznajomością metodyki pracy z określoną grupą wiekową, może spowodować, że słuszne w zamierzeniu działanie przyniesie poważne straty lub będzie co najmniej nieskuteczne.

Adekwatność

Działania profilaktyczne powinny być maksymalnie dostosowane do rozpoznanych potrzeb i problemów, a także do stopnia zagrożenia i możliwości rozwojowych uczniów. Realizowane w szkole programy powinny dotyczyć zagrożeń rzeczywiście występujących w danej grupie lub środowisku. Muszą się zatem opierać nie tylko na danych epidemiologicznych zbieranych z terenu całego kraju, ale też na diagnozie środowiskowej wskazującej na zasięg i lokalną dynamikę problemów.

Programy powinny być dostosowane do rozpoznanego stopnia zagrożenia. Szkoła jest miejscem realizacji głównie profilaktyki uniwersalnej, adresowanej do grup niskiego ryzyka, błędem jest więc często spotykane w szkołach wdrażanie, bez niezbędnej adaptacji, programów przeznaczonych dla grup wysokiego ryzyka, np. dla narkomanów. Duże znaczenie ma także wybór momentu, w którym należy wprowadzić problematykę dotyczącą określonego zagrożenia. Najczęściej zaleca się podejmowanie działań profilaktycznych tuż przed statystycznym wiekiem inicjacji. Zbyt późne wprowadzanie działań zapobiegawczych będzie nieefektywne. Z kolei zbyt wczesne omawianie niektórych zagrożeń może podsuwać dzieciom pomysły „ciekawych” eksperymentów.

Umocowanie profilaktyki w prawie oświatowym

Wszyscy dorośli prowadzący zajęcia profilaktyczne z uczniami powinni znać podstawę prawną tych działań w szkole, czyli przepisy, które uprawomocniają ich prowadzenie na terenie szkoły i ogólnie mówią obligują szkołę do przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, jak również podejmowania interwencji.

Poniżej przedstawiamy wybrane przez nas akty prawne – ustawy i rozporządzenia oraz wyszczególniamy odpowiednie paragrafy ważne dla poruszanego w artykule tematu.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2012 r., poz. 977 z późn. zm.).

Załącznik nr 4

[...]

Działalność edukacyjna szkoły jest określona przez:

- 1) szkolny zestaw programów nauczania, który uwzględniając wymiar wychowawczy, obejmuje całą działalność szkoły z punktu widzenia dydaktycznego;
- 2) program wychowawczy szkoły, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym;
- 3) program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym.

Szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy szkoły oraz program profilaktyki tworzą spójną całość i muszą uwzględniać wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej. Ich przygotowanie i realizacja są zadaniem zarówno całej szkoły, jak i każdego nauczyciela. Obok zadań wychowawczych i profilaktycznych nauczyciele wykonują również działania opiekuńcze odpowiednio do istniejących potrzeb.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz.U. z 2003 r. Nr 26, poz. 226).

§ 1. Szkoły i placówki systemu oświaty rozwijają działania wychowawcze i zapobiegawcze wśród dzieci i młodzieży, u których zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza wysokie prawdopodobieństwo

powstania zależności od środków odurzających lub substancji psychotropowych albo którzy sporadycznie używają środków odurzających lub substancji psychotropowych, lub środków zastępczych, zwanych dalej „zagrożonymi uzależnieniem”.

§ 9. Szkoły i placówki podejmują działania interwencyjne polegające na powiadomieniu rodziców i Policji w sytuacjach kryzysowych, w szczególności gdy dzieci lub młodzież używają, posiadają lub rozprawdzają środki lub substancje, o których mowa w § 1.

§ 10. Szkoły i placówki opracowują, zgodnie ze statutem, strategię działań wychowawczych i zapobiegawczych oraz interwencyjnych wobec dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, która uwzględnia w szczególności:

[...]

- 3) określenie zadań wszystkich pracowników szkoły w zakresie pomocy dzieciom i młodzieży, zagrożonych uzależnieniem;
- 4) procedury postępowania w sytuacjach szczególnych zagrożeń związanych ze środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, z uwzględnieniem zadań osób podejmujących interwencje;
- 5) współpracę z rodzicami w zakresie działań wychowawczych i zapobiegawczych, prozdrowotnych oraz interwencyjnych;
- 6) aktywny udział dzieci i młodzieży w zajęciach profilaktycznych i w zajęciach umożliwiających, alternatywne wobec zachowań ryzykownych, zaspokajanie potrzeb psychicznych i społecznych;

[...]

- 9) sposób współdziałania pracowników szkoły ze służbą zdrowia i Policją w sytuacjach wymagających interwencji;
- 10) współpracę z różnymi instytucjami, w szczególności organizacjami pozarządowymi, wspierającymi działalność szkół i placówek w zakresie rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży;
- 11) wspieranie dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, rozwijanie ich poczucia własnej wartości oraz motywowanie do podejmowania różnych form aktywności, w tym aktywności pozaszkolnej, zaspokajających ich potrzeby psychiczne i społeczne, rozwijających zainteresowania i umiejętności psychospołeczne;
- 12) wewnątrzszkolne doskonalenie nauczycieli w zakresie profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży oraz sposobu podejmowania wczesnej interwencji w sytuacji zagrożenia uzależnieniem;

[...]

§ 11. Szkoły i placówki współdziałają z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, poradniami zdrowia psychicznego i innymi specjalistycznymi działającymi na rzecz rozwijania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2013 r., poz. 532).

§ 3.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia, wynikających w szczególności:

[...]

- 2) z niedostosowania społecznego;
- 3) z zagrożenia niedostosowaniem społecznym;

[...]

- 10) z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;

[...]

2. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana w przedszkolu, szkole i placówce rodzicom uczniów i nauczycielom polega na wspieraniu rodziców i nauczycieli w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijaniu ich umiejętności wychowawczych w celu zwiększania efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów.

§ 5.1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczną organizuje dyrektor przedszkola, szkoły i placówki.

[...]

3. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest organizowana i udzielana we współpracy z:

- 1) rodzicami uczniów;
- 2) poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, zwanymi dalej „poradniami”;
- 3) placówkami doskonalenia nauczycieli;
- 4) innymi przedszkolami, szkołami i placówkami;
- 5) organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

§ 7.1. W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz w formie:

[...]

- 4) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym;

[...]

- 6) warsztatów;
- 7) porad i konsultacji.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 199).

§ 2. Do zadań poradni należą:

[...]

- 3) Realizowanie zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych.

§ 9.1. Realizowanie przez poradnie zadań, o których mowa w § 2 pkt 3, polega w szczególności na:

[...]

- 4) udzielaniu nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych lub specjalistom, o których mowa w § 5 ust. 2, pomocy w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych;
- 5) podejmowaniu działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży;

Profilaktyk powinien również znać następujące ustawy:

- Ustawę z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 z późn. zm.),
- Ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r., poz. 124),
- Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2007 r. Nr 70, poz. 473),
- Ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.),
- Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2002 r. Nr 11, poz. 109 z późn. zm.).

Skuteczność

Programy realizowane w ramach profilaktyki szkolnej, adresowane do dzieci i młodzieży, muszą uwzględniać wiedzę z zakresu psychologii rozwojowej (wiek i poziom rozwoju uczestników). Powinny być również zgodne z aktualnym stanem wiedzy z dziedziny, której dotyczą oraz wykorzystywać wiedzę dotyczącą sprawdzonych strategii, form i metod oddziaływania właściwych dla młodych odbiorców.

W pracy z dziećmi i młodzieżą za szczególnie skuteczne uważa się takie strategie, jak:

- korekta przekonań normatywnych dotyczących rozpowszechnienia i akceptacji dla zachowań problemowych,
- ćwiczenie najważniejszych umiejętności życiowych (psychologicznych i społecznych),
- przekazywanie rzetelnej i adekwatnej wiedzy o konsekwencjach zachowań problemowych, których dotyczy program,
- stwarzanie możliwości (okazji) do osiągnięcia satysfakcji z własnej konstruktywnej aktywności i zdobywania dobrych doświadczeń osobistych w relacjach z innymi ludźmi.

Współczesna psychoprofilaktyka zdecydowanie odchodzi od akcji i prelekcji prowadzonych przez zaproszonych ekspertów z zewnątrz na rzecz długofalowych, stałych działań na terenie szkoły czy placówki. Z badań wynika, że krótkie, okolicznościowe działania są nieskuteczne, a wręcz szkodliwe. Niekiedy mogą nawet rozjątrzać problem, któremu chcą przeciwdziałać.

Nie znaczy to, iż należy zupełnie zrezygnować z wprowadzania do programów dla dzieci i młodzieży strategii informacyjnych, jednak autorzy i realizatorzy powinni uwzględniać warunki, które podnoszą skuteczność tych strategii. Przede wszystkim informacje przekazywane uczniom w programach psychoedukacyjnych muszą być dostosowane do poziomu rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego adresata, do jego możliwości percepcyjnych. Powinny być to informacje rzetelne i rzeczowe. Odwoływanie się do emocji, np. straszenie, może powodować reakcje obronne i odrzucanie zagrażających informacji lub też pobudzać ciekawość. Informacje dotyczące zagrożeń nie powinny być zbyt szczegółowe, aby nie stanowiły instruktażu nieprawidłowych zachowań.

Skuteczność działań profilaktycznych adresowanych do uczniów podnosi włączanie do programów ich rodziców.

Realizatorzy programów powinni zatem tak projektować programy szkolne, aby zawierały one także zajęcia dla rodziców.

Głębokość i czas trwania

Działania profilaktyczne realizowane w szkole mają różny stopień głębokości. Mogą dotyczyć wąskiego zakresu spraw i zmierzać do usuwania objawów zachowań problemowych. Ich efektywność jest z reguły niska. We współczesnej profilaktyce proponuje się, jako bardziej skuteczny, model głębszego oddziaływania oparty na koncepcji czynników ryzyka i czynników chroniących. Programy, których celem jest zarówno wzmacnianie najważniejszych czynników chroniących i osłabienie czynników ryzyka są bardziej skuteczne niż programy skierowane na doraźną redukcję skutków problemowych zachowań dzieci i młodzieży. Dobrze skonstruowane programy profilaktyczne dotyczą głębszych uwarunkowań dysfunkcji i są skierowane raczej na usuwanie przyczyn zaburzeń.

Czas trwania programu zależy od rozpoznanego stopnia zagrożenia danej grupy uczniów czy szerszego środowiska szkolnego lub lokalnego. Uznaje się jednak ogólną zasadę, iż skuteczność działań profilaktycznych jest większa, jeśli na kolejnych poziomach edukacji wraca się do ważnych dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży tematów, a więc działa się długofalowo.

Odpowiedni poziom profilaktyki

Zapotrzebowanie na profilaktykę wynika ze stopnia zagrożenia i specyfiki poszczególnych grup ryzyka. W dokumentach międzynarodowych i w literaturze najczęściej stosowany jest podział wyróżniający trzy stopnie zagrożenia:

- grupa niskiego ryzyka; należą do niej osoby, które nie doświadczają większych trudności życiowych i nie podejmują zachowań ryzykownych – są jeszcze przed inicjacją,
- grupa podwyższonego ryzyka; znajdują się w niej osoby, u których obserwujemy liczne i poważne czynniki ryzyka, choćby jeszcze nie było niepokojących zachowań (ryzyko potencjalne) oraz osoby, które podjęły choć jedno zachowanie ryzykowne – są po inicjacji,
- grupa wysokiego ryzyka; należą do niej osoby, u których zachowania ryzykowne i problemy są

głęboko utrwalone i które odczuwają poważne negatywne konsekwencje (zdrowotne i społeczne) swoich zachowań ryzykownych (osoby z zaburzeniami psychicznymi, alkoholicy, narkomani, przestępcy itp.).

W populacji dzieci i młodzieży szkolnej nadal najliczniejsza jest grupa niskiego ryzyka, zwłaszcza w szkołach podstawowych. Na etapie gimnazjum skokowo wzrasta liczebność grup podwyższonego ryzyka. Po wejściu w okres dojrzewania wielu uczniów przechodzi inicjację tytoniową, alkoholową i inną. Im starsza klasa, tym liczniejsza staje się grupa zwiększonego ryzyka.

W zależności od stopnia zagrożenia w szkołach powinno wprowadzać się działania z różnych poziomów profilaktyki:

- **profilaktyki uniwersalnej** – celem jest opóźnienie inicjacji/zapobieganie, odpowiednia dla grupy niskiego ryzyka, adresatami są uczniowie (klasy szkole), nauczyciele, rodzice,
- **profilaktyki selektywnej** – celem jest udzielenie pomocy w sytuacji używania substancji psychoaktywnych, adresowana do uczniów z grupy ryzyka z wczesnymi sygnałami dysfunkcji,
- **profilaktyki wskazującej** – celem jest udzielenie pomocy indywidualnej w sytuacji eksperymentowania, powstrzymanie – interwencja, adresatami działań są uczniowie używający substancji psychoaktywnych (osoby o podwyższonym ryzyku) i ich rodzice.

Jak już wcześniej wspomniano, szkoła jest miejscem realizacji głównie profilaktyki uniwersalnej, a edukacyjne programy profilaktyczne, przeznaczone do wykorzystania w klasach, nie są programami głębokiej interwencji, tzn. nie koncentrują się na rozwiązywaniu poważnych problemów osobistych czy rodzinnych poszczególnych uczestników na forum grupy w toku samego programu. Pamiętać należy, że w tego typu programach, których odbiorcami są dzieci i młodzież, włączanie głębszych technik, na przykład terapeutycznych, jest poważnym błędem w sztuce i może wyrządzić krzywdę młodym uczestnikom.

Ewaluacja

Działania profilaktyczne zakładają powodowanie zmian w wiedzy, postawach i zachowaniach młodych ludzi. Niezbędne jest więc sprawdzanie, czy zmiany te rzeczywiście zachodzą i czy kierunek zmian jest pożądany, czy zrealizowano zakładane cele profilaktyczne i w jakim

zakresie, co ułatwiało i co utrudniało realizację. Każdy program profilaktyczny, a szczególnie przeznaczony do realizacji w szkole, powinien podlegać metodycznej ocenie skuteczności, czyli ewaluacji.

Kompetencje realizatorów działań profilaktycznych w szkole

Prawo oświatowe nie określa katalogu osób uprawnionych do prowadzenia profilaktyki uzależnień na terenie szkoły. Mogą to być zarówno pracownicy pedagogiczni szkoły (zobowiązani do realizacji programu profilaktyki i prowadzenia interwencji wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne): nauczyciele i wychowawcy, pedagogzy i psycholodzy szkolni, jak również pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych. Szkoła może zaprosić do realizacji programów profilaktycznych zewnętrznych realizatorów: pracowników organizacji pozarządowych, terapeutów uzależnień i in.

Standardem stawianym realizatorom działań kierowanych do dzieci i młodzieży jest posiadanie odpowiedniego poziomu przygotowania do prowadzenia tego rodzaju zadań, a więc znajomości psychologii rozwojowej i metodyki pracy z dziećmi oraz znajomości problematyki, której dotyczy program. Realizatorami programów szkolnych powinny być osoby posiadające przygotowanie pedagogiczne. Nie wyklucza to zapraszania specjalistów z innych dziedzin, ale musi to być czynione po odpowiednim przeszkoleniu przed rozpoczęciem zajęć z dziećmi.

Niewątpliwie najlepszą inwestycją, zwiększającą zasoby szkoły, jest wdrażanie programów profilaktycznych, które przygotowują nauczycieli-realizatorów, zapewniając tym samym kontynuację zadań profilaktycznych po zakończeniu realizacji programu w szkole.

Warunki skutecznej profilaktyki uzależnień w szkole

Zarówno badania naukowe, jak i praktyka wskazują, że zachowanie omówionych powyższej standardów pozwala na realizację efektywnych oddziaływań profilaktycznych wobec dzieci i młodzieży szkolnej. Nierzadko jednak w szkołach nadal podejmowane są działania o niskiej skuteczności lub wręcz szkodliwe, których wdrażanie poprawia jedynie szkolne lub samorządowe statystyki, nie realizuje natomiast podstawowego celu profilaktyki, jakim jest zapobieganie zachowaniom problemowym dzieci

i młodzieży. Oto krótka lista działań niepodnoszących jakości profilaktyki w szkołach:

- brak diagnozy potrzeb i problemów szkoły, poprzedzającej wdrożenie programu,
- programy narzucane odgórnie, bez konsultacji ze szkołą,
- stosowanie niemerytorycznych kryteriów przy finansowaniu programów,
- zakup programów realizowanych przez osoby spoza szkoły, które nie włączają nauczycieli,
- finansowanie spektakli (teatrów) profilaktycznych, które nie są elementem szerszego programu,
- „incydentalne” działania profilaktyczne,
- organizowanie spotkań z trzeźwymi alkoholikami, narkomanami.

Jakie zatem działania warto podejmować, jeśli chcemy realizować profesjonalną profilaktykę w szkole? Współczesne myślenie o profilaktyce uzależnień doskonale obrazuje schemat opracowany przez K. Ostaszewskiego⁴, w którym szczególnie podkreśla się wagę działań długofalowych oraz uczenia umiejętności odpirania presji społecznej, rozwijania postaw osobistego zaangażowania, trenowania innych ważnych umiejętności życiowych oraz do budowania przekonań i systemu wartości u młodych ludzi. Wskazuje on, o co warto zadbać, planując działania profilaktyczne w szkołach, jeśli chcemy, aby były one skuteczne i dobrej jakości.

Przypisy

- ¹ Każdy z tych terminów definiuje słowo „czynnik” i jest powszechnie używany przez badaczy.
- ² Termin „narkotyki” użyty został jako potoczne rozumienie „substancje psychoaktywne”. Światowa Organizacja Zdrowia zalicza do substancji psychoaktywnych: alkohol, pochodne opium, przetwory konopi indyjskich, substancje uspokajające, nasenne, pobudzające i halucynogenne, kokainę, tytoń oraz lotne rozpuszczalniki. Przyjmowanie tych substancji wiąże się z bardzo dużym prawdopodobieństwem uzależnienia.
- ³ Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <http://www.kbnp.gov.pl/profilaktyka.htm?id=104890>
- ⁴ K. Ostaszewski, „Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 5/1996.

Bibliografia

- Garbarino J., „Adolescent Development: an Ecological Perspective”. Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing Company, 1985.
- Gaś Z.B., „Profilaktyka w szkole”, WSiP, Warszawa 2006.
- Jessor R., „Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings”, American Psychologist, Volume 48, Number 2/1993.
- Macander D., „Wybór aktów prawnych dotyczących bezpieczeństwa uczniów w przedszkolu, szkole i placówce oświatowej” ORE, Warszawa 2012, www.ore.edu.pl/s/433.
- Ostaszewski K., „Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 5/1996.
- „Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health: NSW Department of Health Resource Document”, November 2002, Sydney, Australia.
- Szymańska J., Wojcieszek K., „Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych”, CMPPP, 2003, www.ore.edu.pl/s/1016.
- Szymańska J., „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki”, ORE, Warszawa 2012.

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ	
MODEL TRADYCYJNY	MODEL WSPÓŁCZESNY
CEL	
Zwalczanie patologii	Promocja zdrowia
PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA	
Uświadomienie skutków używania środków uzależniających	Sięganie do przyczyn używania środków uzależniających
SPODZIEWANE EFEKTY	
Wiedza o skutkach używania środków uzależniających i negatywna postawa wobec ich używania	Umiejętność odmawiania. Poczucie własnej wartości. Uporządkowanie systemu wartości. Umiejętności społeczne. Wiedza o uzależnieniach. Osobiste zaangażowanie
FORMA ODDZIAŁYWAŃ	
Jednostronny przekaz i bierny odbiór	Dialog i aktywne uczestnictwo
CZAS I ZAKRES ODDZIAŁYWAŃ	
Sporadyczne akcje wśród nastolatków	Systematyczne działania wśród dzieci i młodzieży
REALIZATORZY	
Prelegenci i specjaliści	Nauczyciele i liderzy młodzieżowi
RODZAJ SUBSTANCJI	
Alkohol, papierosy lub narkotyki	Wszystkie środki psychoaktywne
KONTROLA EFEKTÓW	
Nie wymagana	Wymagana (ewaluacja)

Profilaktycy-autorzy programów potrzebują wiedzy, która pozwoli im, wspólnie z wykwalifikowanymi badaczami, zaplanować ewaluację programu, który stworzyli. Powinni więc umieć odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań na temat ewaluacji swojego programu: jaki jest cel ewaluacji, jakie będą kryteria sukcesu programu, jak zebrać dane ewaluacyjne i jak przeanalizować zebrane informacje?

CO PROFILAKTYK POWINIEN WIEDZIEĆ O EWALUACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH?

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Poprawa jakości, a co za tym idzie skuteczności profilaktyki, zależy przede wszystkim od wiedzy ludzi, którzy zajmują się tą dziedziną. A jednym z ważnych składników tej wiedzy jest umiejętność określenia, jakiego typu działania prawdopodobnie prowadzą do ograniczania określonych problemów, a jakie raczej nie przyniosą pożądaných efektów. Równie ważna jest umiejętność sprawdzenia, jakie są skutki realizacji określonych działań. Takich informacji dostarczają badania ewaluacyjne. Jakie jest więc minimum wiedzy, jaką każdy profilaktyk powinien posiadać na ich temat?

Odpowiedź na to pytanie wcale nie jest taka prosta. Przecież profilaktyk to nie badacz czy naukowiec. To ktoś, kto pracuje bezpośrednio z ludźmi: dziećmi, młodzieżą, rodzinami, rodzicami, nauczycielami, psychologami itp. Spotyka się z nimi, prowadzi z nimi zajęcia, warsztaty, spotkania. Przekazuje im określone informacje, ćwiczy pewne umiejętności, zachęca do wykonywania ćwiczeń i trenowania wyuczonych na zajęciach zachowań w codziennym życiu. Czy taka osoba, aby dobrze wykonywać swoją pracę, potrzebuje szerokiej wiedzy na temat założeń i metod badań naukowych? Pewnie nie. Ale tu pojawia się pytanie: skąd profilaktyk wie, czy robi coś dobrego, a jego praca nie jest bezwartościowa lub wręcz szkodliwa? Przecież problemy, którym zapobiega jeszcze nie występują, więc nie może zaobserwować, że znikają lub maleją pod wpływem jego aktywności. Często efekty pracy profilaktycznej są widoczne dopiero po wielu latach, gdy ich odbiorcy – kilkuletnie dzieci – dorosną i będą sobie radziły w życiu lepiej niż ich rówieśnicy, którzy nie mieli tego szczęścia, by we wczesnej młodości trafić pod opiekę dobrego profilaktyka.

