



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (81) 2018

NR 1

2018

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

POLITYKA ANTYNARKOTYKOWA W POLSCE – AKTUALNE WYZWANIA

Na pytania Serwisu Informacyjnego Uzależnienia odpowiada wiceminister zdrowia Zbigniew Król 1

Prawo

ZGŁASZANIE NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA LEKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska 5

Profilaktyka

(NIE)WIEDZA NA TEMAT (NAD)UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ – STAN WIEDZY ORAZ DZIAŁANIA PREWENCYJNE

Marcin Jewdokimow 10

SYSTEM PRZYGOTOWYWANIA REALIZATORÓW PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

Jolanta Łazuga-Koczurowska 13

UMIĘTNOŚCI WYCHOWAWCZE W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH NA PRZYKŁADZIE PROGRAMU „DOMOWE PARTNERSTWO”

Magdalena Moskal 19

Analiza

DEBATA TRWA. PIĘĆ LAT LEGALIZACJI CANNABIS W STANIE KOLORADO

Filip Nawara 21

Leczenie, redukcja szkód

SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA W REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ CZ. I

Janusz Strzelecki 26

Regiony

TWORZENIE LOKALNEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – PROJEKT SZKOLENIOWY

Sławomir Pietrzak 31

Badania, raporty

ODBIORCY PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK.

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE CORAZ BARDZIEJ POPULARNE?

Artur Malczewski 35

Konferencje

TEMATYKA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA KONFERENCJACH W 2017 ROKU

..... 42

Profilaktyka

WDRAŻANIE KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU E-UZALEŻNIEŃ W RAMY LOKALNEGO SYSTEMU EDUKACJI CZ. III

Maciej Dębski 44

Internet

PORTAL POŚWIĘCONY UZALEŻNIENIOM BEHAWIORALNYM IV okładka



POLITYKA ANTYNARKOTYKOWA W POLSCE – AKTUALNE WYZWANIA

Na pytania Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA odpowiada wiceminister zdrowia Zbigniew Król, odpowiedzialny między innymi za zdrowie publiczne i współpracę międzynarodową.

– *Od 2016 roku obowiązuje Narodowy Program Zdrowia, który dotyczy również obszaru uzależnień. Co udało się osiągnąć w ciągu ostatniego roku w ramach wdrażania NPZ, a jakie są wyzwania w tym obszarze?*

– Narodowy Program Zdrowia to wieloresortowa i wielosektorowa strategia wdrażania prozdrowotnej polityki publicznej. Większość zadań ujętych w programie jest realizowana w ramach działalności statutowej wielu instytucji publicznych, współpracujących m.in. ze środowiskami naukowymi, organizacjami pozarządowymi, których działalność ma wpływ na zdrowie populacji. Przez dwa lata obowiązywania NPZ przy współpracy z wieloma jednostkami udało nam się zawrzeć setki umów na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych w NPZ. Cel operacyjny 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi jest realizowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, które na zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii i alkoholizmowi przeznaczyły łącznie ponad 15 mln zł. Obie jednostki wykonują szereg działań z zakresu profilaktyki uzależnień czy redukcji szkód i rehabilitacji, prowadzą działania informacyjno-edukacyjne, organizują konferencje i szkolenia dla różnych grup zawodowych na temat uzależnień.

– *Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który ma wzmocnić walkę z „dopalaczami”. Jakie nowe rozwiązania są zawarte w tym projekcie?*

– Nowelizacja ustawy została przygotowana ze względu na pilną potrzebę wdrożenia kolejnych działań ograniczających zjawisko wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Zasadniczym celem projektu jest objęcie przepisami karnymi przede wszystkim czynów związanych z dystrybucją tych substancji i stworzenie instrumentów prawnych umożliwiających pociągnięcie do odpowiedzialności osób z nią związanych. W przypadku, gdy przedmiotem czynu byłoby posiadanie nieznacznej ilości nowej substancji psychoaktywnej, przeznaczonej na własny użytek, z uwagi na określone okoliczności możliwe będzie umorzenie postępowania.

Rozpatrując skuteczność podejmowanych dotychczas działań, w tym rozpowszechnienie oraz dostępność tzw. dopalaczy, jak również liczbę zatruć, która utrzymuje się na poziomie ok. 300 miesięcznie, przeniesienie się sprzedaży tych substancji do kanałów nieoficjalnych, należy przyjąć nowe podejście do tego niebezpiecznego zjawiska. Szybkie zmiany związane z wprowadzaniem do obrotu środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych sprawiły, że dotychczasowe przepisy, które kwestię odpowiedzialności za czyny zabronione w zakresie wytwarzania i wprowadzania do obrotu tych substancji sytuują na poziomie administracyjnym, nie spełniają założonego celu. Zaproponowane w projektowanej ustawie zmiany mają na celu objęcie nowych substancji psychoaktywnych kontrolą analogiczną jak środki odurzające i substancje psychotropowe oraz pozostawienie odpowiedzialności administracyjnej w zakresie środków zastępczych.

Przygotowywana nowelizacja ustawy ma wdrożyć nowe mechanizmy, które wykorzystają prawo karne przeciwko producentom i sprzedawcom nowych substancji psy-

choaktywnych. Obecnie nowe substancje psychoaktywne podlegają pod przepisy prawa administracyjnego, nowe rozwiązania prawne mają to zmienić, wprowadzając „dopalacze” do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w drodze rozporządzenia, co przyspieszy delegalizację pojawiających się nowych substancji psychoaktywnych. W efekcie tych rozwiązań osoby sprzedające „dopalacze” będą traktowane tak samo, jak osoby sprzedające narkotyki.