Czas to nie jedyny czynnik utrudniający zaobserwowanie efektów profilaktyki. Drugim problemem jest grupa porównawcza. Z samego stwierdzenia, że odbiorcy działań profilaktycznych po dłuższym lub krótszym czasie dobrze sobie radzą, nie wynika jeszcze, że dzieje się tak dzięki wcześniejszej profilaktyce. Bardzo możliwe, że ich rówieśnicy, nieobjęci daną formą profilaktyki, radzą sobie równie dobrze albo nawet lepiej.

Skoro więc profilaktyk ma bardzo ograniczone możliwości samodzielnego zaobserwowania pozytywnych efektów swojej pracy, to jego wiara w sensowność tego, co robi, musi się opierać na jakichś innych danych. Prawdopodobnie podstawowym źródłem takich pozytywnych wzmocnień są wcześniejsze doświadczenia własne i współpracowników („Od dawna pracujemy w ten sposób i jesteśmy zadowoleni”); powszechność pewnych form działania („Wszyscy tak robią”); subiektywne przekonanie o słuszności własnego postępowania („Wierzę, że tak właśnie trzeba”); łatwość pozyskiwania funduszy („Szkoły chętnie kupują ten program”); autorytet autorów programu lub instytucji go wspierających („Oni są specjalistami w tej dziedzinie”). Niestety, żaden z tych argumentów nie jest poparty dowodami naukowymi, tzn. potwierdzonymi w rzetelnie przeprowadzonych badaniach empirycznych lub opartymi na logicznym rozumowaniu.

Stosunkowo najtwardszym z powyższych argumentów powinna być wiara w wiedzę specjalistów „wyższego rzędu”, czyli tych, którzy sami tworzą programy profilaktyczne albo zalecają ich stosowanie, albo też je finansują. Skąd jednak pewność, że osoby/instytucje, których autorytetem są poparte programy profilaktyczne,

same nie ulegają magii własnych przekonań, wcześniejszych doświadczeń, określonej tradycji lub chwilowej mody? Że rzeczywiście to, co proponują, jest działaniem przynoszącym określone korzyści adresatom?

Odpowiedzi na te wszystkie wątpliwości dostarczają właśnie badania naukowe nad profilaktyką, a przede wszystkim – ewaluacja programów profilaktycznych. To dzięki niej wiadomo, jakie programy są skuteczne, kiedy i wobec jakich odbiorców. Czy oznacza to, że profilaktyk-praktyk, realizujący określone działania profilaktyczne, powinien także umieć przeprowadzić ich poprawną metodologicznie ewaluację oceniającą ich skuteczność? Zdecydowanie nie. Od tego są badacze, a nie praktycy. Jednak praktycy powinni mieć przynajmniej taki zasób wiedzy, który pozwoli im się porozumieć z badaczami i trafnie zinterpretować efekty ich badań.

Po pierwsze, profilaktyk-praktyk powinien **rozumieć, czym jest ewaluacja**. A jest to proces zbierania informacji po to, aby je wykorzystać do:

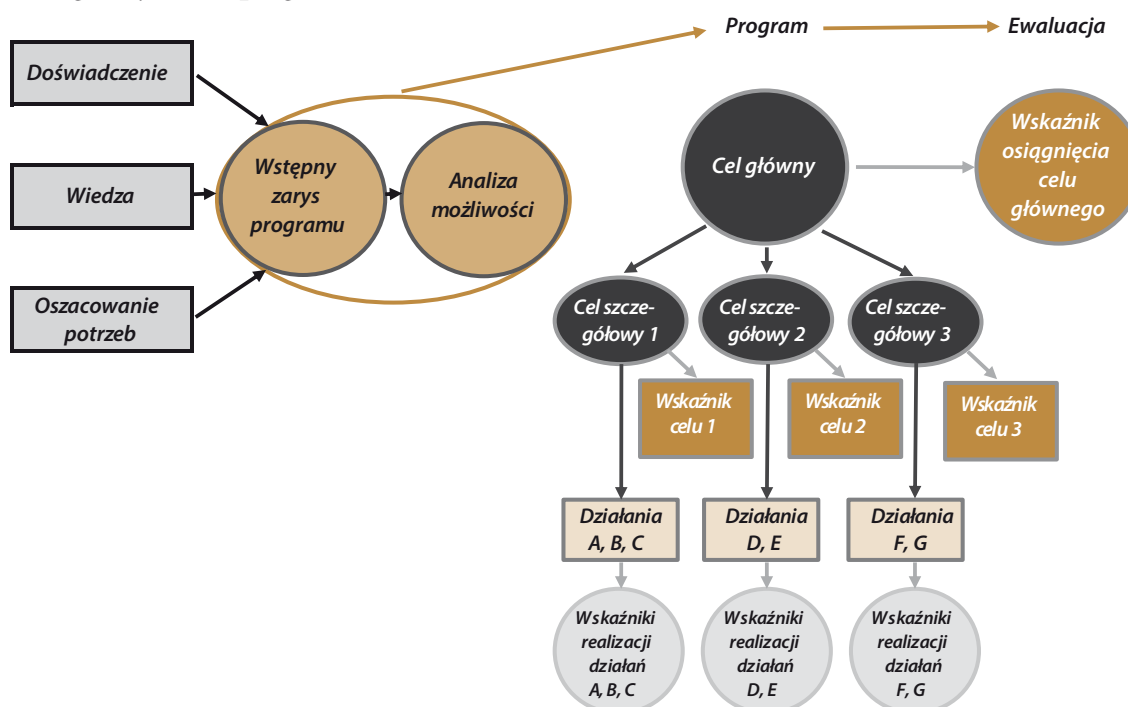
1. Konstruowania programu profilaktycznego.
2. Modyfikowania programu profilaktycznego.
3. Oceny wartości programu profilaktycznego.
4. Decydowania o upowszechnieniu programu profilaktycznego.

Jak widać, ocena wartości – skuteczności programu (cel 3 powyżej) jest tylko jednym z kilku zadań ewaluacji.

Nie mniej ważnymi celami badań ewaluacyjnych jest sprawdzenie, jakiego typu działania/strategie sprawdzają się w pracy z określonymi grupami odbiorców, a jakie są bezużyteczne lub wręcz szkodliwe (cel 1). Podstawowych informacji o użyteczności programu dostarcza ewaluacja procesu jego realizacji, dzięki której dowiadujemy się, czy proponowane formy pracy nie są zbyt długie (lub z a krótkie), nie są przeładowane (lub zbyt mało intensywne), czy są dobrze (lub źle) przyjmowane przez odbiorców. Ewaluacja procesu pozwala dopracować program, usunąć zbędne elementy i wybrać optymalne formy realizacji (cel 2). Może najważniejszym, zwłaszcza z perspektywy polityki zdrowotnej i społecznej, jest czwarty z celów ewaluacji, tzn. dostarczanie informacji pozwalających podejmować sensowne decyzje na temat tego, jakie programy profilaktyczne upowszechniać. Czyli innymi słowy: na co wydawać (często publiczne) pieniądze zgodnie z ich przeznaczeniem (tzn., żeby rzeczywiście zapobiec określonym problemom).

Przedstawiona definicja wskazuje, że profilaktyk-praktyk może nie tylko korzystać z wyników badań ewaluacyjnych, ale może także być ważną osobą procesu badawczego, zbierając informacje o przebiegu programu. Aby aktywnie i ze zrozumieniem uczestniczyć w badaniach, profilaktyk powinien także rozumieć budowę programu i wiedzieć, jak jego poszczególne elementy łączą się z innymi, jakie

Ryc. 1. Logiczny model programu



jest ich miejsce w całości oraz, jakie jest ich znaczenie dla osiągnięcia celów programu. Taka wiedza jest oczywiście też potrzebna po to, aby w pełni świadomie uczestniczyć w realizacji programu i np. podejmować samodzielne decyzje na temat zmiany kolejności realizacji poszczególnych aktywności lub zastępowania pewnych ćwiczeń innymi. W ogarnięciu głównych założeń i powiązań pomiędzy elementami programu pomaga spojrzenie na jego model logiczny. Każdy spójny i dobrze skonstruowany program można opisać zgodnie ze schematem przedstawionym na ryc. 1.

Patrząc na lewą stronę ryciny, można stwierdzić, że program opiera się na określonych założeniach: wiedzy teoretycznej (np. o czynnikach ryzyka danego problemu, modelach teoretycznych wyjaśniających powstawanie problemu); wcześniejszych doświadczeniach (np. z realizacji innych programów mających przeciwdziałać danemu problemowi); znajomości potrzeb przyszłych odbiorców programu. Na podstawie tych założeń powstaje wstępny zarys programu, który następnie jest przymierzany do konkretnych warunków realizacji (np. czy proponowana długość i intensywność zajęć będzie do zaakceptowania dla szkoły lub grupy rodziców). Po tych wstępnych „przymiarkach” powstaje dopiero właściwy program, którego uszczegóławianie łączy się od samego początku z myśleniem o jego ewaluacji. Przede wszystkim dlatego, że już przy formułowaniu celu głównego programu staramy się sformułować wskaźnik, który pokarze nam, czy ten cel został osiągnięty. Jest to bardzo praktyczne podejście do tworzenia programu, ponieważ pozwala uniknąć błędów już na samym początku. Zdarza się przecież tak, że powstają programy o bardzo pięknie brzmiących celach, które są zupełnie nierealistyczne albo tak mgliste, że właściwie nie wiadomo, czemu cały program ma służyć. Myślenie od początku o tym, w jaki sposób sprawdzimy skuteczność programu, czyli czy jego cele zostały osiągnięte, pozwala doprecyzować cel główny i cele szczegółowe programu. Jak widać, w modelu logicznym cele szczegółowe wynikają jasno z celu głównego. Bez osiągnięcia tych „etapów pośrednich” nie jest możliwe osiągnięcie celu głównego. Cele szczegółowe odzwierciedlają też przyjęte założenia teoretyczne. Na przykład, jeżeli program opiera się na założeniu, że podstawowe znaczenie dla ograniczania zachowań ryzykownych nastolatków mają: (1) właściwe praktyki wychowawcze rodziców, (2) relacje w rodzinie oraz (3) umiejętności społeczne dzieci, to rozwijanie umiejętności w tych trzech obszarach będzie stanowił

trzy cele szczegółowe programu, którego głównym celem będzie ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez dorastających.

Logiczny model pokazuje również, że wszystkie działania w ramach programu są ściśle powiązane z celami szczegółowymi. Wykonanie określonych działań jest niezbędne po to, by dany cel osiągnąć. W dobrze skonstruowanym programie nie ma działań zbędnych, a wszystko, co zostało zaplanowane, powinno być zrealizowane zgodnie z planem. I właśnie sprawdzeniu jakości realizacji działań służy ewaluacja procesu. Aby ją przeprowadzić, konieczne jest określenie wskaźników realizacji poszczególnych działań, tzn. miar, po których poznamy, że dane działanie przebiega zgodnie z planem. Typowymi wskaźnikami realizacji działań są m.in. czas przeznaczony na daną aktywność; liczba przeprowadzonych zajęć; liczba uczestników; jakościowa lub ilościowa ocena zajęć przez realizatorów i uczestników; opis wydarzeń zewnętrznych towarzyszących realizacji programu, które mogły mieć wpływ na jego przebieg lub efekty. Jak napisano powyżej, wszystkie te informacje mogą się przyczynić do ulepszenia programu.

Ewaluacja procesu jest więc niezbędnym elementem realizacji programu. Daje podstawy do wnioskowania na temat jakości realizacji, funkcjonowania programu w konkretnych warunkach oraz wyjaśniania efektów programu. Do jej przeprowadzenia niezbędne jest zaangażowanie profilaktyków-praktyków.

Zasady etyki badań naukowych

Aby profilaktyk-praktyk był równorzędnym partnerem zawodowych ewaluatorów, powinien jeszcze znać i rozumieć podstawowe zasady etyki badań naukowych. Przestrzeganie ich gwarantuje wysoką jakość badań, a więc również – wiarygodność uzyskanych wyników. Według Kodeksu Etyki Pracownika Naukowego (Komisja ds. etyki w nauce, 2012) te podstawowe zasady to:

- sumienność (prowadzenie wszystkich działań badawczych zgodnie z wcześniej opracowanym protokołem, w którym są jasno określone cele i procedury badania),
- wiarygodność (krytyczna analiza własnych działań, nieukrywanie słabych stron przeprowadzonego badania lub jego niekorzystnych wyników),
- obiektywizm (opieranie się wyłącznie na faktach),
- bezstronność (w podejściu do przedmiotu badania, np. takie samo podejście do programu, który lubimy i tego, który nam się nie podoba),

- niezależność (od wpływów zewnętrznych, np. sponsorów, którzy chcą wykazać skuteczność programu, w który zaangażowali się finansowo),
- otwartość (w dyskusji na temat własnych działań, np. tego, w jaki sposób przeprowadziłam ankietę wśród uczniów lub dlaczego wyniki programu są takie, a nie inne),
- przejrzystość (przechowywanie i udostępnianie innym badaczom danych z prowadzonych badań),
- odpowiedzialność (wobec uczestników badania, m.in. przestrzeganie poufności zebranych informacji, ograniczenie stresu związanego z udziałem w badaniach),
- rzetelność (w prezentowaniu dokonań innych osób – nieumniejszanie osiągnięć i niewyolbrzymianie porażek),
- troska o następców (przekazywanie innym zasad etyki badań naukowych),
- odwaga (w sprzeciwianiu się utartym poglądom, np. gdy „autorytety” utrzymują, że dany program profilaktyczny jest świetny, a wyniki badań ewaluacyjnych temu przeczą).

Powyższe zasady postępowania w trakcie badań ewaluacyjnych nie są czymś wydumanym, oderwanym od rzeczywistości, ale bardzo praktycznymi wskazówkami, które pozwalają osiągnąć istotne rezultaty. Pokazują też, czego należy wymagać od innych osób, w tym także zawodowych badaczy zajmujących się ewaluacją programu profilaktycznego, w którego realizacji bierzemy udział. Omówione powyżej trzy filary wiedzy na temat ewaluacji (czy jest ewaluacja, co to jest logiczny model programu i jakie miejsce zajmuje w nim ewaluacja oraz zasady etyki badań ewaluacyjnych) to tyle, ile powinien wiedzieć każdy, kto zajmuje się profilaktyką. Ale są grupy osób, od których należy wymagać więcej. To przede wszystkim autorzy programów profilaktycznych i decydenci – ci, którzy podejmują decyzje na temat upowszechniania programu lub jego realizacji w danym miejscu.

Planowanie ewaluacji i zbieranie danych

Profilaktycy-autorzy programów potrzebują wiedzy, która pozwoli im, wspólnie z wykwalifikowanymi badaczami, zaplanować ewaluację programu, który stworzyli. Powinni więc umieć odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań na temat ewaluacji swojego programu:

1. Jaki jest cel ewaluacji?

2. Jakie będą kryteria sukcesu programu?
3. Jak zebrać dane ewaluacyjne?
4. Jak przeanalizować zebrane dane?

Celem ewaluacji może być przede wszystkim analiza przydatności i funkcjonowania programu w określonych warunkach, w danej instytucji (cel wewnętrzny dotyczący np. jednej szkoły). Taki cel jest jak najbardziej wskazany w sytuacji, gdy autor nie planuje realizacji programu w innych miejscach (np. w innych szkołach). Gdy zasięg programu jest tak wyraźnie ograniczony, jego ewaluacja też może być bardzo prosta. Nie wymaga bowiem stosowania zaawansowanych schematów badawczych, dużych grup respondentów, skomplikowanych narzędzi ani analiz statystycznych.

Inaczej przedstawia się sytuacja, gdy celem ewaluacji ma być potwierdzenie skuteczności programu i jego upowszechnienie w innych miejscach (cel zewnętrzny). W takim przypadku najbardziej właściwe jest planowanie ewaluacji z zastosowaniem przynajmniej quasi-eksperymentalnego schematu badawczego (z grupami eksperymentalną i porównawczą, pomiarami przed rozpoczęciem realizacji programu i po jego zakończeniu), udziału reprezentatywnej dla danej populacji grupy respondentów (najlepiej dużej i dobranej losowo), badania efektów odroczonego w czasie, zastosowania wystandaryzowanych narzędzi i procedur badania oraz skomplikowanych analiz statystycznych.

Również **kryteria sukcesu**, czyli osiągnięcia zamierzonych celów, mogą być różne – mniej lub bardziej ambitne. Te najbardziej podstawowe odnoszą się do stopnia realizacji działań zaplanowanych w programie, np.:

- liczby przeprowadzonych zajęć w klasie,
- liczby rodziców uczestniczących w zajęciach warsztatowych,
- poziomu satysfakcji realizatorów lub uczestników programu.

Bardziej ambitni autorzy uznają za dowód sensowności swojego programu osiągnięcie kryteriów związanych z jego celami szczegółowymi, np.:

- poprawę wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem narkotyków,
- poprawę samooceny uczniów biorących udział w programie.

Jednak kluczowym wyznacznikiem sukcesu jest zawsze osiągnięcie celu głównego programu, np.:

- ograniczenie liczby przypadków zachowań agresywnych wśród uczniów,

- spadek liczby uczniów pijących alkohol przynajmniej raz w miesiącu.

Określenie celów ewaluacji i kryteriów sukcesu programu prowadzi do **wyboru odpowiednich metod zbierania danych**. Zasadniczo wyróżnia się dwa ogólne podejścia – jakościowe i ilościowe (ryc. 2). Mogą one być wykorzystane w ewaluacji programu osobno lub łącznie.

Tzw. operacjonalizacja procesu badawczego, czyli przełożenie założeń i pytań badawczych¹ na konkretne narzędzia pomiarowe (pytania w ankietach, wytyczne do obserwacji, dyspozycje do wywiadów itp.) jest już zadaniem profesjonalnego badacza. Podobnie zresztą jak sumienne i zgodne ze standardami metodologicznymi przeanalizowanie informacji zgromadzonych w toku badań. Jednak profilaktyk-autor powinien mieć świadomość, że sposób zbierania i zakres analizy materiału badawczego, a w związku z tym i zaangażowanie zewnętrznego ewaluatora mogą być zróżnicowane. W przypadku badań o charakterze wewnętrznym, w określonych warunkach, w danej instytucji – badania ilościowe mają dostarczyć wiedzy tylko o osobach, o których zebrano informacje, a więc analiza może się ograniczać do prostego wyliczenia frekwencji (np. liczba klientów placówki); średnich (np. tygodniowa średnia liczba rozmów w telefonie zaufania); zestawień (np. liczba uczniów spóźniających się do szkoły w I i III kwartale roku). Żeby wykonać tego typu analizy, nie jest potrzebna wiedza specjalistyczna. Inaczej rzecz wygląda w przypadku badań ilościowych, które mają uzasadniać upowszechnianie programu profilaktycznego w innych miejscach (poza tym, w którym

jest prowadzone badanie ewaluacyjne). Takie badania mają dostarczyć danych pozwalających uogólniać wyniki na szerszą populację (np. wszystkich uczniów klas IV i V w Polsce). W związku z tym w badaniu ważna jest reprezentatywność próby oraz analizy istotności statystycznej (np. różnic między grupami, zależności między zmiennymi). I do tego są już potrzebni specjaliści.

Podsumowując kwestię udziału profilaktyka-autora programu w badaniach ewaluacyjnych, można powiedzieć, że jego rola powinna polegać na współpracy z profesjonalnym badaczem/badaczami. Profilaktyk-autor, jako tzw. ewaluator wewnętrzny, wnosi do badań swoją znajomość programu oraz orientację w uwarunkowaniach jego realizacji. Natomiast wkład profesjonalnego ewaluatora zewnętrznego wynika z jego wiedzy metodologicznej i doświadczenia badawczego. Nie bez znaczenia może też być jego obiektywne, zewnętrzne spojrzenie na badany program profilaktyczny. Tak więc wydaje się, że idealnym rozwiązaniem w ewaluacji programów profilaktycznych jest współpraca między osobami zaangażowanymi w program i osobami z zewnątrz (ryc. 3).

Idealnym rozwiązaniem byłoby prowadzenie badań ewaluacyjnych każdego programu profilaktycznego w zespole 8-10 osób, wśród których byłiby:

- autorzy programu,
- realizatorzy działań,
- badacze zajmujący się ewaluacją,
- decydenci i osoby sprawujące nadzór:
 - merytoryczny nad placówką, w której program jest realizowany,
 - finansowy,
 - nad realizacją nadrzędnych (politycznych, strategicznych) projektów w danym środowisku.

W tym momencie dochodzimy do pytania: co na temat ewaluacji programów profilaktycznych powinni wiedzieć profilaktycy-decydenci, czyli osoby, które decydują o finansowaniu i upowszechnianiu różnych programów profilaktycznych (np. osoby odpowiedzialne w samorządzie z a wydawanie środków przeznaczonych na realizację programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych? Otóż ich wiedza w tej dziedzinie powinna być nawet szersza niż profilaktyków-praktyków i profilaktyków-autorów programów. Ich zadaniem jest ocena wartości programu,

Ryc. 2. Metody zbierania danych ewaluacyjnych.



Ryc. 3. Rodzaje ewaluacji wyróżnione ze względu na charakter jej wykonawców

Ewaluacja zewnętrzna	Ewaluacja wewnętrzna
<ul style="list-style-type: none"> • wiedza i doświadczenie • bardziej obiektywne podejście do problemu 	<ul style="list-style-type: none"> • bardzo dobra znajomość programu • bardzo dobre rozumienie warunków realizacji programu
<p>Ewaluacja partycypacyjna</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykorzystuje zalety ewaluacji zewnętrznej i wewnętrznej • wymaga pracy zespołowej 	

jego przydatności w danych warunkach i podjęcie decyzji o jego przyszłości. W związku z tym powinni oni posiadać wiedzę pozwalającą ocenić:

- założenia teoretyczne programu,
- sposób realizacji programu,
- skuteczność programu (wyniki jego ewaluacji oraz ich wiarygodność, tzn. poprawność metodologiczną przeprowadzonych badań),
- adekwatność programu do potrzeb lokalnych,
- dostępne środki na realizację programu (w tym potencjalnych realizatorów działań),
- koszty realizacji.

W tym pokazanym zakresie wiedzy, z perspektywy rozważań na temat ewaluacji, najpoważniejszym wyzwaniem wydaje się być umiejętność krytycznej **oceny wiarygodności wyników badań**. Do tego potrzebna jest dokładna znajomość metod naukowych, możliwości i ograniczeń każdej z nich oraz zasad ich prawidłowego stosowania w praktyce.