– *Polski system przeciwdziałania narkomanii oparty jest na współpracy wielu podmiotów: od instytucji centralnych, poprzez organizacje pozarządowe, po samorządy lokalne. Czy NPZ może stanowić wsparcie dla podmiotów zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii, takich jak np. samorządy lokalne?*

– Oczywiście. Jak już wspomniałem, NPZ jest dokumentem strategicznym, wyznaczającym kierunek działania dla wszystkich instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne w Polsce. NPZ to katalog interwencji, który jednostki samorządu terytorialnego mogą traktować jako wskazówkę przy realizowaniu polityki lokalnej między innymi w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

– *W listopadzie 2017 roku otworzył Pan Minister i wziął udział w konferencji zorganizowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej pt. „Monitorowanie i przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym”, podczas której przedstawiono między innymi najnowsze dane dotyczące problemu narkotyków i narkomanii w Polsce i w Europie. Jakie wyzwania stoją przed nami w zakresie przeciwdziałania narkomanii?*

– Corocznie organizowana konferencja przez KBPN i MCPS stanowi dobrą platformę do wymiany doświadczeń i opinii dotyczących stanu problemów narkotykowych oraz działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. W tym roku, podobnie jak w latach poprzednich, jedna z sesji podczas konferencji została poświęcona nowym substancjom psychoaktywnym. Wziął w niej udział między innymi ekspert agencji Komisji Europejskiej EMCDDA. Mimo że wiele udało nam się osiągnąć i Polska była jednym z pierwszych krajów, który rozpoczął monitorowanie, badanie i wdrażanie

programów profilaktycznych, to nadal nowe substancje psychoaktywne są wyzwaniem i dla instytucji reagujących na problem, i dla zdrowia całego społeczeństwa. Jedną z prezentacji przedstawiciela Narodowego Instytutu Leków dotyczyła nowych substancji psychoaktywnych z grupy fentanyli, czyli „dopalaczy” działających o wiele silniej niż heroina. Według prezentowanych podczas konferencji danych EMCDDA liczba wykrywanych corocznie w Europie nowych substancji psychoaktywnych spadła ze 100 do 66, ale pojawiają się coraz groźniejsze – jak wspomniane nowe fentanyle.

– *Od kilku lat działa tzw. Fundusz Hazardowy ministra zdrowia, obsługiwany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, z którego środki przekazywane są na przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. Dzięki Funduszowi dość duże środki zostały przeznaczone również na uzależnienia chemiczne, które nie są związane z uzależnieniami behawioralnymi. Jak z perspektywy czasu ocenia Pan Minister powstanie tego nowego mechanizmu, dzięki któremu uruchomiono nowe źródło finansowania działań dotyczących różnych kategorii uzależnień?*

– W mojej ocenie Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych stanowi ogromne wsparcie w zakresie realizacji działań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom. Środki przeznaczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia dla osób uzależnionych są niewystarczające. Osoby uzależnione potrzebują wsparcia i miejsc, gdzie mogłyby w odpowiednich warunkach realizować dalsze zalecenia terapeutyczne, uzyskać pomoc zarówno od innych uzależnionych, jak i specjalistów z zakresu różnych dziedzin (m.in. psychologów, specjalistów terapii uzależnień, prawników). Ponadto specyfika uzależnień behawioralnych wymaga zaangażowania w proces leczenia specjalistów nie tylko z dziedziny medycyny, ale również doradztwa finansowego czy zawodowego. Takie wsparcie, niezbędne w procesie zdrowienia, wykracza poza zakres właściwy dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałbym zauważyć, że zadania finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych są inne rodzajowo i uzupełniają świadczenia finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto pamiętać, że Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych powstał w 2009 roku. Do 2016 roku z jego środków Krajowe Biuro ds. Przeciwdzia-

łania Narkomanii realizowało, na mocy upoważnienia wydanego przez ministra zdrowia, zadania z zakresu przeciwdziałania uzależnieniu od hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych. Od 2016 roku, dzięki NPZ, promujemy bardziej kompleksowe podejście do tematu uzależnień. Obok Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym, w ramach celu operacyjnego 2, jest realizowany Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a od 1 stycznia 2018 roku również Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych.

– Przez kilka lat toczyła się gorąca dyskusja nad projektem ustawy legalizującej dostęp do medycznej marihuany. Zmiany, które weszły w życie 1 listopada 2017 roku, oznaczają, że leki na bazie konopi można wytwarzać w aptekach na podstawie recepty wystawionej przez lekarza. Ustawodawca nie zdecydował się jednak na zalegalizowanie upraw marihuany do celów medycznych. Oznacza to, że marihuana musi być sprowadzana z zagranicy, co generuje dodatkowe koszty i wydłuża proces dystrybucji. Jak Pan Minister ocenia wprowadzone zmiany, czy są już dane pokazujące skutki tych zmian, i czy rozważane są jakieś modyfikacje przepisów?

– W Polsce dostęp do produktów zawierających pochodne konopi indyjskich używanych w celach medycznych nie jest zakazany. Obowiązujące przepisy nie blokują możliwości wydawania pozwoleń na dopuszczanie do obrotu produktów leczniczych zawierających kannabinoidy. Przykładem takiego leku jest produkt leczniczy Sativex (delta-9-tetrahydrokannabinol + kannabidiol), który jest wyciągiem ze starannie wyselekcjonowanych odmian konopi i posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w Polsce od 2012 roku.

Inne produkty lecznicze, niedostępne na polskim rynku i zawierające w swoim składzie kannabinoidy, mogą być sprowadzane z zagranicy na podstawie art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, w procedurze tzw. importu docelowego. Ustawa z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, która weszła w życie 1 listopada 2017 roku, rozszerzyła zakres dostępności

produktów zawierających kannabinoidy na polskim rynku. Zgodnie z jej założeniami ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywica konopi innych niż włókniste, o których mowa w załączniku nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, może stanowić surowiec farmaceutyczny przeznaczony do sporządzania leków recepturowych, po uzyskaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydanego przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. To oznacza, że po uzyskaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu surowiec farmaceutyczny ziela konopi innych niż włókniste będzie mógł być wykorzystany w aptece do sporządzenia leków recepturowych zgodnie z receptą lekarską.

Uchwalone przepisy są zwieńczeniem pracy Sejmu RP nad poselskim projektem ustawy zmierzającym do uregulowania w polskim ustawodawstwie kwestii wykorzystywania marihuany w celach medycznych, złożonym przez grupę posłów Kukiz'15. Za przyjęciem projektu głosowało 440 posłów, 2 głosowało przeciw, a 1 wstrzymał się od głosu.

Kwestia wprowadzenia regulacji prawnych umożliwiających uprawę marihuany do celów leczniczych na terenie Polski jest procesem skomplikowanym i wymagającym szerokich zmian w polskim systemie prawnym. Na posiedzeniach Komisji Zdrowia dotyczących poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii minister zdrowia wielokrotnie podkreślał, że kwestie związane z uprawniami narodowymi będą analizowane, jeśli dotychczas wypracowane regulacje nie będą wystarczające, aby zapewnić dostępność produktów zawierających kannabinoidy dla wszystkich potrzebujących pacjentów.

Aktualnie nie planujemy wprowadzenia żadnych zmian w obowiązujących przepisach umożliwiających dopuszczenie do obrotu ziela konopi innych niż włókniste jako surowca farmaceutycznego wykorzystywanego do sporządzania leków recepturowych.

Krótki okres, który upłynął od wejścia w życie przepisów, nie pozwala na ocenę ich funkcjonowania. Dotychczas żaden z wytwórców zagranicznych nie zdecydował się złożyć do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych odpowiedniego wniosku o dopuszczenie do obrotu ziela konopi innych niż włókniste.

– *Jaki jest aktualny stan prac nad nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w zakresie leczenia substytucyjnego. Celem nowelizacji jest umożliwienie prowadzenia leczenia substytucyjnego gabinetom lekarskim poprzez przepisywanie leków na receptę. Projekt nowelizacji został przedstawiony Ministerstwu Zdrowia w 2014 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W drugiej połowie 2015 roku prace nad ustawą o zdrowiu publicznym zatrzymały działania ministerstwa dotyczące tego projektu. Dopiero w grudniu 2016 roku przeszedł on konsultacje społeczne, jednak do dziś zapisy ustawy dotyczące leczenia substytucyjnego się nie zmieniły.*

– Leczenie substytucyjne jest prowadzone w Polsce od 1992 roku, a głównym środkiem w nim stosowanym jest metadon. Obecnie, zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie substytucyjne może prowadzić podmiot leczniczy po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa, wydanego po otrzymaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Należy zauważyć, że zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów, przez inicjowanie powstawania nowych programów leczenia substytucyjnego, stanowiło jeden z celów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. Obecnie zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 30% osób uzależnionych jest zadaniem wskazanym w Narodowym Programie Zdrowia.

W 2015 roku do realizacji zlecono 10 programów leczenia substytucyjnego, z których skorzystało 640 odbiorców. Oferowały one zajęcia informacyjno-edukacyjne, warsztaty wspierające alternatywny do używania narkotyków styl życia oraz treningi ukierunkowane na odbudowanie więzi rodzinnych. Realizacja powyższych programów zwiększa szanse powrotu do społeczeństwa osób uzależnionych, leczonych substytucyjnie i pełnienia przez nich ról społecznie akceptowanych (szkoła, praca, rodzina). Dzięki temu, że w 2015 roku powstało 10 nowych programów, to na terenie całego kraju działały łącznie 24 programy leczenia substytucyjnego, funkcjonujące w 14 województwach, które świadczeniami objęły 2579 pacjentów. Liczba osób korzystających z leczenia substytucyjnego w 2015 roku stanowiła zatem od ok. 14% do 24% osób uzależnionych od opioidów.