Ponieważ oczekiwanie, że wszyscy profilaktycy-decydenci (których są w kraju tysiące!) będą posiadali zakres wiedzy zdobywanej zwykle w toku wieloletnich studiów i pracy naukowej, jest zdecydowanie nierealne, na całym świecie powstają systemy rekomendacji programów profilaktycznych. Są one tworzone przez specjalistów profilaktyki i ewaluacji, a mają za zadanie ułatwić pracę profilaktykom-decydentom. Systemy takie w oparciu o precyzyjne, spójne kryteria (obejmujące wszystkie wyżej wymienione punkty) oceniają programy profilaktyczne, dając odpowiedź na pytanie, które z nich warto upowszechniać, a które nie. Efektem funkcjonowania takiego systemu w Europie jest bank programów EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*)², a w Polsce – baza programów rekomendowanych wspólnie przez cztery instytucje: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narko-

mii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji i Instytut Psychiatrii i Neurologii³. Profilaktycy-decydenci, którzy nie są przygotowani do samodzielnej, rzetelnej oceny jakości różnych programów profilaktycznych, powinni jak najczęściej korzystać z pomocy specjalistów, w tym również z banku programów rekomendowanych.

Podsumowując powyższe rozważania na temat wiedzy, jaką profilaktyk powinien posiadać na temat ewaluacji, można powiedzieć, że jej zakres zależy od roli profilaktyka. Tego,

czy jest on autorem programu, jego realizatorem, czy też decyduje o jego upowszechnianiu. Minimum wiedzy dla każdego profilaktyka to tyle, ile jest niezbędne do konstruktywnego udziału w **ewaluacji partycypacyjnej**:

- rozumienie czym jest ewaluacja,
- czemu ona służy,
- jakie są zasady etyki badań ewaluacyjnych.

Szerszy zakres wiedzy na temat metodologii badań ewaluacyjnych jest potrzebny autorom programów i osobom decydującym o upowszechnianiu programów.

Samodzielne przeprowadzenie badań ewaluacyjnych dających podstawy do upowszechniania programu poza miejscem jego badania wymaga przygotowania naukowego. Profilaktycy (autorzy i sponsorzy) bez takiego przygotowania powinni:

- znać wady i zalety różnych schematów badawczych,
- wiedzieć, jaki zakres wiedzy można uzyskać różnymi metodami zbierania danych,
- korzystać z pomocy specjalistów,
- potrafić ułożyć sobie współpracę z wykwalifikowanymi badaczami,
- poszerzać swoją wiedzę – najlepiej poprzez **czynny udział w badaniach ewaluacyjnych**.

Przypisy

¹ Pytanie badawcze to pytanie, jakie stawiają sobie autorzy w odniesieniu do badanego zagadnienia. Innymi słowy, dotyczy ono tego, czego chcemy się dowiedzieć o danym programie profilaktycznym, np. czy wpływa on na ograniczenie zachowań agresywnych w szkole albo w jakim stopniu przyczynia się do podniesienia umiejętności rozwiązywania konfliktów w klasie przez nauczycieli.

² <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

³ <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106519>

Działania podjęte w Polsce w celu zahamowania problemu nowych substancji psychoaktywnych zaowocowały szerokim spektrum aktywności i poskutkowały wymiernymi wskaźnikami, np. spadkiem raportowanych incydentów zagrożenia życia i zdrowia spowodowanych konsumpcją „dopalaczy”. Nie jest to jednak koniec problemu z „dopalaczami” w naszym kraju. W myśl zasady, że każdej akcji towarzyszy reakcja, spadek dostępności nowych substancji w punktach sprzedaży stacjonarnej spowodował wzrost ich podaży w sieci, przeniesienie handlu do krajów ościennych (Czechy) czy wzrost zainteresowania wprowadzaniem na rynek kolejnych alternatyw dla substancji kontrolowanych.

„DOPALACZE” CZYLI NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE: SKALA ZJAWISKA I PRZECIWDZIAŁANIE – CZĘŚĆ II

Piotr Jabłoński, Artur Malczewski
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Z inicjatywy Polski Unia Europejska przeprowadziła badania dotyczące rozpowszechnienia nowych substancji psychoaktywnych na swoim terenie. Potwierdziły one znaczne zagrożenie tym zjawiskiem, ale i ukazały duże zróżnicowanie pod tym względem w różnych krajach członkowskich. Według badania (Eurobarometr) przeprowadzonego w pierwszej połowie 2011 roku w grupie 15-24-latków, najwyższy poziom rozpowszechnienia nowych substancji psychoaktywnych odnotowano w Irlandii (16%), Polsce (9%), na Łotwie (9%) oraz w Wielkiej Brytanii (8%). Średnia europejska wyniosła 5%. Pomiar został powtórzony w 2014 roku. Badanie pokazało wzrost używania nowych substancji psychoaktywnych w Europie do 8%. Warto zwrócić uwagę, że sytuacja w Polsce pozostała na tym samym poziomie (9% w 2011 roku i 9% w 2014 roku), podczas gdy w połowie krajów europejskich odsetek osób sięgających po nowe substancje psychoaktywne wzrósł. Szczegółową charakterystykę – w oparciu o wyniki wspomnianych badań – przedstawiono w odrębnym artykule opublikowanym w tym numerze Serwisu (T. Białas, J.R. Łuczak, »Używanie „dopalaczy”. Sytuacja w Polsce na tle zmian zachodzących w krajach UE«).

Działania podejmowane wobec problemu dopalaczy

Aktywne monitorowanie sceny substancji psychoaktywnych na poziomie krajowym powinno być fundamentem

podejmowanych działań i wymaga stałej współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) oraz innymi krajami UE. Naukowa i interdyscyplinarna ocena ryzyka jest podstawowym elementem funkcjonowania wyspecjalizowanego programu EMCDDA, jakim jest Europejski System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach, którego celem jest identyfikacja nowych substancji psychoaktywnych pojawiających się na europejskiej scenie narkotykowej, wymiana informacji, ocena ryzyka oraz opracowanie rekomendacji w zakresie ewentualnej kontroli prawnej na poziomie europejskim dla Rady Unii Europejskiej. Partnerami w ramach Systemu są Krajowe punkty kontaktowe (National Focal Points) zlokalizowane w krajach UE. W Polsce taką rolę pełni Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN).

„Dopalacze” wymusiły na wielu środowiskach oraz instytucjach państwowych i publicznych podjęcie inicjatyw zmierzających do ograniczenia zjawiska oraz redukcji zagrożeń i szkód, jakie ono spowodowało w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa społecznego.

Wbrew informacjom przedstawianym przez handlarzy „dopalaczami” i niektóre środowiska, w tym również wybrane media, w krótkim czasie potwierdzona została opinia ekspertów i naukowców zajmujących się narkotykami i narkomanią, że każda substancja psycho-

aktywna w określonych warunkach (biorąc pod uwagę skład, wielkość dawki, właściwości substancji czynnej, częstotliwość przyjmowania, biopsychiczne cechy osobnicze osoby zażywającej, okoliczności społeczne i środowiskowe itp.) może stać się niebezpieczna, nawet dla okazjonalnego czy przypadkowego jej użytkownika. Wbrew również zapewnieniom dystrybutorów, skład chemiczny „dopalaczy” pozostawał i nadal pozostaje najczęściej nieznanym. Zawierają one substancje często nowe i/lub nie zbadane, których wpływ na organizm ludzki nigdy nie został poddany analizom naukowym. Również działanie „dopalaczy” przyjmowanych łącznie z innymi substancjami psychoaktywnymi – legalnymi, jak alkohol czy leki, i nielegalnymi – nie zostało zbadane, choć już wczesne doświadczenia prowadziły do wniosków, że praktyki takie mogą prowadzić do negatywnych i groźnych skutków zdrowotnych.

Badania laboratoryjne próbek różnych „dopalaczy” ujawniły ich kolejną niebezpieczną właściwość. Okazało się niezaprzeczalnie, że większość oferowanych produktów jest mieszanką dwóch, trzech i więcej różnego typu substancji. Jeżeli nawet w przypadku niektórych rozpoznanych pojedynczych substancji brak było danych na temat skutków (zarówno ostrych, jak i przewlekłych) ich zażywania, to w przypadku ich mieszanin wiedza ta jest zupełnie szczątkowa lub wręcz żadna. Zjawisko to potwierdzają jednoznacznie badania próbek „dopalaczy” przeprowadzone w Narodowym Instytucie Leków (NIL), zgodnie z którymi proporcjonalnie niewielka grupa wprowadzanych do obrotu produktów „kolekcjonerskich” zawierała tylko jedną substancję psychoaktywną (17% zbadanych próbek). Wyniki analiz NIL pokazały, że 5% produktów sprzedawanych w sklepach z „dopalaczami” zawierało substancję nielegalną (n=3749).

Pomimo faktu, że część „dopalaczy” wykazywała rzeczywiście stosunkowo niskie właściwości psychoaktywne, to coraz częściej pojawiały się doniesienia o występowaniu po ich użyciu nieprzyjemnych efektów ubocznych (wymioty, bóle głowy, dreszcze, ataki paniki lub lęku). W coraz większym zakresie raportowane były przypadki zgłoszeń do oddziałów toksykologicznych i innych placówek medycznych osób, u których stwierdzono poważne zaburzenia zdrowia somatycznego (w tym stany zagrożenia utraty życia) i często psychicznego. Osoby te skazywały na „dopalacze” jako źródło problemu.

Wszystkie te fakty, zebrane razem, wskazywały na konieczność podjęcia skoordynowanych i kompleksowych działań mających na celu ograniczenie wpływu „dopalaczy” na stan zdrowia publicznego. Działania nastawione na ograniczenie lub zlikwidowanie zagrożeń powodowanych przez te substancje, zmierzały w czterech kierunkach:

- zmian legislacyjnych umożliwiających podjęcie kontroli nad obrotem nowymi substancjami psychoaktywnymi,
- działań profilaktycznych kierowanych m.in. do środowisk potencjalnych użytkowników,
- działań interwencyjno-prawnych nakierowanych na wyeliminowanie „dopalaczy” z rzeczywistości społecznej,
- zaangażowania w problematykę innych krajów europejskich i Komisję Europejską.

Działania prawne

Pierwsza grupa działań zaowocowała wpisaniem na listę substancji kontrolowanych ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii, w trzech kolejnych nowelizacjach tej ustawy, ponad 40 nowych substancji. I tak Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 20 marca 2009 roku (Dz.U. z 2009 r. Nr 63, poz. 520), która weszła w życie 8 maja 2009 roku, wprowadziła pod kontrolę prawną dwie nowe substancje (BZP, JWH-018) i 15 roślin najczęściej występujących w składzie „dopalaczy” (*Argyrea nervosa*, *Banisteriopsis caapi*, *Calea zacatechichi*, *Catha edulis*, *Echinopsis pachanoi*, *Kava kava*, *Leonotis leonurus*, *Mimosa tenuiflora*, *Mitragyna speciosa*, *Nymphaea caerulea*, *Peganum harmala*, *Rivea corymbosa*, *Salvia divinorum*, *Tabernanthe iboga*, *Trichocereus peruvianus*).

Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 10 czerwca 2010 roku (Dz.U. z 2010 r. Nr 143, poz. 962) zaczęła obowiązywać od 25 sierpnia 2010 roku i poskutkowała wprowadzeniem kontroli prawnej nad mefedronem i grupą syntetycznych kannabinoli (JWH-073, JWH-398, JWH-250, JWH-200, CP 47, 497 + homologi, HU-210).

4 marca 2011 roku Sejm uchwalił kolejną nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzającą na listę substancji kontrolowanych 23 nowe substancje wykryte w „dopalaczach”.

Obecnie trwają prace nad kolejną nowelizacją ustawy. W przypadku ich zakończenia od stycznia 2015 roku

kontrolą zostanie objętych 114 nowych substancji psychoaktywnych.

Rozszerzenie listy substancji kontrolowanych jest niezbędnym, ale z natury swojej pasywnym sposobem reagowania na nowe niebezpieczeństwa.

Innego charakteru nowela prawna została zawarta w zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 roku (Dz.U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396). Weszła ona w życie 27 listopada 2010 roku i wprowadziła do polskiego systemu prawnego nowe jakościowo i bardziej aktywne formuły i elementy reakcji państwa na problem nowych substancji. Przede wszystkim zdefiniowano „dopalacze” jako środek zastępczy. Pod pojęciem tym rozumie się „substancję 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 środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów”.

W dalszej treści ustawa zabrania „reklamy i promocji środków spożywczych lub innych produktów przez sugerowanie, że posiadają one działanie takie jak substancje psychotropowe lub środki odurzające lub ich użycie, nawet niezgodne z przeznaczeniem, może powodować takie skutki”, a za złamanie przepisów grozi grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

W celu zahamowania dalszego rozwoju podaży środków zastępczych na rynek polski ustawodawca zakazał przede wszystkim wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Kara za złamanie zakazu została ustalona na poziomie od 20 tys. złotych do 1 mln.

Jednocześnie nadzór nad przestrzeganiem przepisów powierzony został Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zgodnie ze znowelizowanym prawem, właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny ma prawo wycofać z obrotu na czas do 18 miesięcy produkty, co do których zachodzi uzasadnione podejrzenie, że mogą być niebezpieczne dla życia, w celu ich zbadania. Koszty badań ponosi podmiot wprowadzający dany produkt do obrotu. Jeśli na skutek badań nie zostanie potwierdzona szkodliwość

danego produktu, koszty badań mają być zwracane zainteresowanym przez skarb państwa.

Warto zaznaczyć, że nowe prawo w sposób jednoznaczny skierowane jest przeciw osobom i podmiotom wprowadzającym „dopalacze” na rynek substancji, a nie przeciwko ich konsumentom, traktowanym raczej jako ofiary wymienionego wyżej proceduru. Tego typu podejście stało się forpocztą kolejnych zmian w polskim prawie, mających wpływ na klimat generalnego podejścia do użytkowników substancji psychoaktywnych w naszej legislacji i praktyce prokuratorsko-sądowej, czyli oddzielenia „świata użytkowników” od „świata przestępców”.

Reakcje prawne i egzekwowanie prawa są niezbędnym, ale nie jedynym narzędziem walki z nowymi zjawiskami na scenie narkotykowej. Liczba i tempo pojawiania się tzw. nowych narkotyków jest na przestrzeni ostatnich lat na terenie Unii Europejskiej tak wielkie, że konieczne jest inwestowanie w inne niż tylko egzekucja prawa formy oddziaływań. Dlatego jednym z priorytetowych działań i państwa, i społeczeństwa obywatelskiego musi być edukacja publiczna i profilaktyka, zarówno ta o charakterze uniwersalnym, skierowana do ogółu społeczeństwa, jak i o charakterze selektywnym, nakierowana na pracę w jego segmentach czy środowiskach szczególnie wrażliwych na nowe zagrożenia.

Działania profilaktyczne

W Polsce pierwsze działania zapobiegawcze w dziedzinie „dopalaczy”, połączone z szeroko adresowanym programem edukacji publicznej, podjęło Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Akcja edukacyjno-profilaktyczna „Dopalacze mogą Cię wypalić. Poznaj fakty” była adresowana do młodzieży w wieku 15-25 lat, a więc potencjalnie do grupy klientów sklepów z „dopalaczami”. Jej celem było przeciwstawienie się mitom rozpowszechnianym przez dystrybutorów „dopalaczy” dotyczących m.in. bezpieczeństwa ich konsumpcji poprzez dostarczenie rzetelnych informacji o nowych substancjach i ryzyku związanym z ich używaniem oraz o ich rzeczywistym statusie prawnym.

Kolejna kampania informacyjna KBPN „Dopalacze-wypalacze” była adresowana do rodziców i środowisk edukacyjno-wychowawczych. W jej ramach przygotowano scenariusz zajęć z rodzicami i ulotkę informacyjną. Scenariusz pozwalał każdej osobie z wykształceniem

mającym zastosowanie w systemie szkolnym czy edukacyjnym na przeprowadzenie zajęć z rodzicami bądź opiekunami młodych ludzi.

W ciągu kilku ostatnich lat powstało szereg materiałów profilaktycznych opracowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (w większości dostępnych w internecie). Wśród nich są:

1. Program profilaktyki uniwersalnej „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”, bazujący na metodach aktywizujących, adresowany do młodzieży szkolnej w wieku 15-18 lat. Został on przygotowany przez dr. Krzysztofa Wojcieszka. Jego celem było dostarczenie młodym ludziom podstawowych informacji na temat „dopalaczy” i zagrożeń wynikających z ich używania, a w konsekwencji zwiększenia ostrożności i zmniejszenia otwartości na kontakty z tymi produktami. Zastosowana metoda krótkiej interwencji profilaktycznej umożliwiła twórcze wykorzystanie dysonansu poznawczego uczestników związanego z nową wiedzą i oceną ich własnych zachowań ryzykownych.
2. Poradnik dla rodziców „Blżej siebie dalej od narkotyków” na temat problematyki substancji psychoaktywnych.
3. Scenariusz spotkania z rodzicami w szkole na temat „dopalaczy” (dwie godziny lekcyjne). Materiał do wykorzystania dla pedagoga, psychologa lub wychowawcy klasy.
4. Poradnik dla rodziców „O lekach, marihuanie, dopalaczach bez hysterii”. Publikacja ta kierowana jest zarówno na zwiększenie wiedzy, jak również podniesienie umiejętności wychowawczych.

Oprócz Krajowego Biura, w profilaktykę używania „dopalaczy” zaangażowało się także Ministerstwo Edukacji Narodowej. Przygotowało ono specjalne materiały dla dyrektorów szkół i innych placówek oświatowych na temat profilaktyki używania nowych narkotyków przez młodzież.

Ograniczenie podaży „dopalaczy”

W wyniku działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej przede wszystkim rozpoczęto szkolenia na temat środków zastępczych, uruchomiono infolinię oraz przygotowano i dystrybuowano materiały edukacyjno-informacyjne. Jednak najistotniejszym działaniem stała się bezpośrednia akcja wymierzona w punkty sprzedaży „dopalaczy”,

która doprowadziła do ich zamknięcia lub likwidacji. Podstawą wkroczenia inspektorów inspekcji sanitarnej do sklepów z „dopalaczami” stała się rosnąca liczba informacji o hospitalizacjach związanych z tymi substancjami oraz doniesienia medialne o kilku przypadkach ciężkich zatruc, a nawet zgonów przez nie spowodowanych. Przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz z funkcjonariuszami policji zamknęli w 2010 roku wszystkie sklepy i hurtownie zajmujące się handlem tzw. dopalaczami (ponad 1300), a podstawą prawną ich działania był artykuły 27.1 oraz 31a Ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o państwowej inspekcji sanitarnej, mówiący, że w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia ludzi, inspektor sanitarny nakazuje m.in.: unieruchomienie zakładu pracy lub jego części, zamknięcie obiektu użyteczności publicznej, wycofanie z obrotu środka spożywczego, przedmiotu użytku lub innego wyrobu mogącego mieć wpływ na zdrowie ludzi albo podjęcie lub zaprzestanie innych działań; decyzje w tych sprawach podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

Bezpośrednim skutkiem akcji stało się wyeliminowanie stacjonarnych punktów sprzedaży „dopalaczy” z rzeczywistości społecznej, a w następstwie tego gwałtowny spadek informacji o zatruciach i innych zgłoszeniach do placówek leczniczych spowodowanych konsumpcją środków zastępczych. W efekcie działań policji i inspekcji sanitarnej zabezpieczono 12 tys. próbek „dopalaczy”, których znaczna liczba została przebadana.

Nowa legislacja w Europie

Obecnie trwają prace nad nową europejską legislacją dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych. Komisja Europejska w ubiegłym roku przedstawiła projekt przepisów, które mają umożliwić skuteczniejszą walkę z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Na podstawie przepisów proponowanych przez Komisję niebezpieczne substancje psychoaktywne będą szybko wycofywane z rynku, bez wpływu na ich legalne wykorzystanie do celów przemysłowych i handlowych. Według Komisji Europejskiej Europa musi działać w sposób skuteczny i zdecydowany. Obecny system wykrywania i zakazywania nowych substancji psychoaktywnych, ustanowiony w 2005 roku, nie jest dostosowany do dynamicznie zmieniającej się sceny narkotykowej. Nowe rozwiązania będą działać o wiele

„Dopalacze” – sytuacja międzynarodowa

Istotnym elementem odpowiedzi państwa polskiego na zagrożenia niesione przez nowe substancje psychoaktywne stały się działania podjęte na arenie międzynarodowej. Strona Polska zarówno w okresie przygotowań do objęcia prezydencji w Unii Europejskiej, jak i w trakcie jej realizacji szczególną wagę przykładała do szeroko rozumianej problematyki zdrowotnej, w tym do zagadnień zdrowia publicznego oraz kwestii używania i nadużywania substancji psychoaktywnych. Zjawisko obrotu tymi produktami, które początkowo rozwijało się w internecie i szybko przeniosło się do świata realnego, zaczęło skutkować lawinowo narastającymi zgłoszeniami do szpitalnych izb przyjęć osób z rozpoznaniem powikłań zdrowotnych spowodowanych użyciem substancji reklamowanych jako legalne i bezpieczne alternatywy dla narkotyków, oferowanych jako produkty kolekcjonerskie, nie przeznaczone do konsumpcji przez ludzi. Działania podejmowane standardowo na poziomie Unii czy krajowym wobec nowych substancji okazały się niewystarczające w stosunku do zaobserwowanego zagrożenia. Jednocześnie nastąpiło znaczne zróżnicowanie oceny problemu „dopalaczy” w ramach Unii. W niektórych krajach problem *legal highs* został zauważony ze znacznym opóźnieniem, w innych zaś nie uzyskał należytej uwagi i reakcji ze strony osób i instytucji zajmujących się problematyką substancji psychoaktywnych. W Polsce podjęto zdecydowane działania w walce z „dopalaczami”. W wyniku decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego oraz operacji przeprowadzonej przez policję zostały zamknięte wszystkie punkty sprzedaży „dopalaczy”. Przyjęte przez rząd i parlament zmiany prawne uniemożliwiły legalny obrót tego typu substancjami i produktami. Jednakże w dobie procesów globalizacyjnych, otwartych granic i swobodnego (np. w ramach Unii) przepływu osób i dóbr, żaden kraj nie jest w stanie samodzielnie rozwiązać wszystkich problemów pojawiających się na jego terenie. Dlatego też z inicjatywy polskiego rządu kwestie dotyczące „dopalaczy” zostały podniesione na forum Unii Europejskiej. Zainicjowano proces pogłębionej analizy zarówno samego zjawiska, jak i form reakcji na nie. Prowadzenie badań nad zjawiskiem oraz implementację skutecznych narzędzi i metod przeciwdziałania nowym narkotykom Polska uznała za jeden z wiodących tematów w trakcie polskiej prezydencji. Z tych względów przedstawiciele naszego kraju w sposób szczególnie aktywny wspierali rozpoczęty przez Komisję Europejską proces ewaluacji Decyzji Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 roku w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych, oraz zainicjowali i doprowadzili do uchwalenia i rozpoczęcia wdrażania paktu UE w sprawie zwalczania nielegalnej produkcji i obrotu narkotykami syntetycznymi. Prace redakcyjne nad paktem rozpoczęto w kwietniu 2011 roku z udziałem zainteresowanych państw członkowskich, Komisji Europejskiej i Sekretariatu Generalnego Rady oraz Europolu.