Mimo że na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy coraz większą dostępność programów leczenia substytucyjnego, to jednak nadal liczba osób uzależnionych od opioidów objętych tymi programami w niektórych województwach jest niższa, niż zaplanowano, tj. nie przekracza 25% osób potencjalnie kwalifikujących się do tego typu leczenia. Konieczne jest zatem poszerzenie istniejącego modelu opieki i leczenia substytucyjnego o inne rozwiązania lub modyfikacja obecnie przyjętych. Efektem prac nad projektem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest zdefiniowanie potrzeby ustalenia alternatywy dla dzisiejszego programu leczenia metadonem, która byłaby skierowana do pewnej części populacji nieobjętej tym programem. Istotnym problemem wymagającym rozwiązania jest też zwiększenie dostępu do leczenia substytucyjnego w każdym powiecie. Ponadto nowym programem byłoby objęci pacjenci, którzy cechują się możliwością „obdarowania” ich zaufaniem w zakresie dyscypliny farmakologicznej i którzy mogliby przerwać leczenie metadonem na rzecz leczenia substytucyjnego innymi, bardziej zaawansowanymi lekami, które aktualnie nie znajdują się na liście leków refundowanych. Leczenie substytucyjne mogłoby być prowadzone w ramach programu leczenia substytucyjnego na dotychczasowych zasadach określonych w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego. Jednakże z uwagi na chęć realizacji głównego postulatu – rozszerzenia leczenia tej populacji pacjentów poza ośrodki, które dziś są realizatorami programu metadonowego, nowy program umożliwiłby wystawianie recept na leki substytucyjne w ramach ordynacji lekarskiej produktów leczniczych zawierających substancję czynną buprenorfinę, przez lekarza posiadającego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Według nowych założeń leczenie substytucyjne będzie prowadzone w poradniach zdrowia psychicznego i poradniach leczenia uzależnienia od narkotyków lub leczenia uzależnień i objęłoby wyłącznie preparaty zawierające buprenorfinę, wypisywane na receptę. Aktualnie projekt znajduje się na etapie uzgodnień międzyresortowych i konsultacji publicznych.

Leki¹ powinny służyć przede wszystkim ochronie zdrowia i życia ludzkiego. Do obrotu dopuszczane są wyłącznie te, które zostały poddane badaniom klinicznym² i które otrzymały odpowiednie pozwolenie. Nie oznacza to jednak, że nie wywołują one żadnych działań niepożądanych. Zgodnie z definicją, działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego (art. 2 pkt 3a ustawy Prawo farmaceutyczne³). Nadzór nad bezpieczeństwem stosowania leku polega przede wszystkim na gromadzeniu i analizie informacji o powikłaniach polekowych.

ZGŁASZANIE NIEPOŻĄDANEGO DZIAŁANIA LEKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Do obrotu dopuszczone są m.in. leki zawierające substancje psychoaktywne. Według ogólnej definicji jako substancję psychoaktywną można traktować taki środek, który bezpośrednio wpływa na czynność mózgu, prowadząc do różnorodnych zmian nastroju, spostrzegania, świadomości oraz zachowania⁴. O tym, jak działa dana substancja psychoaktywna, decyduje to, na jakie konkretnie receptory i neuroprzekazniki układu nerwowego ona wpływa. Ponadto każdy organizm jest inny, w związku z tym bardzo ważne jest monitorowanie działań niepożądanych.

Należy pamiętać, że każdy pacjent może zgłosić działanie niepożądane leku do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, o czym będzie mowa w niniejszym artykule⁵. Jednocześnie warto podkreślić, że w kompetencjach i zadaniach Urzędu Rejestracji nie leży zbieranie i ocena niepożądanych działań wynikających ze stosowania suplementów diety, także tych, które dostępne są w aptece.

Badania kliniczne

Jak już wspomniano, do obrotu dopuszczane są wyłącznie leki, które zostały poddane badaniom klinicznym. Badania kliniczne prowadzone są w czterech etapach (fazach). Aby przejść do kolejnego etapu, każda poprzednia faza musi się zakończyć wynikiem pozytywnym. W pierwszej kolejności wstępnie oceniane jest bezpieczeństwo badanej substancji czynnej, jej metabolizm, wchłanianie, wydalanie, ewentualna toksyczność oraz interakcje z innymi przyjmowanymi przez pacjenta substancjami. Następnie możliwe jest określenie

dawkowania badanej substancji. W fazie II następuje określenie, czy lek działa w grupie chorych oraz czy jest dla nich bezpieczny. Na tym etapie badań dochodzi do porównywania działania nowego leku oraz placebo lub leku stosowanego w leczeniu danej choroby – do porównania dochodzi na gruncie metody ślepej próby, która ma zapewnić możliwie najbardziej obiektywną ocenę działania⁶. Kolejny etap to badanie prowadzone na dużych grupach uczestników w celu określenia bezpieczeństwa stosowania i skuteczności terapeutycznej nowego produktu leczniczego w stosunku do określonej choroby, w miarę możliwości z zastosowaniem podwójnie ślepej próby i losowego doboru uczestników (randomizacja)⁷. W efekcie tego badania powinna zostać określona częstotliwość występowania najczęstszych objawów niepożądanych i czynniki modyfikujące siłę oddziaływania produktu⁸. Po pozytywnym zakończeniu fazy III badań klinicznych dany lek może zostać zarejestrowany i wprowadzony do obrotu⁹. Prowadząc badanie kliniczne, należy pamiętać o tym, że prawa, bezpieczeństwo, zdrowie i dobro uczestników badania klinicznego są nadrzędne w stosunku do interesu nauki oraz społeczeństwa.

Z raportu PwC (2015) wynika, że rynek badań klinicznych wciąż się rozwija i wykazuje potencjał do dalszego wzrostu¹⁰. W latach 2012–2014 zaobserwowano jednak spadek liczby prowadzonych (nowo zarejestrowanych) badań klinicznych, spowodowany zarówno przez czynniki lokalne, jak i globalne. Należą do nich przede wszystkim: przewlekły proces administracyjny i duża liczba wymogów formalnoprawnych w Polsce, mniej sprzyjające regulacje niż w innych krajach eu-

ropejskich, gdzie często stosowane są dodatkowe ulgi i zachęty dla sponsorów badań klinicznych, wdrożenie przepisów Dyrektywy 2001/20/WE, która doprowadziła do spadku konkurencyjności krajów Unii Europejskiej w obszarze badań klinicznych w porównaniu do reszty świata oraz konsolidacja światowego rynku farmaceutycznego, a tym samym zmniejszenie liczby sponsorów¹¹. Jednocześnie w tym okresie nastąpił wzrost kosztów prowadzenia badań klinicznych, wynikający w szczególności z coraz większego stopnia ich komplikacji (m.in. zwiększenie wymagań diagnostycznych, zmniejszenie liczby pacjentów ostatecznie kwalifikowanych do badania – bardziej szczegółowe wymogi w zakresie typu schorzenia związane ze zwiększeniem udziału badań dotyczących tzw. terapii celowanych powodują, iż badaniami przesiewowymi trzeba objąć licznější populację), co utrudnia rekrutację i może powodować zwiększenie liczby ośrodków badawczych niezbędnych do osiągnięcia docelowej liczby pacjentów wymaganych do badania oraz wzrost wymogów formalnoprawnych generujących dodatkowe koszty. Bez względu na powyższe przeszkody, należy jednak stwierdzić, że rynek badań klinicznych w Polsce ma wiele zalet, które decydują o jego atrakcyjności z perspektywy sponsora badań klinicznych. Należą do nich m.in. duża populacja pacjentów, wykwalifikowana kadra lekarska, wyspecjalizowane ośrodki badawcze, które charakteryzują się dobrą organizacją pracy. Nie bez znaczenia jest także konkurencyjność kosztów prowadzenia badań w stosunku do krajów Europy Zachodniej, a nawet niektórych krajów Europy Środkowo-Wschodniej.

Monitorowanie bezpieczeństwa leków

Po wprowadzeniu leku do obrotu jego bezpieczeństwo i skuteczność są nadal monitorowane. Ostatnia faza badań klinicznych dotyczy leków w sprzedaży i ma na celu określenie, czy lek jest bezpieczny we wszystkich wskazaniach zalecanych przez producenta i dla wszystkich grup chorych. W tej fazie dodatkowo też weryfikowane są wyniki uzyskane w poprzednich etapach.

Podmiot, który uzyskał pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego jest zobligowany do wskazania osoby odpowiedzialnej za nadzór nad

monitorowaniem jego bezpieczeństwa. Do obowiązków takiej osoby należy m.in. prowadzenie ciągłej oceny danych w procesie rejestracyjnym oraz odnotowywanie informacji, które mogą implikować konieczność podjęcia nadzwyczajnych kroków¹².

Każdy produkt leczniczy może wywołać działanie niepożądane, którym – zgodnie z definicją WHO – jest szkodliwe i niezamierzone działanie leku, występujące po podaniu człowiekowi zwyczajowej dawki stosowanej w celu profilaktycznym, diagnostycznym lub leczniczym. Działania niepożądane zostały podzielone na sześć podstawowych grup¹³. Do pierwszej z nich należą działania niepożądane typu A (*augmented*), które wiążą się bezpośrednio z wielkością przyjętej dawki leku i reakcją organizmu na działanie substancji czynnej. W większości przypadków można je przewidzieć, ponieważ są związane z mechanizmem działania produktu leczniczego. Zdaniem W. Masełbasa ich cechą charakterystyczną jest szybkie ustępowanie po odstawieniu leku¹⁴. Kolejną kategorią są działania niepożądane typu B (*bizarre*), które są niezależne od dawki leku. Najczęściej są reakcjami alergicznymi lub pseudoalergicznymi, w związku z czym nie można ich przewidzieć. Działania niepożądane typu C (*chronic use*) wiążą się z długotrwałym stosowaniem danego produktu leczniczego. Do tej kategorii zaliczane są także choroby polekowe oraz uzależnienia. Występują także działania leku niezamierzone i opóźnione w czasie, tzw. działania niepożądane typu D (*delayed*). Są one szkodliwe dla zdrowia pacjenta i ujawniają się dopiero po kilku miesiącach lub latach stosowania leku. Działania niepożądane typu E (*end of use*) są spowodowane odstawieniem leku. Ostatnią kategorią są działania niepożądane typu F (*failure of therapy*) i wiążą się z brakiem skuteczności terapii stosowanej u pacjenta. Bez względu na kategoryzację, należy podkreślić, że działania niepożądane produktów leczniczych charakteryzują się niezwykle różnorodnością objawów. Część leków ujawnia swoje działania dopiero wskutek interakcji z innymi produktami leczniczymi. Zdarzają się również sytuacje, gdy produkt leczniczy o dużej toksyczności jest jedynym, który można zastosować w danej jednostce chorobowej. Takie działanie wymaga dużej świadomości obu stron. Produkty lecznicze mogą wywołać także ciężkie działania niepożądane, które bez względu na zastosowaną dawkę leku powoduje zgon pacjenta, zagrożenie jego życia, znaczny uszczerbek