Główne założenia paktu dotyczą działań w zakresie:

- nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych,
- przemytu narkotyków syntetycznych,
- nowych narkotyków syntetycznych,
- szkoleń dotyczących likwidacji nielegalnych laboratoriów narkotyków syntetycznych.

Dodatkowo podczas polskiego przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej tematyka związana z tzw. dopalaczami była poruszana na forum Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków i w wąskim wymiarze także na szczelbu komitetu COSI.

Analizując reakcję na problem nowych substancji psychoaktywnych, należy zwrócić uwagę na istniejące w różnych krajach systemy prawne, które wyznaczały ramy podjętych działań i określały szybkość reakcji na nowe zjawisko. Polski system prawa, polegający na wpisywaniu substancji na listę stanowiącą załącznik do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, jest oparty na prawie indywidualnym.

Wartym odnotowania jest fakt, że polskie mechanizmy reakcji na zjawisko „dopalaczy”, np. wprowadzenie czasowego wycofania danego produktu z rynku, są rozpatrywane przez inne kraje członkowskie jako obiecujące narzędzia walki z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Rozwiązania podobne do polskich wprowadziła np. Rumunia.

Polskie doświadczenia w obszarze przeciwdziałania nowym substancjom psychoaktywnym były prezentowane podczas wielu konferencji i spotkań eksperckich m.in. w Amsterdamie, Lizbonie, Londynie, Brukseli, Frankfurtcie, Rzymie, Budapeszcie, Palm Springs, Skopje, Tbilisi. W ramach kontynuowania współpracy międzynarodowej Centrum Informacji (polski REITOX Focal Point) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zorganizowało we współpracy z węgierskim Focal Pointem oraz Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) międzynarodową konferencję dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych pt. *Reitox Academy on New Psychoactive Substances*. Spotkanie odbyło się na początku września 2013 roku w Warszawie i było kontynuacją pierwszej konferencji ekspertów z 2012 roku w Budapeszcie. We wrześniowej konferencji wzięli udział eksperci z ponad 20 krajów, przede wszystkim z Unii Europejskiej, ale również Norwegii, Macedonii, Serbii i Gruzji. W ciągu dwóch dni wygłoszono 25 prezentacji na temat różnych aspektów problemu „dopalaczy” i przeciwdziałania temu zjawisku. Obecnie Polska wraz z Francją (lider projektu) Holandią, Wielką Brytanią i Czechami uczestniczy w projekcie o nazwie „I-Trend”, którego celem jest opracowanie narzędzi do internetowych badań nowych substancji psychoaktywnych, wykorzystując metody ilościowe i jakościowe. Polskim przedstawicielem w projekcie jest Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, która odpowiada za komponent ilościowy (badania on-line). Celem badania jest również określenie najczęściej występujących nowych substancji psychoaktywnych (tzw. TOP 10) i stworzenie dla nich folderów zawierających przydatne informacje dla praktyków z obszaru profilaktyki czy leczenia. W 2013 roku TOP 10, opracowany na podstawie danych z laboratoriów, zawierał następujące substancje: 3,4-DMMC, AM-2201, Brepheprone, Ethcathinone, MDPBP, Mephedrone, Pentedrone, PVP, UR-144, pMPPP.

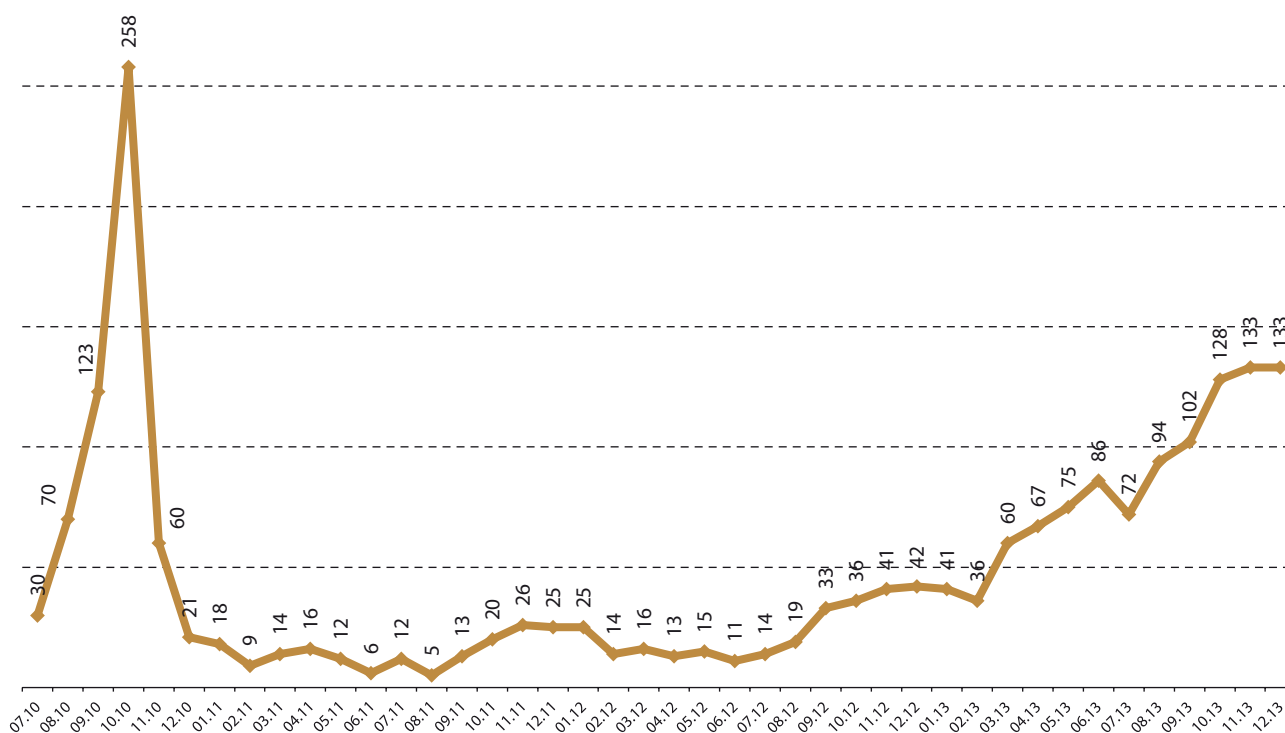
szybciej. Obecnie objęcie danej substancji zakazem w UE zajmuje przynajmniej dwa lata. W przyszłości Unia będzie w stanie wprowadzić taki zakaz w ciągu zaledwie 10 miesięcy. W wyjątkowo poważnych sytuacjach procedura ta zostanie jeszcze bardziej skrócona, ponieważ będzie możliwe również wycofanie substancji z rynku ze skutkiem natychmiastowym na okres jednego roku. Na podstawie tego przepisu substancja nie będzie już dostępna dla konsumentów, a w tym czasie przeprowadzona zostanie pełna ocena ryzyka i podjęta zostanie ostateczna decyzja. W obecnym systemie nie ma możliwości zastosowania środków tymczasowych i Komisja musi czekać, aż zostanie sporządzone sprawozdanie z pełnej oceny ryzyka, zanim przedstawi wniosek w sprawie ograniczeń dotyczących danej substancji. Nowy system pozwoli na stosowanie stopniowego podejścia. W efekcie substancje, które stwarzają umiarkowane zagrożenie, zostaną objęte ograniczeniami na rynku konsumenckim, natomiast substancje stanowiące duże zagrożenie – pełnymi ograniczeniami rynkowymi. Tylko najbardziej szkodliwe substancje, które stwarzają poważne zagrożenie dla zdrowia konsumentów, zostaną poddane przepisom prawa karnego, jak w przypadku nielegalnych nar-

kotyków, czyli zostaną zdelegalizowane w Europie. Nowy wniosek musi zostać przyjęty przez Parlament Europejski i państwa członkowskie w Radzie Unii Europejskiej, aby stał się obowiązującym prawem.

Nowe wyzwania

Ostatnie dane dotyczące zatruć wskazują na wzrost liczby interwencji medycznych z powodu używania „dopalaczy” (wykres 1). Dane przedstawione w pierwszej części artykułu wskazują na spadek używania „dopalaczy” wśród młodzieży, jednakże „dopalaczy” zaczęto używać w bardziej niebezpieczny sposób – w formie iniekcyjnej. Z badań wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek wiemy, że 12% osób w tych programach używa mefedronu, a 15% „dopalaczy”. Osoby, które zadeklarowały używanie mefedronu, w zdecydowanej większości robiły to iniekcyjnie (90% w 2012 roku). W 2010 roku odsetek ten był o wiele mniejszy – wyniósł 40%. W 2013 roku ponownie rozpoczęto otwieranie sklepów stacjonarnych z „dopalaczami”. Ich liczba jest jednak znacznie mniejsza od wartości z 2010 roku. Nadal głównym źródłem zaopatrzenia w „dopalacze” są sklepy internetowe.

Wykres 1. Liczba zatruć medycznych z powodu używania „dopalaczy”



Źródło: Piotr Burda, Krajowy Konsultant ds. Toksykologii Klinicznej, Ośrodek Kontroli Zatruć, Warszawa.

Podsumowanie

Działania podjęte w Polsce w celu zahamowania problemu nowych substancji psychoaktywnych zaowocowały szerokim spektrum aktywności (zmiany prawa, rozszerzenie listy substancji kontrolowanych, profilaktyka i edukacja, nadzór i działania bezpośrednio wymierzone przeciw punktom sprzedaży, przeniesienie tematyki na forum europejskie) i poskutkowało wymiernymi wskaźnikami, np. spadkiem raportowanych incydentów zagrożenia życia i zdrowia spowodowanych konsumpcją „dopalaczy”. Nie jest to jednak koniec problemu z „dopalaczami” w naszym kraju. W myśl zasady, że każdej akcji towarzyszy reakcja, spadek dostępności nowych substancji w punktach sprzedaży stacjonarnej spowodował wzrost ich podaży w sieci, przeniesienie handlu do krajów ościennych (Czechy) czy wzrost zainteresowania wprowadzaniem na rynek kolejnych alternatyw dla substancji kontrolowanych. Należy też zwrócić uwagę, że pomimo zamknięcia sklepów, niektóre z „dopalaczy” uzupełniły grupę tradycyjnych substancji psychoaktywnych na nielegalnym rynku, np. mefedron, który jest stosowany w iniekcjach przez osoby uzależnione od opiatów, w tym również pacjentów programów substytucyjnych.

Warto podkreślić, iż nowe rozwiązania nastawione są przeciwko producentom i handlarzom, a nie użytkownikom. Posiadanie środków zastępczych, jak w języku prawnym nazwane zostały „dopalacze”, nie jest karalne. Kara administracyjna może być nałożona na osoby, które wprowadzają je do obrotu. Nowym podmiotem, który na mocy prawa zajmuje się przede wszystkim środkami zastępczymi, jest inspekcja sanitarna. Służba sanitarna odpowiedzialna jest za kontrolę podmiotów podejrzewanych o sprzedaż środków zastępczych oraz za wycofanie ich z rynku w celu zbadania szkodliwości tych substancji.

Problem „dopalaczy” jest problemem ważnym, ale musi być analizowany jako element łańcucha wielu wyzwań, przed którymi stają społeczeństwo i jego wyspecjalizowane instytucje odpowiedzialne za polską politykę antynarkotykową. Obecna scena narkotykowa ulega stałym zmianom o charakterze ilościowym i jakościowym. Zmieniającym się wzorom konsumpcji substancji psychoaktywnych towarzyszy cały katalog zjawisk powiązanych zarówno z przeciwdziałaniem podaży narkotyków, np. przez internet czy też stosowanie innowacyjnych technik

przemytu, jak i z ograniczaniem popytu i redukowaniem szkód zdrowotnych powodowanych przez narkotyki i narkomanię. Wśród tych ostatnich zagadnień wysuwa się problematyka prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych czy też niezgodne z potrzebami leczniczymi stosowanie leków. Nie bez wpływu na postrzeganie „dopalaczy” mają również zmieniające się postawy społeczne wobec kwestii umiejscowienia narkotyków wśród innych problemów społecznych i powiązane z tym zjawiskiem zmiany stosunku do użytkowników niektórych narkotyków i stosunku do samych substancji, np. wzrastająca popularność postaw tolerancyjnych w odniesieniu do używania narkotyków, a szczególnie konopi indyjskich.

Problem nowych narkotyków wymaga stałej aktywności państwa i współpracy wielu osób i instytucji. Wiedza na temat tego dynamicznie rozwijającego się zjawiska systematycznie rośnie, co pomaga lepiej zrozumieć jego charakter. Jednak w dalszym ciągu konieczne jest wypracowanie bardziej skutecznych metod i mechanizmów monitorowania pojawiania się nowych substancji.

Warunkiem podstawowym skutecznego dialogu społecznego i reakcji wyspecjalizowanych instytucji na problem narkotyków jest formułowanie odpowiedzi na to zjawisko opierających się na monitoringu i badaniach dotyczących jego charakteru i reperkusji, a nie na mitach czy informacjach nie znajdujących potwierdzenia naukowego bądź też pod presją mediów. Dlatego też potrzebą chwili staje się przyjęcie rozwiązań strukturalno-organizacyjnych, które uruchomią proces powstawania systemu monitorowania zdarzeń medycznych w naszym kraju i systemu oceny ryzyka pojawiających się na polskim rynku narkotykowym nowych substancji i produktów o charakterze psychoaktywnym i szkodliwym dla zdrowia i bezpieczeństwa obywateli.

Bibliografia

- Fijałek Z., „The approach adopted by the National Medicines Institute for determination of new psychoactive substances; Legal Highs, Designer Drugs (DDs)”, 7-8 march 2011 r. prezentacja, Narodowy Instytut Leków, 2010.
- Malczewski A., „Dopalacze – nowe zjawisko na scenie narkotykowej”, *Remedium* nr 2/2011.
- Malczewski A., „Dopalacze w Europie – skala zjawiska oraz podjęte działania”, *Remedium* nr 3/2012.

Wyniki ostatniego badania na temat postaw młodych Europejczyków wobec narkotyków, przeprowadzonego w czerwcu 2014 roku na zlecenie Komisji Europejskiej¹ w 28 krajach członkowskich, na ogólnej próbie 13 128 osób w wieku 15-24 lata, pokazują zdecydowany wzrost zainteresowania młodzieży nowymi narkotykami („dopalaczami”) w ciągu ostatnich trzech lat. Może to oznaczać trend, który w przyszłości będzie się pogłębiał, dlatego wskazane jest bieżące monitorowanie tego zjawiska.

UŻYWANIE „DOPALACZY”. SYTUACJA W POLSCE NA TLE ZMIAN ZACHODZĄCYCH W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

*Tomasz Białas, Jacek R. Łuczak
Główny Inspektorat Sanitarny
Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi*

Problematyka „dopalaczy” utrzymuje się w centrum zainteresowania polskiej opinii publicznej i mediów. W niektórych doniesieniach podaje się w wątpliwość skuteczność działań podejmowanych przez organy państwa (głównie Państwowej Inspekcji Sanitarnej) i postuluje przyspieszenie procesu wprowadzania nowych substancji psychoaktywnych (NSP), określanych w polskim prawie jako środki zastępcze, a potocznie nazywanych „dopalaczami”, na listę substancji regulowanych ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii i w obręb przepisów karnych.

Przytoczone badanie wskazuje, że w porównaniu z innymi krajami UE, Polska jako jeden z nielicznych krajów nie pogorszyła swojej sytuacji w tym zakresie od 2011 roku. A nawet, biorąc pod uwagę fakt, że w 2014 roku 91% respondentów odpowiedziało, że *nigdy nie używali NSP*, a w 2011 roku ten odsetek wynosił 90%, sytuacja uległa nieznacznej poprawie. Najbardziej prawdopodobną hipotezą wyjaśniającą ten fakt, jest podjęcie zdecydowanych działań przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2010 roku i ich kontynuowanie w latach następnych. W 2014 roku powtórzono pytanie zadane w 2011 roku młodym Europejczykom z 27 krajów: Czy kiedykolwiek używałeś „dopalaczy” (nowe substancje psychoaktywne)? W Polsce odsetek odpowiedzi „tak” nie zmienił się (9% w 2011 i 9% w 2014), natomiast w Europie średni wynik wzrósł z 5% do 8%. Tak więc oddalenie od średniej europejskiej zmniejszyło się w Polsce z 4 do jednego punktu procentowego. To zniwelowanie różnicy w zaintereso-

waniu „dopalaczami” między naszym krajem a Europą można uznać za wskaźnik poprawy sytuacji w Polsce. Wyjąwszy Malte, gdzie według danych problem „dopalaczy” w ogóle nie występował w 2011 roku, najlepsza sytuacja była w Finlandii i we Włoszech (1% używających NSP). Jednak w 2014 roku, chociaż w Finlandii sytuacja nadal nie jest zła (2% wskazań), to we Włoszech używanie „dopalaczy” wzrosło do 6%. W Niemczech, Danii i Czechach sytuacja się nie zmieniła i wskaźnik utrzymuje się na dość niskim poziomie – ok. 4%. Z kolei w tym samym czasie dość znacząco uległa pogorszeniu sytuacja w Hiszpanii – o 8 punktów procentowych (do 13%), Francji i Słowacji o 7 punktów procentowych (do odpowiednio 12% i 10%) oraz w Irlandii o 6 punktów procentowych, osiągając rekordowy poziom 22% osób przyznających się do używania NSP. Można się zastanowić, jak wyglądałaby sytuacja w Polsce, gdyby nie działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej nastawione na ograniczanie podaży „dopalaczy”. Dane porównawcze wskazują na przesunięcie się Polski z 26 miejsca (przedostatniego) na 20 w rankingu konsumentów NSP wśród państw Unii Europejskiej. Wykres 1. obrazuje dynamikę

Tabela 1. Odsetek odpowiedzi „tak” na pytanie: Czy kiedykolwiek używałeś „dopalaczy”?

	UE, średnia odpowiedzi „tak”	Polska	Różnica
2011	5% (27 krajów)	9%	4 p.p.
2014	8% (28 krajów)	9%	1 p.p.

zmiany zainteresowania młodych Europejczyków „dopalaczami” w ciągu ostatnich trzech lat.

Młodzi Europejczycy najczęściej używają „dopalaczy” podczas imprez rozrywkowych oraz będąc z przyjaciółmi. Polska młodzież nie odbiega w tym względzie od średniej ogólnoeuropejskiej. Jednakże Polacy częściej niż średnia w UE używają „dopalaczy” w czasie pracy lub nauki oraz w samotności. Może to wskazywać na większą skłonność do łączenia „dopalaczy” z innymi aktywnościami, np. prowadzeniem samochodu.

Badania potwierdzają również przypuszczenia dotyczące sposobu zaopatrywania się młodych ludzi w „dopalacze”. Według statystyk, 17% Polaków używających „dopalaczy”, kupuje je w sklepach (średnia europejska – 10%), natomiast za pośrednictwem internetu robi to 6% badanych. Aż 77% biorących wskazuje na zaopatrywanie się w NSP za pośrednictwem osób trzecich (średnia UE – 68%).

W badaniu spytano także respondentów o dostępność i źródła wiedzy na temat efektów i ryzyka używania NSP. Tabel 3. przedstawia wyniki otrzymane na pytanie: Czy w ciągu ostatniego roku uzyskałeś informacje na temat efektów i ryzyka używania „dopalaczy” i jakie były źródła tych informacji?

Dane wskazują, że Polska ma najlepsze w Unii kampanie medialne, bardzo wysoki (najwyższy po Litwie i Rumu-

nii) odsetek pozyskiwania informacji z internetu, dobrą sytuację w zakresie szkolnych programach profilaktycznych. O bardzo wysokiej świadomości zagrożenia, jakie niosą za sobą „dopalacze”, świadczy niewielki odsetek młodych Polaków określających siebie jako „niedoinformowanych” (11% przy średniej unijnej 29%).