na zdrowiu lub konieczność hospitalizacji. W związku z powyższym bardzo ważne jest bezpieczeństwo farmaceutyków, które zostały dopuszczone do obrotu. Ocena profilu bezpieczeństwa każdego leku odbywa się przez cały czas jego obecności na rynku. W tym celu zbierane są opisy przypadków działań niepożądanych, które podlegają różnego rodzaju analizom. Przygotowywane są dokumenty zbiorcze dotyczące poszczególnych produktów leczniczych. Do głównych należą okresowy raport o bezpieczeństwie (*Periodic Safety Update Report* – PSUR¹⁵), uzupełnienie do raportu klinicznego dotyczące bezpieczeństwa (Addendum to the Clinical Overview) – opracowywane w czasie ubiegania się o przedłużenie okresu ważności pozwolenia na dopuszczenie do obrotu danego produktu leczniczego, plan zarządzania ryzykiem (*Risk Management Plan*¹⁶).

Innym krokiem, na który decydują się podmioty odpowiedzialne z własnej inicjatywy lub realizując zalecenie organu kontroli leków, jest przeprowadzenie porejestracyjnych badań dotyczących bezpieczeństwa. Celem tych badań jest zebranie informacji, których nie udało się uzyskać w czasie badań klinicznych stanowiących podstawę do rejestracji danego produktu.

Cały wachlarz działań składających się na nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii pozwala na ocenę wartości poszczególnych produktów leczniczych. Skuteczność podejmowanych kroków wpływa bez wątpienia na jakość leczenia.

Jak zgłosić działanie niepożądane leku?

Do niedawna z prawnego punktu widzenia ważne były jedynie opisy przypadków niepożądanego działania leku potwierdzone przez fachowego pracownika opieki zdrowotnej, o czym świadczy m.in. art. 45a ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym lekarz

jest obowiązany zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego. Z cytowanego przepisu wynika, że lekarz ma prawny obowiązek zgłoszenia do właściwego podmiotu działania niepożądanego produktu leczniczego. W zmianie przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, mającej na celu transpozycję przepisów Dyrektywy 2001/20/WE, a tym samym usprawnienie systemu nadzoru nad

bezpieczeństwem farmakoterapii, znalazło się wiele nowych rozwiązań, między innymi poszerzenie kręgu osób uprawnionych do przekazywania opisów działań niepożądanych¹⁷. Zgodnie z treścią art. 12a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁸, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź opiekun faktyczny¹⁹ ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi

odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego.

W celu zgłoszenia działania niepożądanego leku można skorzystać ze **specjalnego formularza**, który znajduje na stronie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Następnie należy wypełnić go, wpisując wszystkie niezbędne dane.

Zgłoszenie działania niepożądanego leku musi przede wszystkim zawierać:

- nazwę produktu leczniczego,
- opis reakcji niepożądanego, czyli wymienienie co najmniej jednego objawu,
- dane pacjenta – inicjały, płeć, wiek, masa ciała,
- dane zgłaszającego – imię, nazwisko, sposób kontaktu (adres, telefon, faks, e-mail).

Zgłoszenie może także zawierać informacje o stosowanych lekach, tj. dawkowaniu, drodze podania (np.

Rynek badań klinicznych w Polsce ma wiele zalet, które decydują o jego atrakcyjności z perspektywy sponsora badań klinicznych. Należą do nich między innymi duża populacja pacjentów, wykwalifikowana kadra lekarska, wyspecjalizowane ośrodki badawcze, które charakteryzują się dobrą organizacją pracy.

doustnie), dacie rozpoczęcia przyjmowania leku, dacie zakończenia przyjmowania leku oraz przyczynie stosowania leku (np. nadciśnienie). Jeżeli nie pamiętamy wszystkich danych, to należy pozostawić puste miejsca. Ponadto w formularzu znajduje się pytanie, czy wyrażamy zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym, w celu uzyskania dodatkowych informacji. Jeżeli tak, to należy uzupełnić dane kontaktowe lekarza (imię i nazwisko, telefon, adres, e-mail). Istnieje możliwość klasyfikacji działania niepożądanego, tzn. czy działanie niepożądane było ciężkie. Jeżeli reakcja była ciężka, należy zaznaczyć wszystkie punkty odpowiadające reakcji, tj. zgon, zagrożenie życia, hospitalizacja lub jej przedłużenie, trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności, choroba, wada wrodzona lub uszkodzenie płodu, inne istotne medycznie.

Bardzo ważne jest określenie relacji pomiędzy zastosowaniem produktu leczniczego a reakcją, która wystąpiła u pacjenta. Takie informacje są merytorycznie oceniane przez organy rejestracyjne oraz działy nadzoru bezpieczeństwa farmakoterapii w firmach farmaceutycznych. Ocena związku przyczynowo-skutkowego ma znaczenie dla rodzaju środków, które zostaną podjęte przez podmioty, o których mowa powyżej.

Wypełniony formularz można wysłać pocztą na adres Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych), do podmiotu odpowiedzialnego (adres znajduje się na ulotce dołączonej do opakowania leku) lub do lekarza, farmaceuty, pielęgniarki, ratownika medycznego lub innej osoby wykonującej zawód medyczny.

Wypełniony formularz można wysłać także do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych:

- faksem na nr 22 49 21 309,
- pocztą elektroniczną na adres: ndl@urpl.gov.pl,
- za pośrednictwem platformy ePUAP,
- za pośrednictwem aplikacji mobilnej Mobit Skaner.