Potwierdzają to również opinie młodych Polaków dotyczące ryzyka zdrowotnego związanego z przyjmowaniem „dopalaczy”. Aż 68% Polaków wskazuje na wysokie ryzyko okazjonalnego przyjmowania NSP (najwyższy odsetek w Unii przy średniej 57%); z kolei regularne zażywanie „dopalaczy” jako wysoce ryzykowne postrzega 93% naszych rodaków (najwyżej po Hiszpanii, przy średniej unijnej na poziomie 87%). Przyczyn takiego stanu świadomości należy upatrywać w sukcesach kampanii medialnych, masowych imprez publicznych i realizacji

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie o okoliczności używania „dopalaczy”

	Średnia UE 28	Polska
używam NSP z przyjaciółmi	60%	61%
w trakcie imprez	65%	63%
w trakcie pracy, nauki	9%	16%
w samotności	15%	29%

Wykres 1. Używanie dopalaczy w UE w 2011 i 2014 roku (kiedykolwiek w życiu, w %)

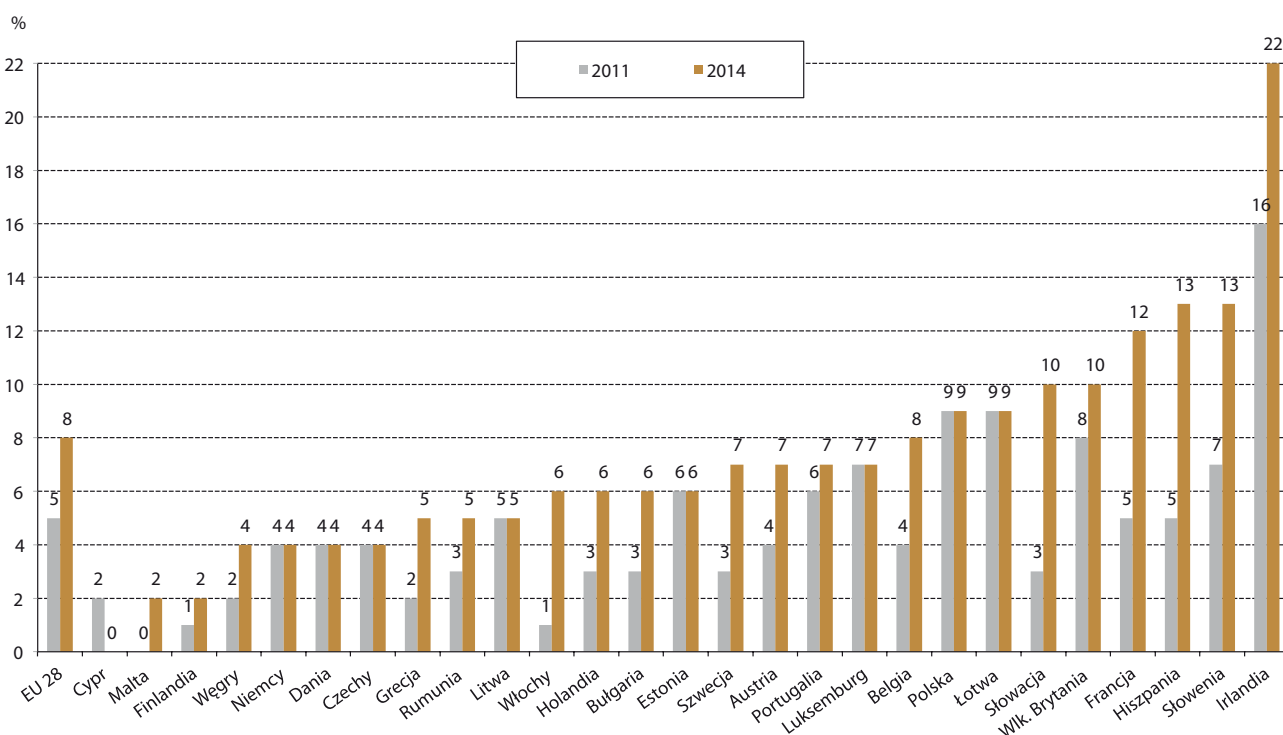


Tabela 3. Odsetek odpowiedzi na pytanie: Czy w ciągu ostatniego roku uzyskałeś informacje na temat efektów i ryzyka używania „dopalaczy” i jakie były źródła tych informacji?

	Średnia UE 28 krajów rozpiętość przedziałów	Polska
szkolne programy profilaktyczne	22% (7%-41%)	28%
od przyjaciół	18% (9%-29%)	27%
od rodziców i rodziny	9% (2%-20%)	10%
poprzez kampanie medialne	29% (14%-45%)	45%
od policji	6% (0%-15%)	7%
z internetu	30% (11%-52%)	47%
poprzez telefon zaufania	1% (0%-3%)	1%
nie uzyskałem takich informacji	29% (8%-65%)	11%

szkolnych programów profilaktycznych dotyczących przeciwdziałania używaniu nowych substancji psychoaktywnych, których inicjatorem i współorganizatorem są najczęściej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Badanych zapytano również o opinię na temat sposobu odnoszenia się do problemu używania NSP, niereagowania albo przeciwnie reagowania poprzez regulacje prawne i zakazy. Poglądy respondentów z Polski nie odbiegają od średnich unijnej, za wyjątkiem relatyw-

Tabela 4. Odsetek odpowiedzi na pytanie: Jak trudno lub jak łatwo uzyskałbyś „dopalacze” w ciągu 24 godzin?

	Średnia UE 28 krajów	Polska
niemożliwe	21%	20%
bardzo trudne	23%	18%
dość trudne	27%	27%
dość łatwe	18%	23%
bardzo łatwe	7%	10%
brak odpowiedzi	4%	2%
razem – trudne	50%	45%
razem – łatwe	25%	33%

nie licznej grupy (3% przy 1% w UE) opowiadającej się przeciwko jakimkolwiek regulacjom.

Młodzi Europejczycy wyrażali również swoje opinie na temat dostępu do NSP. Krajem, w którym jest najtrudniejszy dostęp do NSP, jest Finlandia; podobnie jest w Grecji i na Litwie. Najłatwiejszy dostęp, zdaniem respondentów, jest w sąsiadującej z Litwą – Łotwie, w Irlandii, Bułgarii oraz w Portugalii. W Polsce dostęp jest tylko nieco łatwiejszy niż średnia dla UE.

Europejscy respondenci odpowiadali również na pytanie dotyczące działań, które mogą w sposób najefektywniejszy ograniczyć problem używania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Na pierwszym miejscu badani wymieniali działania skierowane przeciwko dilerom (57%), następnie kampanie informacyjne (43%) oraz zwiększanie możliwości uprawiania sportu, uczestniczenia w imprezach rozrywkowych i kulturalnych przez osoby młode (36%). Zdecydowanie mniejszy odsetek wskazań zanotowały działania w kierunku ograniczenia ubóstwa i bezrobocia (22%), surowsze traktowanie konsumentów narkotyków (25%) i legalizacja narkotyków (18%). Odpowiedzi młodych Polaków nie odbiegały znacząco od średnich wskazań dla 28 krajów Unii Europejskiej.

Omawiane badanie zostało zrealizowane na stosunkowo niewielkiej próbie badawczej, co może rodzić wątpliwości w zakresie krajowych uogólnień. Jego celem, ważniejszym niż sama dokładność, jest szybkie dostarczenie wystandaryzowanej (porównywalnej) informacji obejmującej wszystkie kraje Unii Europejskiej. Daje to dobrą możliwość odniesienia wskazań krajowych do średniej unijnej, natomiast w przypadkach skrajnych odrębności należy się zastanowić nad ich przyczynami, których wyjaśnienie nie wydaje się możliwe bez realizacji bardziej pogłębionych badań.

Przypisy

¹ Flash Eurobarometer 401 „Young people and drugs”, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm#401

Bibliografia

- Flash Eurobarometer 401 „Young people and drugs”, czerwiec 2014.
Flash Eurobarometer 330 „Youth attitudes on drugs”, lipiec 2011.
Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata zwalczania „dopalaczy” w Polsce, listopad 2013.

Uzależnienie od hazardu powoduje w Polsce, podobnie jak w innych krajach, wiele negatywnych skutków o charakterze finansowym i innym – rodzinnym, zdrowotnym, prawnym itp. Wśród możliwych konsekwencji finansowych uzależnienia od hazardu najczęściej wskazywaną przez osoby badane były długi, następnie strata dóbr materialnych i strata oszczędności. Spośród konsekwencji niematerialnych najważniejszą jest pogorszenie się relacji rodzinnych. Granie w gry hazardowe odbija się w sposób niekorzystny także na pracy, nauce i zdrowiu respondentów.

SZACOWANIE SPOŁECZNYCH KOSZTÓW HAZARDU PROBLEMOWEGO I PATOLOGICZNEGO¹

Zofia Mielecka-Kubień

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

Wprowadzenie

Słowo hazard pochodzi² od arabskiego *az-zahr*, co oznacza grę w kości. Cechą charakterystyczną hazardu jest wpływ przypadku na otrzymanie nagród pieniężnych lub innych w grze. Stąd obecnie powszechnie przyjmuje się, że „hazard oznacza uzyskiwanie pieniędzy, czy innych nagród w grach z niepewnym wynikiem, opartym na przypadku losowym”³. Ostateczny wynik gry może zależeć również od dodatkowych elementów, jak zręczność lub wiedza, które to elementy nie mogą jednak mieć istotnego wpływu na wyniki gry. Drugim elementem charakteryzującym grę losową jest to, że grając, można zyskać lub stracić, nie tylko w sensie finansowym – pieniądze, ale rzeczy, a nawet życie (por. Skowronek, 2012, s. 26).

Według polskiego prawa, aby gra była uznana za losową, muszą być spełnione następujące warunki (Ibid., s. 27):

- wynik gry zależy od przypadku,
- istnieje regulamin określający warunki gry,
- aby uczestniczyć w grze należy nabyć (odpłatnie lub nieodpłatnie) los lub inny dowód udziału w grze.

Regulacje dotyczące gier hazardowych w Polsce zawarte są w Ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. Nr 201, poz. 1540 z późn. zm.), która obowiązuje od 1 stycznia 2010 r. Ustawa określa warunki urządzania i zasady prowadzenia działalności w zakresie gier losowych, zakładów wzajemnych i gier na automatach. W przepisach cytowanej ustawy zawarto definicje oraz katalog gier hazardowych.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się m.in. następujące rodzaje hazardu: gra w karty na pieniądze (m.in. black jack, poker, baccarat), zakłady na wyścigach koni, psów lub innych zwierząt, sportowe zakłady bukmacherskie,

gra w kości na pieniądze, gry w kasynie (legalnym lub nie), gra w lotto, inne gry liczbowe lub zakłady pieniężne, gra w bingo, gra na giełdach, granie na automatach (na urządzeniach mechanicznych, elektromechanicznych lub elektronicznych), gra na pieniądze w gry wymagające zręczności (np. w kręgle, w bilard, w golfa lub inne), loterie pieniężne, fantowe lub inne gry losowe, konkursy organizowane przez różne instytucje wymagające telefonowania lub wysyłania płatnych esemesów, e-hazard, czyli uprawianie gier losowych za pośrednictwem internetu.

W Polsce problem hazardu szybko narasta w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Świadczy o tym zarówno wzrost możliwości jego uprawiania w różnej formie, jak również rosnąca liczba osób leczonych z uzależnienia od hazardu (wg danych NFZ liczba osób leczonych z rozpoznaniem hazardu patologicznego wynosiła 389 osób w 2004 roku i 2713 osób w 2011 roku, wzrosła więc w tym czasie prawie siedmiokrotnie). Z drugiej strony hazard generuje dochody przedsiębiorców działających w tej sferze i jest źródłem wpływów do budżetu państwa (w 2012 roku podatek od gier losowych i zakładów wzajemnych stanowił ok. 2,4% wszystkich podatków akcyzowych). Rozpatrując ogólną tendencję rozwojową, wielkości podatku od gier losowych i zakładów wzajemnych, można wyróżnić (ryc. 1):

- okres coraz szybszego wzrostu trwający do 2010 roku,
- okres niewielkiego spadku wartości w latach 2011–2012; spadek ten niekoniecznie musi świadczyć o zmniejszeniu się zainteresowania grami hazardowymi – znaczenie ma tu zapewne możliwość uprawiania hazardu poza działalnością opodatkowaną.

Hazard można uprawiać obecnie nie tylko w kasynach gry (legalnych lub nielegalnych), lecz także w salonach

gier, loteriach, w internecie, kolekturach lotto itp. W określonych okolicznościach działania te, traktowane początkowo jako rozrywka lub szybki i łatwy sposób osiągnięcia korzyści finansowych, nabierają cech choroby – uzależnienia behawioralnego, powodującej negatywne skutki o charakterze zdrowotnym, finansowym, rodzinnym i innym, co można ogólnie określić jako koszty społeczne.

Celem artykułu jest prezentacja⁴ niektórych kierunków badań nad społecznymi kosztami hazardu na świecie, a następnie przedstawienie wybranych wyników takiego badania przeprowadzonego w Polsce w latach 2012–2013.

Skutki uprawiania hazardu i szacowanie ich wielkości w świetle literatury światowej

Na skutek uzależnienia od hazardu cierpi nie tylko osoba uzależniona, lecz także jej otoczenie, a przede wszystkim rodzina, ponosząca często straty materialne i niematerialne (osłabienie więzi rodzinnych, rozpad rodziny). Problemy zawodowe nałogowego hazardzisty powodują nierzadko negatywne skutki dla jego pracodawcy; można tu wymienić: spóźnianie się do pracy i absencję, niższą wydajność pracy hazardzisty, okradanie pracodawcy itp. Hazard problemowy i patologiczny powoduje także negatywne skutki społeczne o charakterze finansowym i innym, takie jak: dodatkowe koszty opieki zdrowotnej nad hazardzistami, koszty opieki socjalnej, straty wynikające z niepłacenia przez hazardzistów podatków i alimentów, wzrost

przestępczości związany z uprawianiem hazardu⁵, co z kolei generuje koszty organów kontroli, ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

Skutki problemowego i patologicznego uprawiania hazardu można więc rozpatrywać z różnych punktów widzenia, tj.:

- osoby grającej (skutki indywidualne) i jej otoczenia,
- pracodawcy osoby grającej,
- lokalnych społeczności miejsc, gdzie uprawiany jest hazard,
- budżetu państwa i całego społeczeństwa.

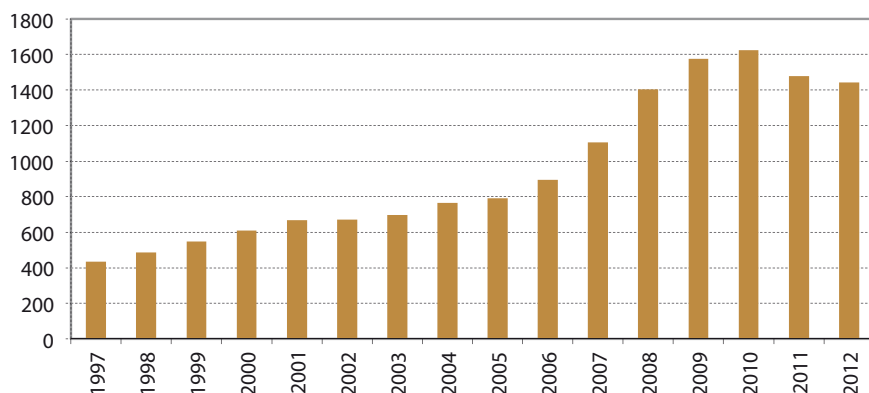
W literaturze anglosaskiej określenie *social costs* (koszty społeczne) obejmuje nie tylko koszty w znaczeniu finansowym (materialne, wyrażalne wartościowo), lecz także inne skutki (niematerialne, niewyrażalne wartościowo), jak np. zdrowotne, prawne czy rodzinne. Wśród skutków hazardu patologicznego i problemowego wyróżnia się więc (Williams, Rehm, Stevens, 2011) koszty wyrażalne w formie wartościowej oraz niewyrażalne w formie wartościowej. W takim też znaczeniu (tj. jako koszty finansowe i inne skutki) będą rozważane koszty uprawiania hazardu w niniejszym opracowaniu.

Problem szacowania wielkości społecznych kosztów hazardu nabiera szczególnego znaczenia w dwóch sytuacjach: w trakcie politycznych debat dotyczących legalizacji nowego rodzaju gier hazardowych i przy formułowaniu programów prewencyjnych i leczenia uzależnionych hazardzistów.

Tego rodzaju badania prowadzono w Stanach Zjednoczonych od połowy lat 90. ubiegłego wieku. Celem ich było otrzymanie wartościowej oceny kosztów

i zysków wynikających przede wszystkim z powstania kasyna gry, co było potrzebne w procesie decyzyjnym dotyczącym możliwości powstawania kasyn w określonym regionie. Od tego czasu powstało wiele opracowań na ten temat i trwa ożywiona dyskusja dotycząca ich wartości, jednakże, jak stwierdza D.M. Walker (Walker, 2007), „mimo najlepszej chęci naukowców aktualny społeczny koszt hazardu nie został oszacowany”. Do rozstrzygnięcia pozostaje wiele problemów o charakterze metodologicznym; w szczególności brak jest

Ryc. 1. Dochody budżetowe z tytułu podatku od gier losowych i zakładów wzajemnych w latach 1997–2012 (mln zł).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów.

ogólnie przyjętej definicji kosztów społecznych, co powoduje, że jest sprawą dyskusyjną, które rodzaje kosztów powinny być włączone, a które wyłączone z tej kategorii. W dodatku brak jest uznanej metodologii pomiaru wartości tych kosztów – tym niemniej czynione są różne próby w tym zakresie. Głównym jednak problemem jest brak potrzebnych danych statystycznych (Walker, 2003). Można zresztą spostrzec, że dostępność danych statystycznych jest jednym z najważniejszych czynników określających zakres badania i sposób jego prowadzenia.

Najczęściej wykorzystywaną metodą otrzymywania danych statystycznych, będących następnie podstawą szacowania wielkości skutków niematerialnych i kosztów finansowych uzależnienia od hazardu problemowego i patologicznego, są badania sondażowe. W szczególności z reguły są one stosowane przy szacunkach na poziomie indywidualnym, gdzie trudno w inny sposób zdobyć potrzebne informacje, a następnie wykorzystywane do szacunków na innych poziomach agregacji.

Pierwszym krokiem dla oceny społecznych skutków hazardu problemowego i patologicznego jest określenie zakresu tego zjawiska; na tej podstawie można oszacować zarówno bezpośrednio (np. koszty leczenia), jak i pośrednio (np. spadek wydajności pracy, przedwczesny zgon hazardzisty) koszty hazardu problemowego i patologicznego – patrząc z punktu widzenia społeczeństwa. Badania sondażowe są więc na ogół poprzedzone badaniami przesiewowymi prowadzonymi na próbie losowej w celu określenia wielkości populacji problemowych i patologicznych hazardzistów. W badaniach przesiewowych można posłużyć się różnymi kwestionariuszami, z których najbardziej popularne to kwestionariusze DSM-IV⁶ i SOGS⁷.

Dobrym (i typowym) przykładem takiego badania, w którym dane sondażowe zostały później wykorzystane do szacowania kosztów patologicznego hazardu na wyższym poziomie agregacji, jest badanie opisane u Schwer, Thompson i Nakamuro (2003). Dotyczyło ono stanu Newada w Stanach Zjednoczonych. W badaniu sondażowym pytano o: charakterystyki demograficzne, historię uzależnienia hazardzisty, o to gdzie i w jakie gry grał, o wielkość przegranych, długów i źródła finansowania hazardu, popełnione kradzieże i inną działalność nielegalną, o wpływ uzależnienia od hazardu na zatrudnienie, o korzystanie z pomocy społecznej,

koszty leczenia, a także o myśli i próby samobójcze. Następnie, na podstawie informacji otrzymanych jako odpowiedzi na powyższe pytania, stworzono profil społecznych kosztów przeciętnego hazardzisty. W kolejnym etapie badania określono, kogo dany rodzaj kosztów powodowanych przez przeciętnego hazardzistę obciąża i na tej podstawie oszacowano koszt społeczny (rozumiany jako koszt spowodowany przez hazardzistę, ale obciążający kogoś innego) w stanie Newada i w sąsiednich stanach.

Jak wspomniano wyżej, jednymi z najczęstszych są badania dotyczące skutków powstania i istnienia kasyn gry. Decyzja o powstaniu kasyna na określonym terenie powinna być bowiem poprzedzona oceną potencjalnych kosztów i zysków wynikających z tego tytułu dla lokalnych społeczności. Po stronie zysków bierze się pod uwagę (McGowan, 2012, s. 8): dochody z podatków, wzrost zatrudnienia, wpływ na rozwój danego regionu (budowanie hoteli, restauracji itp.) oraz zysk konsumenta (*consumer benefit*, *consumer surplus*) rozumiany jako zadowolenie konsumentów z poszerzonych możliwości swojego wyboru⁷, w tym przypadku z wyboru sposobu rozrywki.

Jednakże czasem nie jest rzeczą oczywistą, co można uznać w danym przypadku za zysk, przykładowo jedną z korzyści, jakie może zapewnić powstanie kasyna, jest wzrost liczby zatrudnionych w danym regionie. Jeśli można przyjąć założenie o pełnym zatrudnieniu, można jednak argumentować, że gdyby kasyno nie powstało, osoby mieszkające w jego okolicy byłyby zapewne zatrudnione gdzie indziej, trudno więc uznać możliwość dodatkowego zatrudnienia w kasynie za korzyść. Przy występowaniu na danym terenie bezrobocia korzyść ta jest natomiast niewątpliwa – pod warunkiem, że zatrudnieni w kasynie rekrutują się spośród lokalnych bezrobotnych.

Po stronie kosztów (*social costs*) bierze się natomiast najczęściej pod uwagę wzrost przestępczości na danym terenie, wzrost liczby bankructw osób tam mieszkających oraz powstanie konkurencji dla istniejących lokalnych restauracji i innych obiektów, przede wszystkim o charakterze rozrywkowym, co często kończy się ich unicestwieniem; zjawisko to nazywane jest kanibalizacją.

Ocenę, czy powstanie kasyna wpłynęło, przykładowo, na wzrost zatrudnienia na danym terenie, można oprzeć na porównaniu sytuacji w zatrudnieniu przed

i po powstaniu kasyna. Przykładowy wynik takiego badania przedstawiono na ryc. 2.

Biorąc pod uwagę, że pierwsze kasyno powstało w okręgu Warren (Stany Zjednoczone) w lutym 1993 roku, można uznać, iż fakt ten wpłynął na wzrost zatrudnienia w tym okręgu (korzyść). W podobny sposób można badać wpływ powstania kasyna na zmiany infrastruktury na określonym terenie.

W badaniach dotyczących wpływu istnienia kasyn gry na przestępczość, bankructwa czy też inne negatywne skutki, które można przypisać hazardowi, najczęściej porównuje się sytuację w okręgach administracyjnych (w Stanach Zjednoczonych są to zwykle stanowe okręgi administracyjne – *counties*), gdzie są kasyna gry, z sytuacją w grupie kontrolnej okręgów, gdzie kasyn nie ma. Idealna sytuacja byłaby, gdyby te dwie grupy różniły się tylko co do istnienia w nich kasyn. W praktyce naukowcy starają się dobrać okręgi najbardziej podobne do siebie, przynajmniej pod względem najważniejszych, z punktu widzenia celu badania, cech.

Z przeprowadzonej analizy publikacji dotyczących metod szacowania kosztów (w sensie materialnym i niematerialnym) hazardu problemowego i patologicznego wynika, że jak dotąd nie ma jednej ogólnie przyjętej metody szacunku. W zależności od potrzeb oraz dostępności informacji statystycznych różni autorzy proponują i wykorzystują swoje pomysły w tym zakresie.

Najważniejszą moim zdaniem rzeczą jest uporządkowanie definicji, określenie perspektyw, z jakich szacunki

się prowadzi, a następnie dostosowanie odpowiednich metod. Obiecującym jest zastosowanie bardziej zaawansowanych metod analizy ilościowej (statystyki i ekonometrii).

Ocena wielkości skutków hazardu problemowego i patologicznego na podstawie badań ankietowych

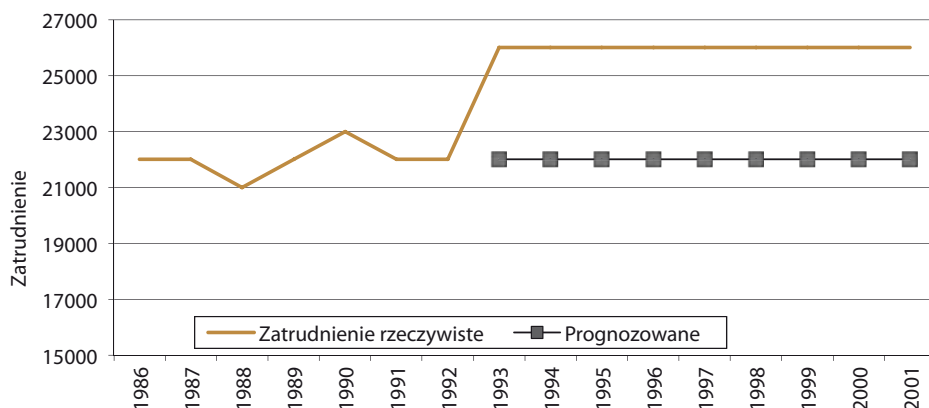
Celem projektu zrealizowanego w latach 2012–2013 przez zespół naukowców Katedry Ekonometrii Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach było skonstruowanie narzędzia do oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego i jego walidacja na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów ośrodków leczenia uzależnienia od hazardu, a następnie, na podstawie przeprowadzonych wywiadów ankietowych, oszacowanie wielkości skutków niematerialnych i kosztów finansowych spowodowanych przez uzależnienie od hazardu problemowego i patologicznego dla osób uzależnionych (koszty indywidualne).

Wykorzystanym narzędziem był liczący 15 stron kwestionariusz ankietowy, a 228 wywiadów ankietowych zostało przeprowadzonych przez terapeutów zatrudnionych w ośrodkach leczenia uzależnienia od hazardu. Przy formułowaniu pytań oparto się na kwestionariuszach i wynikach badań prowadzonych w innych krajach, w szczególności wykorzystano wskazania zawarte w pracy Hayward, Colman (2004).

Pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety zostały podzielone na trzy części (I, II i III) oraz siedem podgrup pytań, oznaczonych literami alfabetu (od A do G). Celem pytań stawianych w części I A było poznanie historii uzależnienia od hazardu pacjenta. Pytania dotyczyły rodzajów i okoliczności uprawiania hazardu, a następnie historii jego leczenia i kosztów w związku z tym ponoszonych.

Część II pytań dotyczyła różnych skutków uprawiania hazardu. Część II B zawierała pytania dotyczące omawianych skut-

Ryc. 2. Schemat badania wpływu powstania kasyna na wzrost zatrudnienia (w osobach) w okręgu Warren



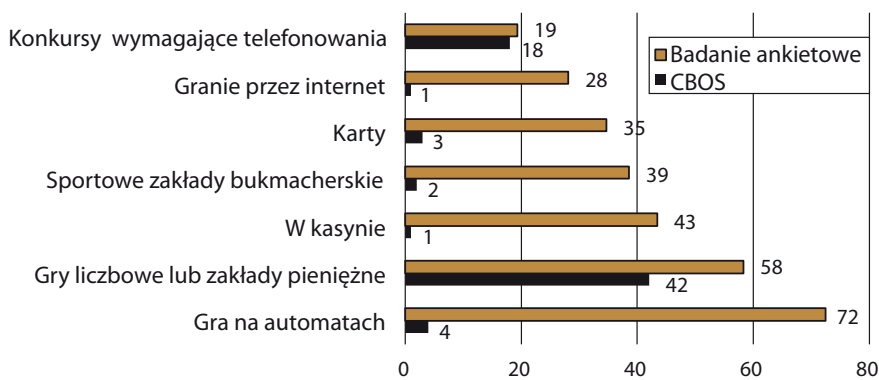
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Garret, 2004, s. 7.

Uwaga: Zatrudnienie prognozowano zakładając, że kasyno nie powstało.

ków w kontekście wykształcenia i przebiegu pracy zawodowej pacjenta, a w szczególności strat w tych obszarach spowodowanych uprawianiem hazardu. Część II C obejmowała pytania, których celem było otrzymanie informacji o negatywnych skutkach uprawiania hazardu dla sytuacji rodzinnej hazardzisty. Część II D dotyczyła skutków zdrowotnych uprawiania hazardu dla respondenta oraz wydatków ponoszonych w związku z tym (wydatki na leki, wizyty u lekarzy). Ponieważ uzależnieniu od hazardu często towarzyszy uzależnienie od alkoholu, papierosów lub narkotyków, dodatkowo sformułowano odpowiednie pytania. Część II E była kluczowa z punktu widzenia celu badania, obejmowała ona bowiem pytania dotyczące skutków finansowych uprawiania hazardu. Pytania dotyczyły za-

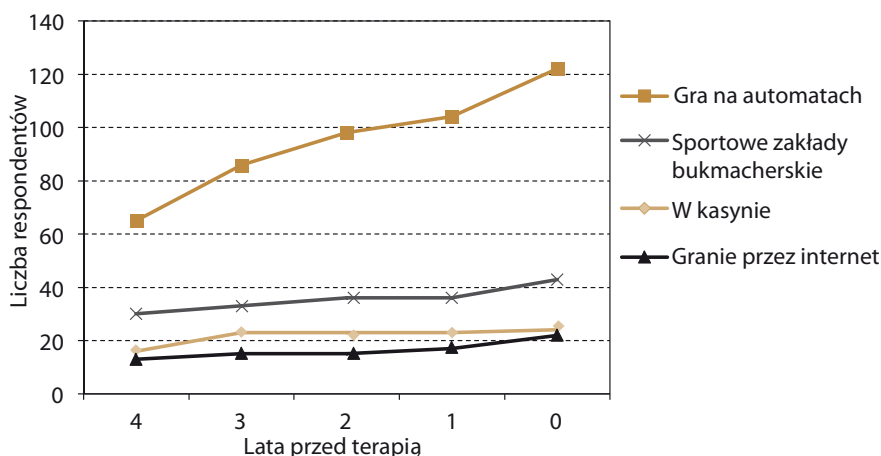
równo długów spowodowanych uprawianiem hazardu, jak i utraty różnych dóbr materialnych i oszczędności. Pytania zawarte w części II F dotyczyły skutków prawnych uprawiania hazardu. Były to pytania, na które odpowiedź była dla respondentów szczególnie kłopotliwa. Część II G była podsumowaniem negatywnych konsekwencji uprawiania hazardu danej osoby, swego rodzaju bilansem. W końcowym fragmencie tej części kwestionariusza zostało postawione pytanie o to, jak respondent ocenia możliwości naprawy negatywnych skutków uprawiania hazardu. Część III zawierała pytania o płeć, wiek i miejsce zamieszkania respondenta. W kwestionariuszu przewidziano także miejsce na uwagi i komentarze pacjenta bądź przeprowadzającego wywiad terapeutyczny.

Ryc. 3. Odsetek osób uprawiających różne rodzaje hazardu według badania CBOS oraz wyników badania ankietowego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu CBOS (*Polak w szponach...*, 2011) oraz Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 17.

Ryc. 4. Respondenci według niektórych rodzajów gier w okresie przed rozpoczęciem aktualnej terapii



Źródło: Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 31.

Uwaga: Ponieważ te same osoby uprawiały różne rodzaje hazardu, suma odpowiedzi nie jest równa 100.

Warto zaznaczyć, iż zaprojektowany kwestionariusz ankietowy, zawierający pytania dotyczące rozmiarów destrukcji spowodowanej uzależnieniem od hazardu, może być wykorzystywany w terapii osób uzależnionych.

Jest rzeczą charakterystyczną, że ankietowani pacjenci ośrodków terapii uprawiali zazwyczaj inne rodzaje hazardu niż ogół mieszkańców Polski⁸. Niektóre z tych różnic przedstawiono na ryc. 3.

Znamienne różnice występują dla gry na automatach (72,4% ankietowanych w porównaniu z 4% w populacji dorosłych mieszkańców Polski), grze w kasynach (43,4% w porównaniu do 1%), grze w karty (34,7% oraz 3%) i grze za pośrednictwem internetu (28,1% i 1%). Okazuje się także, że liczba respondentów uprawiających gry charakterystyczne dla problemowych i patologicznych hazardzistów znacząco wzrastała w latach poprzedzających podjęcie przez nich terapii, co ilustruje ryc. 4.

Uprawianie hazardu spowodowało dla respondentów wiele negatywnych skutków o charakterze materialnym i niematerialnym. Wielkość niektórych skutków finansowych (średnio

na 1 respondenta) prezentuje ryc. 5. Można spostrzec, że najwyższą wartością cechowały się długi (uzależnienie od hazardu bardzo często prowadzi do powstania długów), a następnie strata dóbr materialnych i oszczędności.

Zadłużenie ankietowanych związane z hazardem ilustruje ryc. 6. W okresie przed podjęciem przez respondentów terapii można zauważyć wzrost średniej (w przeliczeniu na 1 respondenta) wielkości długów zaciągniętych na uprawianie hazardu z 27 067,20 zł cztery lata przed podjęciem terapii do 53 235,10 zł w roku

podjęcia terapii (wzrost prawie dwukrotny). Znaczący wpływ na wartość omawianej średniej wywarły długi osób najbardziej zadłużonych – maksymalne zadłużenie w badanej grupie osób wyniosło 640 tys. zł.

Jest rzeczą charakterystyczną, że rozkład długów respondentów przed uzależnieniem cechuje się skrajną asymetrią prawostronną, wskazującą, że zdecydowana większość nie posiadała żadnych długów; w trakcie uzależnienia oraz w momencie podjęcia terapii liczba respondentów, którzy mają długi rośnie i zdecydowana większość respondentów ma wysokie zadłużenie, natomiast jedynie nieliczni mają niskie

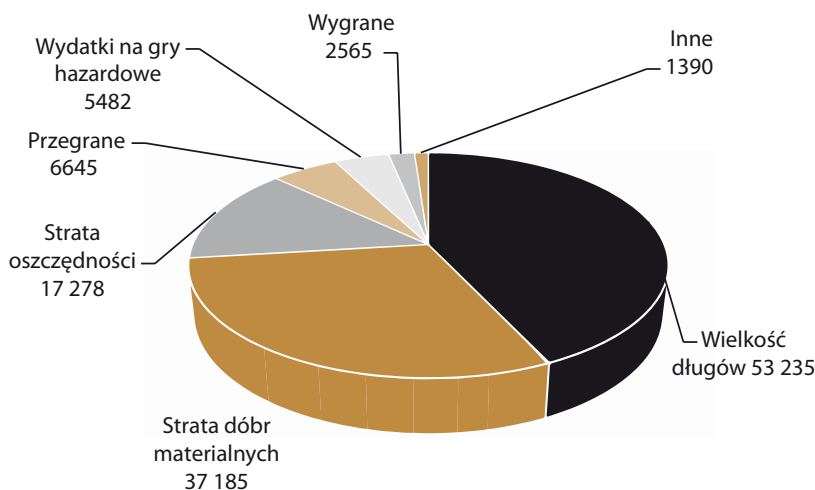
długi lub nie są zadłużeni. W momencie badania ankietowego długi związane z hazardem posiadało ok. 88% ankietowanych.

Okazuje się także, że respondenci z roku na rok wydawali coraz większą kwotę pieniędzy na uprawianie hazardu – mediana udziału wydatków na hazard w dochodach ankietowanych osób w ciągu czterech lat przed podjęciem przez nich terapii wzrosła z 33% (cztery lata przed podjęciem terapii) do 80% w roku podjęcia terapii, natomiast mediana udziału wydatków na hazard w dochodach gospodarstw domowych respondentów wzrosła odpowiednio z 30% do 70%.

Znaczne wydatki na hazard, spadek dochodów i oszczędności oraz narastające zadłużenie spowodowały, że hazardziści, aby zdobyć pieniądze na uprawianie hazardu, sprzedawali różne dobra materialne lub tracili je na poczet długów. Największą stratę w tym zakresie poniósł respondent, który utracił: dom o wartości ok. 1 mln zł, samochód o wartości ok. 60 tys. zł, sprzęt elektroniczny o wartości ok. 5,0 tys. zł, oszczędności ok. 400 tys. zł, firmę o wartości ok. 150 tys. zł, łącznie – ok. 1 615 mln zł.

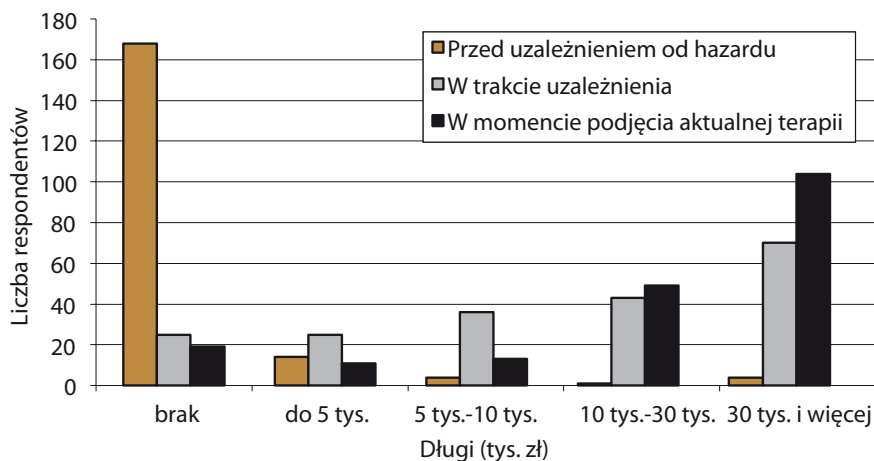
Gra zajmowała respondentom także coraz więcej czasu – czas poświęcany miesięcznie przez nich na gry hazardowe cztery lata przed podję-

Ryc. 5. Wybrane konsekwencje finansowe uprawiania hazardu w roku podjęcia terapii (średnio w zł na 1 respondenta)



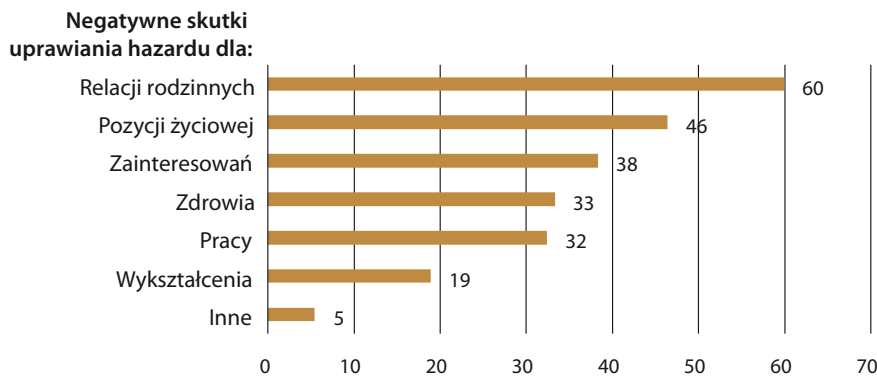
Zródło: Opracowanie własne na podstawie Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 97.

Ryc. 6. Rozkład długów respondentów (w tys. zł) przed uzależnieniem od hazardu, w jego trakcie oraz w momencie podjęcia aktualnej terapii



Zródło: Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 68.

Ryc. 7. Negatywne niefinansowe skutki uprawiania hazardu wskazane przez respondentów (%)



Źródło: Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 74.

Uwaga: Ponieważ te same osoby mogą doświadczać kilku skutków, suma odpowiedzi nie jest równa 100.

ciem przez nich terapii to średnio ok. 53,9 godzin, a w roku podjęcia terapii – 84,1 godzin.

Oprócz negatywnych konsekwencji o charakterze finansowym, respondenci doświadczyli negatywnych skutków uprawiania hazardu w innych sferach (ryc. 7). Okazuje się, że u blisko 60% badanych pogorszyły się relacje rodzinne (do utraty rodziny włącznie), a ponad 46% badanych utraciło (lub pogorszyła się) swoją pozycję życiową. Wielu respondentów zrezygnowało z innych zainteresowań (około 38%), a co trzeci badany deklarował pogorszenie bądź utratę zdrowia lub pracy. Blisko 20% respon-

Tabela 1. Profil typowego hazardzisty

Lp.	CECHA	OPIS
1	Płeć	Mężczyzna
2	Wiek	34-43 lata
3	Miejsce zamieszkania	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
4	Wykształcenie	Średnie
5	Status zawodowy	Zatrudniony na stałe
6	Stan cywilny	Żonaty
7	Rodzaj gry	Najczęściej gra na automatach, w dalszej kolejności w gry losowe – lotto i zakłady pieniężne
8	Powód rozpoczęcia grania	Dla pieniędzy, dla rozrywki, dla zabicia nudy
9	Największe kwoty stawiane jednorazowo (mediana)	Kwota w wysokości 500,00 zł stawiana na automatach, w kasynie gry i na giełdzie
10	Kwota wydawana miesięcznie na hazard w roku podjęcia terapii (mediana)	2000,00 zł
11	Długi finansowe w roku podjęcia terapii (mediana)	30 000,00 zł
12	Miesięczna liczba godzin poświęcana na hazard w roku podjęcia terapii (mediana)	40 godzin
13	Skutki finansowe uprawiania hazardu	Zadłużenie u przyjaciół i znajomych oraz branie pożyczek bez wiedzy i zgody najbliższych
14	Skutki zdrowotne uprawiania hazardu	Obniżenie nastroju, stany rozdrażnienia, niepokoju i lęku
15	Skutki rodzinne	Narastające konflikty lub izolacja w relacjach z rodziną, narażenie bliskich na stres, utrata rodziny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 92.

dentów na skutek uprawiania hazardu nie osiągnęło planowanego poziomu wykształcenia.

Podsumowaniem wyników przeprowadzonego badania jest przedstawiony w tabeli 1. profil typowego hazardzisty. Dla zmiennych o charakterze finansowym i czasu poświęcanego na gry wnioskowano na podstawie wartości przeciętnych, przy czym ze

względu na istnienie obserwacji odstających, brano pod uwagę wartości mediany (była ona z reguły niższa niż średnia arytmetyczna). W innych przypadkach brano pod uwagę wielkości najczęściej występujące.

W końcowym etapie przeprowadzonego badania proszono respondentów o zaznaczenie, który z ne-

gatywnych skutków uzależnienia od hazardu był w ich odczuciu najważniejszy, a który najmniej ważny (ryc. 8) oraz o ocenę możliwości naprawienia negatywnych konsekwencji uprawiania hazardu, których doświadczyli (ryc. 9).

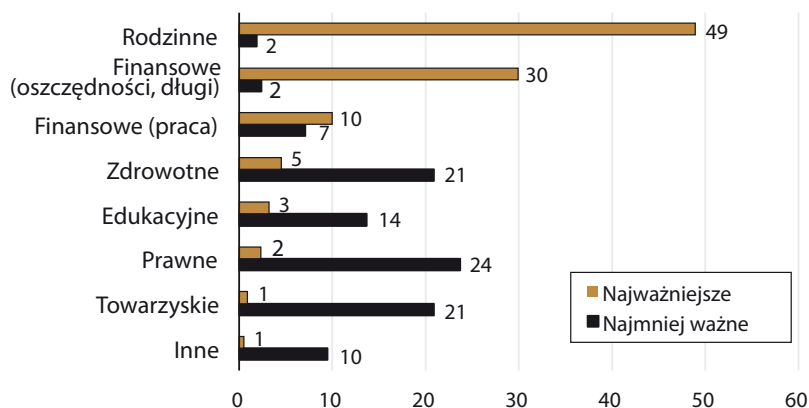
Okazało się, że najdotkliwszymi negatywnymi skutkami uzależnienia od hazardu dla ankietowanych było pogorszenie się ich sytuacji rodzinnej, skutki te były najważniejsze dla około połowy badanych; na drugim miejscu znalazły się skutki finansowe (oszczędności, długi). Natomiast skutkami najmniej ważnymi okazały się te związane z sytuacją prawną. Możliwość odzyskania utraconych szans (ryc. 9) w stopniu dużym lub bardzo dużym widzi ponad 39% ankietowanych, z kolei około 33% (co trzeci respondent) nie widzi takich szans lub uważa, że szanse te są niewielkie.

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonego badania ankietowego można stwierdzić, że uzależnienie od hazardu powoduje w Polsce, podobnie jak w innych krajach, wiele negatywnych skutków o charakterze finansowym i innym – rodzinnym, zdrowotnym, prawnym itp.

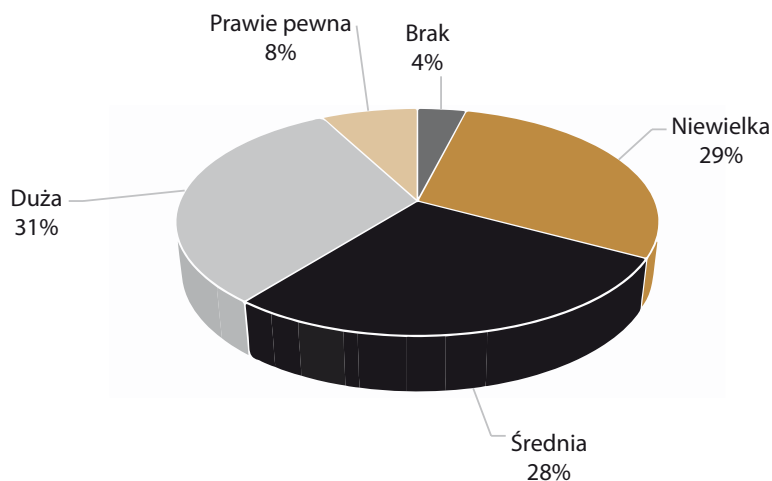
Wśród możliwych konsekwencji finansowych uzależnienia od hazardu najczęściej wskazywaną były

Ryc. 8. Ocena ważności strat spowodowanych przez uzależnienie od hazardu (%)



Źródło: Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 75.

Ryc. 9. Ocena możliwości odzyskania szans utraconych na skutek uprawiania hazardu (%)



Źródło: Mielecka-Kubień i in., 2013, s. 89.

długi, następnie strata dóbr materialnych i strata oszczędności respondentów.

Spośród konsekwencji niematerialnych najważniejszą jest pogorszenie się relacji rodzinnych. Granie w gry hazardowe odbija się w sposób niekorzystny na pracy, nauce i zdrowiu respondentów.

Rzeczą charakterystyczną jest, że rodzaje hazardu najczęściej uprawiane w populacji ludności Polski i rodzaje hazardu najczęściej uprawiane przez respondentów, są różne. Różnice te wskazują, które rodzaje gier hazardowych mogą potencjalnie prowadzić do uzależnienia od hazardu; jak wynika z zaprezentowanego porównania, szczególne zagrożenie powstaje w wyniku gry na automatach i w kasynach.