Uwagi końcowe

Wszystkie regulacje prawne, o których była mowa, mają na celu umożliwienie władzom szybkiej reakcji

na wypadek nieprzewidzianych działań niepożądanych. Żaden, nawet najlepiej zorganizowany system zbierania danych w firmie farmaceutycznej, jak i system stworzony przez organ kontroli leków, nie będzie działał bez aktywnego udziału pacjentów oraz osób mających bezpośredni z nimi kontakt i dzielących się swoim doświadczeniem ze środowiskiem²⁰.

Decyzja o wprowadzeniu możliwości zgłaszania pojedynczych przypadków działań niepożądanych przez samych pacjentów albo ich przedstawicieli bądź opiekunów, oparta została na wieloletnich obserwacjach i prowadzeniu specjalnych programów pilotażowych w kilku państwach (Wielka Brytania, Holandia, kraje skandynawskie). Programy zachęcające pacjentów do aktywności wykazały, że informacje od nich stanowią uzupełnienie danych otrzymywanych od lekarzy czy farmaceutów. Co więcej, stwierdzono, że pacjenci wcześniej niż lekarze zgłaszają nowe, dotychczas nieopisane działania niepożądane. Jak słusznie zauważa D. Karkowska, wprowadzając takie rozwiązanie, uwypuklono rolę pacjentów jako osób będących bezpośrednim źródłem informacji o wystąpieniu działania niepożądanego produktu leczniczego²¹.

Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii służy pozyskiwaniu nowych informacji o lekach, które przecież powinny być jak najbardziej przyjazne dla pacjentów. Niekiedy większa skuteczność może paradoksalnie nieść ze sobą większe ryzyko i niebezpieczeństwo. Dlatego też producenci farmaceutyków, którzy otrzymali pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego, bez względu na rodzaj procedury, są zobowiązani do stworzenia systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii tzw. pharmacovigilance. Ma on na celu gromadzenie i rejestrowanie działań niepożądanych. Bez wątplenia takie działania są niezwykle ważne, ponieważ „starannie przeprowadzona ocena profilu bezpieczeństwa leku pozwala na dostarczenie pełnej informacji o nim, co może ułatwić wybór odpowiedniego produktu leczniczego dla konkretnego pacjenta”²². Jak już wspomniano, proces ten trwa przez cały okres stosowania leku, a w momencie pojawienia się nowych faktów ocena przydatności danego produktu leczniczego jest dokonywana ponownie.

Dane wysłane z Polski, tak jak informacje z pozostałych krajów wzbogacają wiedzę o leku, pozwalają na określenie grup pacjentów, dla których dany lek stanowi właściwy wybór i można się spodziewać, że

przyniesie im korzyść terapeutyczną przy możliwie najmniejszym zagrożeniu wystąpienia działań niepożądanych. Dzięki zebranych informacjom można określić, dla jakich pacjentów lek jest przeciwwskazany, jakie czynniki ryzyka, np. współistniejące choroby, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych²³, którzy pacjenci powinni stosować lek w mniejszych dawkach itd.

Dogłębna wiedza o produktach leczniczych pozwala na świadomy wybór najlepszego leku dla konkretnego pacjenta znajdującego się w danej sytuacji klinicznej.

Przypisy

- 1 http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/nalogi/substancje-psychoaktywne_45610.html
- 2 Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej <http://urpl.gov.pl/pl/produkty-lecznicze/monitorowanie-bezpiecze%C5%84stwa-lek%C3%B3w/zg%C5%82o%C5%9B-dzia%C5%82anie-niepo%C5%BC%C4%85dane-0>
- 3 W myśl tej metody ani pacjent, ani badacz nie wiedzą, czy choremu podawana jest substancja będąca przedmiotem badania, czy też placebo. Grupa biorąca udział w tym badaniu jest dobrana losowo i obejmuje kilkuset ochotników – w tym pacjentów chorujących na daną chorobę, <http://www.badaniaklinicznepolsce.pl/o-badaniach-klinicznych/podstawowe-informacje/jak-sie-prowadzi-badania-kliniczne/>, dostęp z dnia 15.03.2018 r.
- 4 M. Czarkowski, J. Różyńska, „Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik dla badacza”, Warszawa 2008, s. 19.
- 5 Ibidem.
- 6 Biorąc pod uwagę procedurę rejestracji oraz zakres terytorialny, możemy wyróżnić dwa rodzaje pozwoleń: pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydawane na poziomie wspólnotowym na podstawie rozporządzenia 726/2004 oraz pozwolenia wydawane na podstawie przepisów krajowych, ważne tylko na terytorium państwa, w którym zostały wydane. Co istotne, pozwolenia krajowe mogą być również wydane w ramach procedur koordynowanych w UE – tj. procedury wzajemnego uznania i procedury zdecentralizowanej. Do obrotu dopuszczone są zatem produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane – na poziomie wspólnotowym przez Radę Unii Europejskiej, Komisję Europejską lub – na poziomie krajowym – przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (dalej: Prezesa Urzędu). Pozwolenie wydawane przez Prezesa Urzędu dotyczy produktów leczniczych, które mają być stosowane wyłącznie na terytorium Polski, jak również produktów leczniczych, które były przedmiotem procedur europejskich w postaci wzajemnego uznania oraz procedury zdecentralizowanej. W przypadku wspomnianych procedur europejskich Prezes Urzędu wydaje pozwolenie zgodnie z zatwierdzonymi raportem oceniającym oraz Charakterystyką produktu leczniczego, ulotką i oznakowaniem opakowań. W stosunku do produktów dopuszczanych jedynie na terytorium RP Prezes Urzędu jest organem wydającym pozwolenie na dopuszczenie do obrotu i zatwierdzającym treść Charakterystyki produktu leczniczego, ulotki i oznakowania leku, które stanowią nieodłączne elementy towarzyszące pozwoleniu. Z kolei pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydawane przez Radę Unii Europejskiej lub KE dotyczy produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, które przeszły tzw. procedurę scentralizowaną prowadzoną przez Europejską Agencję Leków (dalej: EMA) w Londynie.
- 7 Raport „Badania kliniczne w Polsce”, grudzień 2015 r. (dalej: raport PwC z 2015 r.), <http://www.pwc.pl/pl/pdf/badania-kliniczne-raport-pwc.pdf>.