Ponadto okazało się, że jest wielu hazardzistów, którzy powinni się leczyć, a jednak tego nie robią. Na pytanie, czy ankietowani znają takie osoby, ponad połowa przyznała, że zna co najmniej pięć takich osób, co świadczy o skali tego zjawiska. Średnio respondenci znali około ośmiu osób (8,2), które powinny się leczyć z uzależnienia od hazardu, a nie leczą się. Biorąc pod uwagę, że według danych NFZ w 2011 roku sfinansowano leczenie 2713 hazardzistów w różnych ośrodkach i zakładając, że w następnych latach ich liczba będzie się kształtowała na zbliżonym poziomie, można ocenić, że leczonych z uzależnienia od hazardu powinno być obecnie ponad 22 tys. osób.

Przypisy

- ¹ Opracowano na podstawie wyników grantów pt. „Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej metod oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego” oraz „Opracowanie narzędzi do oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego oraz ocena wielkości tych skutków i kosztów dla osób uzależnionych na podstawie badań ankietowych (koszty indywidualne)”, zrealizowanych w ramach programu ministra zdrowia „Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień nie stanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych a także rozwiązywania problemów z tym związanych”; promotor obu grantów Żofia Mielecka-Kubień.
- ² Por. Wilk 2012, s. 1 i dalsze.
- ³ Niewiadomska, Brzezińska, Lelonek, 2005, s. 11, cyt. za Skowronek, 2012, s. 23.
- ⁴ Opracowano na podstawie Mielecka-Kubień, 2012 i Mielecka-Kubień i in., 2013.
- ⁵ O kształtowaniu się tego zjawiska w Polsce pisze Skowronek (op. cit.), s. 358-420.
- ⁶ Por. np. <http://nalogi.wieszjak.pl/inne-uzaleznienia/290375,2,Kryteria-diagnostyczne-kompulsywnego-hazardu.html>.
- ⁷ Por. np. Lesieur, Blume, 1987.

- ⁸ Zakłada się przy tym, że wybory konsumentów są racjonalne i odpowiadają ich preferencjom, por. np. Hayward, Colman, 2004, s. 7.
- ⁹ Według raportu CBOS (*Polak w szponach...*). Badanie przeprowadzono w 2011 roku na liczącej 1189 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Bibliografia

- Garrett T. A., Coughlin C.C., „Inter-temporal Differences in the Income Elasticity of Demand for Lottery Tickets”, *National Tax Journal* Vol. LXII, No. 1., 2009.
- Hayward K., Colman R., „The Costs and Benefits of Gaming: A Summary Report from the Literature Review”, Glen Haven, Canada: GPI Atlantic, 2004.
- <http://nalogi.wieszjak.pl/inne-uzaleznienia/290375,2,Kryteria-diagnostyczne-kompulsywnego-hazardu.html>.
- Ladouceur R., Boisvert J-M., Pépin M., Loranger M., Sylvain C., „Social Cost of Pathological Gambling”, *Journal of Gambling Studies*, Volume 10, Number 4, 1994.
- Lesieur H.R., Blume S.B., „The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers”, *American Journal of Psychiatry* 144, 1987.
- McGowan R., „Casinos or No Casinos: What Are the Relevant Considerations?”, *Gaming Law Review and Economics*, Vol.3, Number 1/2, 2012.
- Mielecka-Kubień Z., „Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej metod oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego”. Raport z badań, 2012.
- Mielecka-Kubień Z., Biolik J., Warzecha K., Wójcik A., „Opracowanie narzędzi do oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego oraz ocena wielkości tych skutków i kosztów dla osób uzależnionych na podstawie badań ankietowych (koszty indywidualne)”, raport z badań, 2013.
- Niewiadomska I., Brzezińska M., Lelonek B., „Hazard”, Wydawnictwo Gaudium, Lublin 2005.
- „Polak w szponach hazardu”, komunikat z badań BS/64/2011, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2011.
- Schwer R.K., Thompson W.N. Nakamuro D., „Beyond the Limits of Recreation: Social Costs of Gambling in Southern Nevada”, *Annual Meeting of the Far West and American Popular Culture Association* Las Vegas, NV, 2003.
- Skowronek A., „Prawne aspekty hazardu”, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2012.
- Volberg R.A., „The Social and Economic Impacts of Gaming: A Framework for Research”, *Social and Economic Research Centre (SERC) University of Queensland*, Paper presented at the Seventh National Conference on Gambling Behavior, New London, Connecticut 1993.
- Walker D.M., „Methodological Issues in the Social Cost of Gambling Studies”, *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 2003.
- Walker D. M., „Challenges that Confront Researchers on Estimating the Social Costs of Gambling”, *AGA 10th Anniversary White Paper Series*, 2007.
- Wilk L., „Hazard. Studium kryminologiczne i prawne”, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012.
- Williams R.J., Rehm J., Stevens R.M.G., „The Social and Economic Impacts of Gambling. Final Report prepared for the Canadian Consortium for Gambling Research”, March 11, 2011.

Od prawie 40 lat Stowarzyszenie MONAR nieustannie poszukuje skutecznych rozwiązań w obszarach pomocy osobom wykluczonym społecznie, inicjując coraz to nowe rozwiązania problemów społecznych. Niniejszy artykuł dotyczy reorganizacji systemu leczenia osób uzależnionych.

REORGANIZACJA SYSTEMU MONAR – KIERUNKI ZMIAN

Jolanta Łazuga-Koczurowska
Stowarzyszenie MONAR

Początek systemu

Początek systemu MONAR to ośrodek w Głoskowie, powołany do życia w 1978 roku. Opozycyjny w stosunku do panujących wówczas trendów, daleki od kanonów sztuki terapeutycznej, ale oparty na rzeczywistych potrzebach i możliwościach osób uzależnionych. W latach 1980–1994, w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne, tworzy się społeczny, młodzieżowy Ruch MONAR, w ramach którego oprócz działań profilaktycznych powstaje załazek systemu oddziaływań pomocowych adresowanych do szerokiej rzeszy osób uzależnionych, głównie opiatowców. Nieformalna Szkoła MONARU to nie tylko miejsce narodzin idei, ale także początek systemu pomocy osobom uzależnionym w Polsce i centralno-wschodniej części Europy. MONAR staje się jedną z największych na świecie organizacji zajmujących się problemem uzależnień, przyjmując założenie „wychodzenia z uzależnienia” bez żadnych wspomagających środków farmakologicznych (ang. *drug free treatment*). Przez wiele kolejnych lat wszystkie powstające placówki państwowe czy kościelne czerpią wzorce z teorii i praktyki MONARU.

Zaraz po Głoskowie powstają następne ośrodki i w sposób naturalny punkty konsultacyjne, w których można zasięgnąć informacji, porozmawiać, poradzić się, wypić coś ciepłego, a od 1983 roku także wymieniać igły i strzykawki.

Punkty konsultacyjne i poradnie

Ponad 20 punktów konsultacyjnych MONAR, powstałych w latach 1980–1990 w prawie wszystkich większych miastach Polski, to początek systemu ambulatoryjnych i środowiskowych form pomocy. Placówki te, w odróż-

nieniu od dość nielicznych profesjonalnych ambulatoriów prowadzonych przez publiczną służbę zdrowia, różniły się dostępnością (można było przyjść prosto z ulicy, anonimowo) i formami oferowanej pomocy. Kierowały do istniejących już wtedy ośrodków stacjonarnych, informowały o możliwościach detoksykacji, mobilizowały do podjęcia leczenia. Pracownicy tych punktów byli głównie wolontariuszami, często osobami uzależnionymi, którzy kontaktowali się z osobami uzależnionymi także w miejscach ich spotkań (na tzw. melinach czy na ulicy). Głównym celem przychodzących wtedy po pomoc „narkomanów” było całkowite zerwanie z nałogiem i totalna, do końca życia, abstynencja od narkotyków.

W połowie lat 90. większość punktów przekształciła się w poradnie profilaktyki i terapii uzależnień, poszerzając ofertę o możliwości skorzystania z terapii indywidualnej, grupowej, grup wsparcia, warsztatów psychoedukacyjnych czy konsultacji specjalistycznych – głównie psychiatrycznych. Ostatnie 10 lat to okres permanentnego rozwoju placówek ambulatoryjnych. Ten rozwój to nie tylko zmiana ilościowa (6 nowych poradni), ale przede wszystkim zmiana jakościowa, polegająca na poszerzeniu istniejącej oferty i profesjonalizacji świadczonych dotychczas usług. Aktualnie wszystkie poradnie posiadają gabinety lekarskie, zatrudniające psychiatrów, a w niektórych poradniach także internistów. Kadra poradni to zespół wykwalifikowanych pracowników – psychologów, specjalistów i instruktorów terapii uzależnień. Oferta poradni obejmuje postępowanie diagnostyczne, możliwość wykonania testów narkotykowych, poradnictwo, konsultacje i interwencje kryzysowe, terapię indywidualną i grupową. Poradnie adresują swą pomoc nie tylko do osób uzależnionych, ale także do współuzależnionych, rodziców, partnerów i opiekunów osób uzależnionych. W poradniach MONAR można uzyskać skierowanie na detoksykację i wsparcie

podczas tego procesu, skorzystać z zajęć psychoedukacyjnych prowadzonych dla różnych grup wiekowych, z treningów i warsztatów rozwojowych i integracyjnych, a także z konsultacji w zakresie prawa, pomocy społecznej i zdrowia fizycznego. Poradnie oferują też pomoc z zakresu redukcji szkód – wymianę igieł i strzykawek, edukację w zakresie chorób współwystępujących oraz bezpiecznego używania środków odurzających. Wiele poradni prowadzi terapię uliczną i programy w miejscach spotkań młodzieży.

Obecnie Stowarzyszenie MONAR, jako podmiot leczniczy, posiada 21 poradni leczenia, terapii i rehabilitacji uzależnień, które od 1995 roku finansowane są z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 15 punktów profilaktyczno-konsultacyjnych, finansowanych najczęściej ze środków samorządowych, które oferują rzetelną informację o możliwościach leczenia, prowadzą oryginalne programy profilaktyczne w środowisku, współpracują z rodzinami i bliskimi osób z problemem narkotykowym, z zakładami karnymi i ośrodkami wychowawczymi. Wszystkie punkty konsultacyjne charakteryzują się wysokim standardem dostępności oraz wysokimi kompetencjami w zakresie kierowania klientów do określonego typu programów terapeutycznych. Wszystkie ambulatoryjne placówki MONAR (punkty i poradnie) udzielają przeciętnie ponad 200 tys. porad rocznie.

Ośrodki MONAR

MONAR nie zaczął się od metody. Nie było żadnych polskich rozwiązań problemu narkomanii, żadnych konkretnych wzorców czy metod pomocy uzależnionym z Zachodu. Zaczął się od wartości. Od uniwersalnych prawd dających ludziom nadzieję. Wspólnocie terapeutycznej narkomanów w Głogowie, Marek Kotański, jej duchowy przywódca i lider, proponuje, aby wspólnie „powalczyli” o własne życie i własną przyszłość. Proste i jasne zasady, posłuszeństwo i uczciwość, praca na rzecz wspólnoty i troska o Dom, wzajemna pomoc i szacunek stanowiły podstawowy kodeks moralny. Nie formowały jeszcze wtedy poglądów na naturę człowieka, nie określały stosunku do ludzi wykluczonych ze społeczeństwa ani kanonu pomagania. Wiarę w MONAR i własne odrodzenie nieśli ludzie, którzy pokonali swoje uzależnienie i wracali do życia. To oni najczęściej podejmowali wyzwanie tworzenia kolejnych Domów dla potrzebujących, tworzyli symbolikę i magię MONARU.

Do 1990 roku Stowarzyszenie MONAR otwiera ponad 20 ośrodków. Wszystkie one przyjmują wypracowany przez ośrodek w Głogowie sposób pracy z osobami uzależnionymi. Tworzący się wówczas model pracy z osobami uzależnionymi, propaguje zasady: pełnej abstynencji od narkotyków i alkoholu, abstynencji seksualnej, zakazu agresji, konieczności zerwania z „narkomańską przeszłością”, podporządkowania się grupie i aktywnego zaangażowania się w pracę na rzecz Domu. W ośrodkach tych nie ma właściwie żadnego personelu, wszystkie prace domowe i administracyjne wykonywane są przez mieszkańców.

Dziesięć lat później Stowarzyszenie MONAR prowadzi 29 ośrodków stacjonarnych, a w 2003 roku w województwie świętokrzyskim powstaje kolejny ośrodek rehabilitacyjny z ofertą dla dzieci i młodzieży. Jako jeden z pierwszych powstaje ośrodek dla osób uzależnionych żyjących z HIV w Zbicku na Opolszczyźnie. Wszystkie ośrodki przyjmują liderek sposób prowadzenia społeczności, pojawiają się zapisane „warunki” wyjścia z nałogu, podczas pobytu w społeczności nie stosuje się żadnych środków farmakologicznych, a celem pobytu w ośrodku jest całkowite zerwanie z nałogiem i życie w trzeźwości. Mimo że osobę uzależnioną traktuje się jako chorą i wymagającą pomocy, tworzący się model społeczności terapeutycznej ma zdecydowanie niemedyczny charakter.

Zasadnicza zmiana w kształcie administracyjnym i merytorycznym ośrodków stacjonarnych rozpoczyna się w połowie lat 90., gdy koszty leczenia osoby uzależnionej przejął Narodowy Fundusz Zdrowia. Warunki leczenia zaczęły być regulowane przepisami zawartymi w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie o zapobieganiu narkomanii. Społeczności terapeutyczne MONARU stały się niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Oznaczało to, że pod względem organizacyjnym, administracyjnym, socjalno-bytowym i świadczonych usług medyczno-rehabilitacyjnych społeczności terapeutyczne musiały spełniać określone przez prawo warunki, dotyczyły one między innymi personelu zatrudnianego w placówkach, rodzaju i zakresu świadczeń rehabilitacyjno-medycznych, realizacji określonych standardów zawodowych i etycznych. Mimo początkowych trudności w realizacji tych wymagań, sytuacja administracyjna i merytoryczna ośrodków zaczęła się polepszać. Otrzymywane regularnie fundusze z NFZ i bezpieczeństwo wynikające z zawartych przez wszystkie ośrodki MONAR kontraktów pozwoliły

na zwiększenie liczby personelu, poprawę warunków bytowych pacjentów oraz na systematyczne poszerzanie oferty świadczonych usług. Okazało się, że model społeczności terapeutycznej daje możliwości stosowania w ośrodkach takich form oddziaływań terapeutycznych, jak: terapia indywidualna, grupowa, interwencje terapeutyczne, współpraca z rodzinami, warsztaty, treningi i różne formy aktywności twórczej, edukacyjne i sportowej.

Programy ośrodków zaczęły być dostosowane do wieku osób potrzebujących pomocy (dla dzieci i młodzieży do lat 19, dla młodzieży starszej w wieku 19-25 lat i dla osób dorosłych). Terapia w ośrodkach trwa od pół roku (w przypadku programów krótkoterminowych) do półtora, czasem nawet i dwóch lat w programach średnio- i długoterminowych. Pobyt w ośrodkach pozostaje jak dotychczas dobrowolny, ale przyjmowane są także osoby z nakazem sądowym lub odbywające karę pozbawienia wolności, w stosunku do których sąd orzekł zamianę kary pozbawienia wolności na pobyt w ośrodku rehabilitacyjnym.

W latach 90., odpowiadając na potrzeby osób uzależnionych, MONAR poszerzył swój „system pomocowy” o oddział detoksykacyjny (w Krakowie) i ośrodek wczesnej terapii dla osób uzależnionych czynnie biorących, natomiast po roku 2000 powstają następne placówki: kolejny oddział detoksykacyjny, ośrodki terapii dla osób uzależnionych od alkoholu (2), ośrodki wczesnej terapii dla młodzieży (3), ośrodki dziennego pobytu (2), a także ośrodek dla osób uzależnionych chorych somatycznie, żyjących z HIV. W wielu placówkach przebywają osoby uzależnione z podwójną diagnozą.

Stowarzyszenie MONAR jest także przez długie lata jedyną organizacją pozarządową w Polsce prowadzącą działania z zakresu redukcji szkód. Prowadzi programy niskoprogowe dla osób aktywnie używających narkotyków, ukierunkowane na poprawę ich sytuacji zdrowotnej i socjalnej oraz programy redukcji szkód spowodowanych używaniem narkotyków, których celem jest przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa HIV, HCV i innych chorób zakaźnych oraz kryminalizacji. MONAR oferuje przede wszystkim poradnictwo prozdrowotne, edukację i informację oraz wymianę igieł i strzykawek. W ramach programów redukcji szkód prowadzone są „świetlice” dla aktywnych narkomanów, ośrodek wczesnej rehabilitacji oraz program readaptacyjny dla osób przyjmujących metadon.

Najbardziej dynamicznie jednak rozwija się baza placówek typu postrehabilitacyjnego – hosteli (16). W jednym z ośrodków Stowarzyszenia MONAR mogą też uzyskać pomoc osoby uzależnione, które mają za sobą wielokrotne nieudane próby leczenia w ośrodkach stacjonarnych (krakowski Dom GWAN).

Opisane powyżej zasoby i doświadczenia MONARU uprawniają do stwierdzenia, że obecnie stowarzyszenie to profesjonalny, nowoczesny, wieloaspektowy system przeciwdziałania narkomanii – od profilaktyki uniwersalnej, poprzez programy pierwszego kontaktu (uliczne, środowiskowe), specjalistyczne poradnictwo, terapię i rehabilitację, aż do readaptacji społecznej i zawodowej oraz redukcji szkód.

System profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem MONARU ze względu na przyjęte w nim założenia filozoficzne i teoretyczne oraz różnorodność form oddziaływań pomocowych, a także z uwagi na dostosowanie tych oddziaływań do szerokiego kręgu odbiorców, sam w sobie stanowi załączek nowoczesnego systemu profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym. Dowodem są efekty mierzone liczbą osób trwale zaleczonych oraz wykorzystywanie metody MONARU w tworzeniu systemu oddziaływań pomocowych w stosunku do osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem nie tylko w Polsce, ale i na świecie.

Najcenniejszym jednak dorobkiem MONARU jest wypracowana przez lata marka organizacji, zdobyte zaufanie wśród osób mających problemy z narkotykami, ich rodzin i znajomych, a przede wszystkim wrażliwość na potrzeby osób uzależnionych. Zaufanie i wrażliwość to efekt nie tylko wierności wartościom niesionym przez prawie 40 lat, wypracowanej filozofii czy skutecznym metodom. To przede wszystkim zdolność MONARU do ciągłych poszukiwań nowych rozwiązań w obszarze pomocy osobom wykluczonym i autentyczna troska o los ludzi uzależnionych.

Kierunki zmian

Zmieniająca się dynamicznie w ostatnim dziesięcioleciu scena narkotykowa – ekspansja nowych substancji psychoaktywnych, łatwo dostępnych na polskim rynku, politoksykomania jako główny typ uzależnienia, dający się zauważyć zwrot w kierunku medycznego modelu leczenia uzależnień, liberalizacja postaw społecznych wobec narkotyków oraz coraz wyraźniej artykułowane potrzeby

i wymagania osób uzależnionych stawiają MONAROWI kolejne wyzwania. Korzystając z własnego doświadczenia, Stowarzyszenie jest zgodne, że obecny system pomocy osobom uzależnionym wymaga wielu istotnych zmian. MONAR przygotowuje się do tych zmian od ponad pięciu lat. Przygotowania te prowadzone były w czterech równoległych kierunkach. Pierwszy z nich obejmował systematyczną analizę sceny narkotykowej oraz wprowadzanych w tym zakresie priorytetów i wytycznych zarówno krajowych, jak i międzynarodowych. Drugi analizę potrzeb i zapotrzebowania na określone formy pomocy zgłaszane przez osoby uzależnione prowadzoną na podstawie konsultacji z pacjentami placówek Stowarzyszenia. Trzeci kierunek to opracowywanie projektu reorganizacji dotychczasowego systemu leczenia, terapii, rehabilitacji, postrehabilitacji i redukcji szkód oraz przygotowywanie kadry placówek MONARU do wdrożenia planowanego projektu. Jednocześnie przygotowujący i stopniowo wprowadzany był system elektronicznej rejestracji danych MeDoc, obejmujący możliwość prowadzenia elektronicznej dokumentacji merytorycznej, administracyjnej (m.in. sprawozdawczość) i statystycznej jednakowej we wszystkich podmiotach leczniczych Stowarzyszenia. Czwarty kierunek koncentrował się na inwentaryzacji zasobów zarówno materialnych, jak i ludzkich, oszacowaniu potrzeb w obszarze bazy socjalnej, przygotowaniu merytorycznym kadry oraz wyborze tych placówek, które będą modernizować swoje dotychczasowe programy. W 2014 roku Stowarzyszenie MONAR wystąpiło do Ministerstwa Zdrowia, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o rekomendacje proponowanych zmian oraz rozpoczęło rozmowy z poszczególnymi oddziałami regionalnymi NFZ i uzyskało poparcie KBPN oraz akceptację Ministerstwa Zdrowia z jednoczesnym zaproszeniem do udziału w opracowywaniu pakietu zmian w systemie pomocy osobom uzależnionym. Natomiast NFZ uzależnił ogłaszanie w przyszłości konkursów na nowe programy od decyzji Ministerstwa Zdrowia.

I chociaż znane są, a przynajmniej być powinny, wytyczne WHO w zakresie zasad leczenia uzależnień od narkotyków, obowiązuje Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii i priorytety w nim nakreślone, zmiany w przestarzałym, naszym zdaniem, systemie pomocy osobom uzależnionym są w najbliższych latach praktycznie niemożliwe ze względu na brak funduszy, jak i gęszcz obowiązujących przepisów.

Niezależnie od tej sytuacji MONAR podjął wyzwanie dokonania modernizacji swojego systemu pomocy osobom uzależnionym, mając nadzieję, że wprowadzane zmiany poprawią jakość świadczeń, zwiększą ich różnorodność i dostępność, a tym samym znacznie zwiększą skuteczność oferowanej pomocy, sprzyjając zdrowieniu osób uzależnionych.

Dotychczasowe doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi, coraz lepsza baza lokalowa i socjalna, zaangażowana i wykształcona kadra (ponad 800 osób zatrudnionych), dobre rozmieszczenie geograficzne istniejących placówek oraz wypracowana przez lata współpraca ze środowiskiem są dzisiaj potencjałem Stowarzyszenia i pozwalają na dokonanie tych zmian. Gromadzone przez lata doświadczenia merytoryczne wynikające z realizacji świadczeń medycznych oferowanych osobom uzależnionym, analiza danych dotyczących potrzeb osób zgłaszających się do naszych placówek i obserwacja sceny narkotykowej wyraźnie wskazują przede wszystkim na:

1. Stały wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia mieszanego od substancji psychoaktywnych i alkoholu oraz zastępczych środków psychoaktywnych („dopalacze”, leki) przy zmniejszającej się systematycznie liczbie osób uzależnionych od opiatów.
2. Wzrastającą liczbę osób uzależnionych ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających dodatkowej opieki psychiatrycznej i psychologicznej.
3. Rosnące zróżnicowanie potrzeb pacjentów uzależnionych w obszarach pomocy medycznej, psychologicznej, społecznej, socjalnej, zawodowej i prawnej.
4. Brak nowoczesnych rozwiązań w obszarze leczenia substytucyjnego.
5. Brak wypracowanych form współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami zajmującymi się leczeniem, rehabilitacją i postrehabilitacją niezależnie od ambulatoryjnej czy stacjonarnej formy – czyli mimo wielu istniejących podmiotów leczniczych brak jest systemowych, kompleksowych rozwiązań i opracowania tzw. drogi pacjenta (kontinuum terapii) w systemie proponowanych świadczeń.
6. Brak rozwiązań systemowych w zakresie pomocy postrehabilitacyjnej osób uzależnionych i ich oczekiwań co do możliwości uzyskiwania profesjonalnej pomocy.

7. Zmiany w leczeniu stacjonarnym, dokonywane pod pretekstem poprawy jakości świadczonych usług, zmierzające do powrotu do medycznego modelu stacjonarnej pomocy (dodatkowy personel, wymogi administracyjne, minimalizowanie zaangażowania pacjentów w życie domu itp.).

Zachowując tradycyjne wartości, nie rezygnując z przyjętej przez MONAR misji i filozofii, za punkt wyjścia planowanych zmian w systemie leczenia, terapii i rehabilitacji uzależnień przyjęto następujące założenia:

- abstynencja od substancji psychoaktywnych nie jest jedynym celem oddziaływań leczniczych i terapeutycznych,
- terapia zakłada aktywny, partnerski udział osoby uzależnionej w procesie terapii,
- w terapii uzależnień nie ma znaczenia, od jakiej substancji człowiek jest uzależniony,
- system specjalistycznej pomocy to nie zbiór różnych form oddziaływań, ale zależności i powiązania między tymi formami,
- skuteczność podejścia systemowego zależy od jasno zdefiniowanych celów poszczególnych ogniw tego systemu przy założeniu, że każdy element systemu ma odrębne cele i wynikające z tych celów zadania oraz od przejrzystego, jasno określonego systemu powiązań między tymi ogniwami. Tylko wtedy bowiem będzie to kompleksowy, zróżnicowany i zintegrowany system profesjonalnej pomocy,
- najważniejszym priorytetem w leczeniu uzależnień jest dostosowanie oferty do możliwości i potrzeb osób

uzależnionych oraz indywidualizacja programów terapeutycznych,

- czas ma w terapii uzależnień strategiczne znaczenie,
- terapia uzależnień jest właściwie psychoterapią osób uzależnionych, ponieważ stosuje te same metody oddziaływań, opierając się na tych samych podstawach teoretycznych i tych samych szkołach psychoterapii.

Powyższe założenia stały się podstawą reorganizacji istniejącego systemu MONAR w kierunku nowoczesnego, integracyjnego i interdyscyplinarnego systemu profesjonalnej pomocy.

Stowarzyszenie MONAR opracowało program modernizacji tego systemu przez położenie nacisku na poprawę jakości życia pacjentów, profesjonalizację programów leczenia, poprawę wskaźnika retencji (to jest utrzymywania się w terapii), udostępnienie nowoczesnych programów leczenia substytucyjnego i zapewnienie pacjentom wsparcia w procesie reintegracji społecznej i zawodowej.

Nowe rozwiązania mają na celu skrócenie czasu podstawowej terapii na rzecz opieki postrehabilitacyjnej, zawierają zróżnicowaną ofertę leczniczą opartą na metodach o zweryfikowanej naukowo skuteczności, przy zachowaniu społeczności terapeutycznej jako metody podstawowej w leczeniu stacjonarnym. Szczegółowe rozwiązania polegają na:

- poszerzeniu oferty wszystkich placówek Stowarzyszenia o świadczenia dla osób uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od czynności,
- utworzeniu w Warszawie oddziału detoksykacyjnego dla osób używających narkotyków (lata 2014–2015),



Dyskusja nad kierunkami, w których ma rozwijać się Stowarzyszenie, trwała kilka lat. Na zdjęciu zebranie kadry MONARU z całej Polski.

- stworzeniu nowoczesnych programów substytucyjnych,
- zwiększeniu do 2016 roku liczby świadczeń opieki postrehabilitacyjnej o 50%,
- poszerzeniu do 2018 roku zakresu świadczeń poradni i zwiększeniu ich liczby o 30%,
- wzbogaceniu oferty i ograniczeniu do 12 miesięcy okresu leczenia w programach stacjonarnych długoterminowych dla dorosłych,
- uruchomieniu nowych wyspecjalizowanych programów stacjonarnych: dla dorosłych z chorobami somatycznymi wymagających systematycznej opieki medycznej, dla pacjentów z podwójną diagnozą, dla osób z nawrotami choroby, wyłącznie dla kobiet i kobiet z dziećmi, dla osób niepełnosprawnych (niedosłyszących i głuchych), programów krótkoterminowych dla dorosłych i dla młodzieży, programów krótkoterminowych dla osób uzależnionych od alkoholu.

Za najważniejsze aktualnie uważamy wypracowanie zasad współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami systemu czyli **poradniami** → **oddziałami detoksykacyjnymi** → **programami substytucyjnymi** → **oddziałami dziennymi** → **specjalistycznymi ośrodkami stacjo-**

narnymi → **hostelami i programami reintegracji społecznej i zawodowej** (prowadzonymi przez powstałą w 2014 roku Fundację na Rzecz Reintegracji Społecznej i Zawodowej MONAR).

Współpraca ta ma polegać na przyjęciu jednolitych dla wszystkich podmiotów kryteriów kwalifikowania pacjenta do różnych programów realizowanych przez podmiot leczniczy Stowarzyszenie MONAR, ustaleniu zakresu technik i metod, jakimi posługują się poszczególne jednostki organizacyjne systemu oraz przyjęcie jednolitego schematu opracowywania diagnozy wstępnej i formułowania rekomendacji dla poszczególnych programów, a także ujednoczenia dokumentacji niezbędnej we współpracy między poszczególnymi placówkami podmiotu leczniczego. Mamy nadzieję, że zmodernizowany w ten sposób system MONAR będzie nie tylko skuteczniejszy, ale także korzystniejszy ekonomicznie. Zakładamy, że pacjent dobrze zdiagnozowany i właściwie zakwalifikowany do najlepiej odpowiadającego jego potrzebom programu, będzie człowiekiem z nadziejami na możliwość i realność powrotu do społeczeństwa bez stygmatu narkomana. Wierzymy, że tak się stanie z początkiem 2015 roku.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Spotkanie „Drug prices expert meeting”, EMCDDA	8-9 kwietnia	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	9 kwietnia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	5-6 maja	Bruksela, Belgia
I moduł szkolenia organizowanego przez Grupę Pompidou: „Drug policy implementation under budgetary constraints and austerity measures”	12-14 maja	Budapeszt, Węgry
Spotkanie kierowników Focal Pointów, EMCDDA	14-16 maja	Lizbona, Portugalia
Konferencja „New Drugs 2014”, Włoski Departament Antynarkotykowy	14-15 maja	Rzym, Włochy
Spotkanie Systemu Wczesnego Ostrzegania, EMCDDA	5-6 czerwca	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków	15 lipca	Bruksela, Belgia

SPOTKANIA KRAJOWE

Konferencja Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, UMWW i CINN KBPN	10-11 czerwca	Poznań
Spotkanie dla gmin: Przegląd najważniejszych problemów związanych z zapobieganiem narkomanii na poziomie gminy i powiatu, Forum FRDL	29 sierpnia	Gdańsk

OGŁOSZENIE

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zgodnie z Zarządzeniem nr 13 /2014 z dnia 1 września 2014 roku ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację w 2015 roku zadań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym w dziedzinie narkomanii

Wykaz zadań konkursowych oraz wysokość środków publicznych przeznaczonych na ich realizację

Nr	Tytuł zadania	Środki w roku 2014 (zł)	Środki w roku 2015 (zł)
1.	Programy profilaktyki selektywnej	1 277 000,00	1 250 000,00
2.	Programy profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków	1 061 000,00	1 000 000,00
3.	Program wczesnej interwencji FRED	349 970,00	400 000,00
4.	Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych narkomanią i używających narkotyków	300 000,00	300 000,00
5.	Program CANDIS adresowany do problemowych użytkowników narkotyków	350 000,00	400 000,00
6.	Specyficzne programy kierowane do kobiet używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków	130 000,00	120 000,00
7.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków	180 000,00	180 000,00
8.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków	400 000,00	400 000,00
9.	Programy wspierające leczenie substytucyjne	164 000,00	160 000,00
10.	Programy postrehabilitacyjne adresowane do osób po ukończonym procesie leczenia	850 000,00	850 000,00
11.	Opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla młodzieży	40 000,00	40 000,00
12.	Opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla osób używających narkotyków	0,00	32 000,00
13.	Ogólnopolska konferencja na temat przeciwdziałania narkomanii	90 000,00	90 000,00
14.	Publikacje o charakterze informacyjno-edukacyjnym	30 000,00	0,00
15.	Poradnia Internetowa	90 000,00	0,00*
16.	Serwis Informacyjny – Narkomania	90 000,00	0,00**
Razem		5 401 970,00	5 222 000,00

* Realizator zadania Poradnia Internetowa w latach 2013–2015 został wybrany w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym w roku 2012. Planowana wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania w roku 2015 wynosi 90 000,00 zł.

** Realizator zadania Serwis Informacyjny – Narkomania w latach 2014–2017 został wybrany w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym w roku 2013. Planowana wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania w roku 2015 wynosi 95 000,00 zł.

Kwota środków publicznych przeznaczonych na realizację w 2013 roku zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii finansowanych w formie dotacji wyniosła 5 318 276,30 zł.

Ogłoszenie, szczegółowe warunki konkursu, wzór oferty wraz z załącznikami oraz Regulamin postępowania komisji konkursowej są dostępne na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbnp.gov.pl i w siedzibie Biura w Warszawie, przy ul. Dereniowej 52/54 oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

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

Termin składania ofert upływa dnia **25 września 2014 r. o godz. 17.00.**

Oferty w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach powinny być dostarczone osobiście lub pocztą do siedziby **Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.**

Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Dyrektora Biura uwzględniając:

1. Możliwości realizacji zadania publicznego przez oferenta.
2. Ocenę jakości programu merytorycznego.
3. Kwalifikacje osób, przy udziale których oferent planuje realizować zadanie publiczne.
4. Planowany przez oferenta wkład rzeczowy, osobowy, w tym świadczenia wolontariuszy i pracę społeczną członków.
5. Przedstawioną kalkulację kosztów realizacji zadania publicznego w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania.
6. Planowany udział środków finansowych własnych lub środków pochodzących z innych źródeł na realizację zadania publicznego.
7. Analizę i ocenę realizacji zleconych zadań publicznych w przypadku oferenta, który w latach poprzednich realizował zlecone przez Krajowe Biuro zadania publiczne, biorąc pod uwagę rzetelność i terminowość oraz sposób rozliczenia otrzymanych na ten cel środków.

Ogłoszenie o wynikach konkursu zostanie zamieszczone w terminie do dnia 21 listopada 2014 r. na stronie Krajowego Biura, w jego siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

w lipcu bieżącego roku weszła w życie uchwała Rady Ministrów (nr 130/2014) w sprawie przyjęcia rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła” na lata 2014–2016, którego celem jest zwiększenie skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych na rzecz bezpieczeństwa i tworzenia przyjaznego środowiska w szkołach. Z tej okazji redakcja Serwisu zwróciła się do Tadeusza Sławeckiego, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej, z prośbą o bardziej szczegółowe zaprezentowanie Programu. Naszą szczególną uwagę zwróciło znaczenie, jakie jest przypisywane w Programie systemowi rekomendacji programów profilaktycznych. W swojej wypowiedzi minister zapowiada ewaluację działań profilaktycznych prowadzonych przez szkoły poprzez ankietę monitorującą. Będzie ona pełniła także funkcję informacyjną – dyrektorzy szkół będą mogli zapoznać się z wykazem rekomendowanych programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności, w którego opracowywaniu udział bierze m.in. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Na temat specyfiki profilaktyki uzależnień w szkole wyczerpująco piszą Anna Borkowska i Dorota Macander z Ośrodka Rozwoju Edukacji. Rola szkoły w działaniach profilaktycznych jest nie do przecenienia. W szkole „(...) dzieci i młodzież spędzają najwięcej dobrego czasu swojej aktywności”. Szkolny program profilaktyki powinien zawierać pakiet działań o charakterze ciągłym i wpisywać się w długofalowe postępowanie będące częścią procesu pozwalającego na systematyczne rozwiązywanie istniejących problemów. Autorki opisują w artykule m.in. standardy szkolnej profilaktyki uzależnień, wg których działania profilaktyczne powinny być „(...) zgodne z aktualnym stanem wiedzy (...) oraz wykorzystywać wiedzę dotyczącą sprawdzonych strategii, form i metod oddziaływania właściwych dla młodych odbiorców”.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na system szkolenia kadry prowadzącej profilaktykę uzależnień. Bogusława Bukowska zastanawia się nad zaproponowaną przez Fundację Praesterno koncepcją wypracowania podstawy programowej kształcenia osób, które chcą profesjonalnie zajmować się profilaktyką. Zdaniem autorki – z doświadczenia wynikającego z jej udziału w procesie tworzenia systemu szkoleń w zakresie terapii uzależnienia od narkotyków – planowane przedsięwzięcie jest trudne i wymaga przyjęcia kilkuletniej perspektywy czasowej. Konieczne jest też zebranie wokół projektu kompetentnej grupy ekspertów w dziedzinie profilaktyki.

Katarzyna Okulicz-Kozaryn rozważa jeden z ważnych aspektów kompetencji profilaktyków – umiejętność określenia, jakiego typu działania prowadzą do ograniczenia ryzyka wejścia w uzależnienie, a jakie nie przyniosą pożądanego efektów. Autorka określa minimum wiedzy, jaką profilaktyk powinien posiadać na temat badań ewaluacyjnych.

Dwa artykuły w tym numerze dotyczą nowych substancji psychoaktywnych, nazywanych w Polsce „dopalaczami”, których działanie jest zbliżone do działania nielegalnych narkotyków. Pierwszy z nich – będący kontynuacją artykułu opublikowanego w poprzednim numerze Serwisu – omawia różne aspekty problemu „dopalaczy” w perspektywie historycznej. Drugi artykuł – Tomasa Białasa i Jacka R. Łuczaka z Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego – przedstawia szczegółowo wyniki europejskich badań Eurobarometru przeprowadzonych w 2011 i 2014 roku. Dzięki tym dwóm pomiarom możliwa jest analiza dynamiki zmian w konsumpcji „dopalaczy” wśród młodych Europejczyków w ciągu ostatnich trzech lat. Badanie to pokazało, że o ile w połowie krajów europejskich odsetek osób sięgających po nowe substancje wzrósł, to w Polsce pozostał na tym samym poziomie – co należy uznać za fakt pozytywny.

*Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński*

INTERNET. PROBLEMATYKA UZALEŻNIEŃ – PISMA BRANŻOWE



ALKOHOLIZM I NARKOMANIA

„Alkoholizm i Narkomania” ukazuje się od 1988 roku z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Od 1994 roku pismo jest kwartalnikiem i spełnia przyjęte powszechnie standardy międzynarodowe dla czasopism naukowych. Pismo jest notowane w Wykazie czasopism naukowych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (6 pkt w 2013 roku) oraz w Index Copernicus (Value 2012 – 9 pkt).

Kwartalnik jest adresowany „do osób zajmujących się badaniami nad substancjami psychoaktywnymi, do praktyków pracujących na tym polu i do wszystkich zainteresowanych problematyką alkoholizmu i narkomanii. Ma charakter interdyscyplinarny. Publikowane są tu prace z zakresu problemów związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi w aspekcie badań podstawowych, klinicznych, epidemiologicznych i społecznych” (źródło: www.ain.ipin.edu.pl).

Na internetowych stronach www.ipin.edu.pl/ain dostępne są spisy treści i streszczenia „Alkoholizmu i Narkomanii” począwszy od numeru 1 z 2004 roku (w języku

polskim i angielskim). Niezwykle cenne jest opublikowanie w internecie pełnej zawartości numerów archiwalnych pisma od pierwszego numeru wydanego w 1988 roku do pierwszego numeru z 2013 roku (w formacie pdf).

W związku z 25-leciem istnienia pisma redakcja udostępniła na stronie internetowej artykuły przeglądowe: Grażyny Świątkiewicz, „Nauki społeczne w »Alkoholizmie i Narkomanii« – 25 lat doświadczeń” oraz Bogusława Habrata, „Nauki biomedyczne w »Alkoholizmie i Narkomanii« – 25 lat doświadczeń”.



SERWIS INFORMACYJNY NARKOMANIA

„Serwis Informacyjny NARKOMANIA” to kwartalnik Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W publikacji znajdują się najnowsze dane epidemiologiczne, raporty z badań, opisy przedsięwzięć inicjacyjnych przez instytucje rządowe i organizacje pozarządowe, doniesienia z kraju i zagranicy. Celem pisma jest pośredniczenie w przekazie informacji o różnorodnych działaniach podejmowanych w zakresie przeciwdziałania narkomanii: polityki antynarkotykowej, prawa, epidemiologii, profilaktyki uzależnień, współpracy międzynarodowej. Serwis jest adresowany przede wszystkim do szeroko rozumianej kadry decyzyjno-zarządzającej i administracyjno-menedżerskiej instytucji działających w obszarze polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem przeciwdziałania narkomanii, oraz do personelu merytorycznego zaangażowanego w profilaktykę i terapię uzależnień.

„Serwis Informacyjny NARKOMANIA” jest notowany w Index Copernicus.

Na stronie internetowej www.praesterno.pl/serwis-informacyjny-narkomania dostępne są numery pisma od 2007 roku (w formacie pdf). Łatwe dotarcie do treści zapewnia wyszukiwarka, umożliwiającą poszukiwanie autorów i tytułów artykułów opublikowanych w kwartalniku. Możliwe jest również uzyskanie zestawienia wszystkich artykułów opublikowanych w poszczególnych działach tematycznych (m.in. Badania, raporty; Profilaktyka; Społeczności lokalne, regiony itd.). Dostępne są też spisy treści poszczególnych numerów pisma. Do starszych numerów Serwisu Informacyjnego (od numeru 7 z 1997 roku) można dotrzeć poprzez stronę Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911).

INTERNET. PROBLEMATYKA UZALEŻNIEŃ – PISMA BRANŻOWE



REMIIDIUM

„Remedium” jest miesięcznikiem, który ukazuje się od 1993 roku. Jego wydawcą jest ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W prezentacji pisma redakcja podkreśla, że „Idea »Remedium« jest promowanie integralnego podejścia do profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży w kontekście zagrożeń dla ich zdrowia i prawidłowego rozwoju. (...) prezentujemy wiedzę z zakresu: pomocy psychologicznej, psychoedukacji, metodologii pracy wychowawczej w środowisku szkolnym i rodzinnym; szkolnych programów profilaktycznych, ich opracowywania, ewaluacji i wdrażania; badań (polskich i zagranicznych) dotyczących dzieci i młodzieży, edukacji, promocji zdrowia”.

„Remedium” znajduje się na liście Index Copernicus. Na stronie internetowej www.remidium-psychologia.pl, w zakładce Archiwum, prezentowane są numery pisma od kwietnia 2005 roku, w formie streszczeń artykułów. Wybrane teksty udostępniono w całości. Można też zapoznać się ze strukturą pisma

– obecnymi w nim działami i rubrykami, także z opisem zawartości wkładek tematycznych poświęconych uzależnieniom behawioralnym. Zaprezentowane wyniki sondy przeprowadzonej wśród czytelników „Remedium” pokazują, że pismo najczęściej czytają kobiety z wyższym wykształceniem, w wieku ok. 39 lat, mieszkające w miejscowościach do 50 tys. mieszkańców. Czytelnikami są m.in.: nauczyciele, wykładowcy i studenci wyższych uczelni, pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych, PCPR i OPS oraz osoby zaangażowane w działania na rzecz profilaktyki problemowej i promocji zdrowia w środowiskach lokalnych. Respondenci wysoko ocenili pismo – jego poziom merytoryczny, tematykę, zrozumiałość i przejrzystość tekstów, szatę graficzną oraz praktyczną przydatność artykułów.

ŚWIAT PROBLEMÓW



Miesięcznik „Świat Problemów” jest poświęcony profilaktyce i rozwiązywaniu problemów uzależnień. Ukazuje się od 1993 roku. Jego wydawcą jest ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych z Warszawy. Adresatami pisma są w szczególności osoby zaangażowane w realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (pełnomocnicy władz gminnych, koordynatorzy gminnych programów, członkowie gminnych komisji), osoby zajmujące się pomocą ludziom uzależnionym i ich rodzinom, przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich, ale również same osoby uzależnione i ich rodziny. Pismo ma m.in. pomagać w realizacji zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie; pomagać w tworzeniu dobrych programów rozwiązywania problemów alkoholowych; informować o polityce wobec alkoholu prowadzonej na różnych szczeblach administracyjnych; ułatwiać efektywną pomoc rodzinom z problemem alkoholowym; prezentować praktykę terapeutyczną i nowoczesne metody stosowane w leczeniu uzależnień; wyjaśniać, na czym polega interdyscyplinarne podejście do rozwiązywania problemów w społecznościach lokalnych. Na stronie www.swiatproblemow.pl znajdziemy spisy treści miesięcznika (od 2005 roku) oraz pełną treść wybranych artykułów (po trzy teksty z danego numeru).

swiatproblemow.pl znajdziemy spisy treści miesięcznika (od 2005 roku) oraz pełną treść wybranych artykułów (po trzy teksty z danego numeru).

Red.

Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Pismo jest finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Fundacji Praesterno i funduszy EOG. Udział środków finansowych KBPN stanowi wkład własny Fundacji Praesterno do projektu realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30
00-023 Warszawa
tel.: 22 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,
Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Pismo bezpłatne