- 8 Ibidem.
- 9 A. Maciejczuk, A. Arcab, „Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii – przepisy prawne” (w:) Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Pharmacovigilance, I. Łagocka, A. Maciejczyk (red.), Warszawa 2008, s. 47.
- 10 Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Pharmacovigilance, I. Łagocka, A. Maciejczyk (red.), Warszawa 2008.
- 11 W. Maselbas, „Działania niepożądane leków: definicje, przyczyny, podział” (w:) Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Pharmacovigilance, I. Łagocka, A. Maciejczyk (red.), Warszawa 2008, s. 72.
- 12 W PSUR podmiot odpowiedzialny poddaje analizie wszystkie zebrane informacje o swoim leku, w zdefiniowanych prawnie przedziałach czasowych, w celu upewnienia się, czy korzyści wynikające ze stosowania danego produktu przeważają nad możliwymi do przewidzenia zagrożeniami.
- 13 W RMP – na podstawie ciągle uzupełnianych danych – opisywane są wszystkie zagrożenia towarzyszące terapii danym lekiem, definiowane obszary wiedzy wymagające uzupełnienia. Podmiot odpowiedzialny proponuje, o ile jest to możliwe, kroki, jakie należy podjąć, by zapobiec ryzyku lub chociaż je zminimalizować. W dokumencie tym, i w jego kolejnych aktualizacjach, ocenie podlega także skuteczność zaproponowanych uprzednio działań. Jednym z takich działań może być przygotowanie materiałów edukacyjnych dotyczących konkretnego jednego lub rzadziej kilku zagrożeń skierowanych zarówno do osób wykonujących zawód medyczny, jak i do pacjentów czy ich opiekunów.
- 14 Korelatem tego prawa jest obowiązek zgłaszania działań niepożądanych spoczywający na: lekarzach i lekarzach dentystach, farmaceutach, pielęgniarkach i położnych, a także ratownikach medycznych, felczerach i diagnostach laboratoryjnych.
- 15 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2016.186.
- 16 Zgodnie z treścią art. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- 17 A. Maciejczyk, „Monitorowanie niepożądanych działań leków”, Pigułka – Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Nr 19, Maj 2007.
- 18 D. Karkowska, „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz”, LEX on-line, komentarz do art. 12a, akapit 3, zdanie 5.
- 19 A. Maciejczyk, Wprowadzenie (w:) Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Pharmacovigilance, I. Łagocka, A. Maciejczyk (red.), Warszawa 2008, s. 39.
- 20 <http://urpl.gov.pl/pl/produkty-lecznicze/monitorowanie-bezpiecze%C5%84stwa-lek%C3%B3w/dlaczego-monitorowanie-bezpiecze%C5%84stwa-lek%C3%B3w>.
- 21 Przez pojęcie produktu leczniczego rozumie się substancję lub mieszaninę substancji, przedstawianą jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawaną w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznej funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne – art. 2 pkt 32 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U.2008.45.271 z późn. zm. Szerzej na temat definicji produktu leczniczego w: Olszewski W.L. (red.), „Prawo farmaceutyczne. Komentarz”, Warszawa 2016; Kondrat M. (red.), „Prawo farmaceutyczne. Komentarz”, Warszawa 2016; Sławatyniec Ł. (red.), „Prawo farmaceutyczne i refundacja leków”, Warszawa 2013; Siwiec M., „Różnice pomiędzy produktem leczniczym a suplementem diety, wyrobem medycznym oraz środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia. Komentarz praktyczny”, LEX on-line.
- 22 Badaniem klinicznym jest każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego/wielu badanych produktów leczniczych lub w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność – art. 2 pkt 2 Prawa farmaceutycznego.
- 23 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2017. 2211.

Wiedza na temat zagadnienia (nad)używania substancji psychoaktywnych i uzależnień osób niepełnosprawnych intelektualnie jest w Polsce i za granicą bardzo fragmentaryczna. W związku z tym nieznana jest i skala zjawiska, i potrzebne kierunki działań.

(NIE)WIEDZA NA TEMAT (NAD)UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ – STAN WIEDZY ORAZ DZIAŁANIA PREWENCYJNE

Marcin Jewdokimow

Instytut Filologii Klasycznej i Kulturoznawstwa
Wydział Nauk Humanistycznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

W literaturze zagranicznej i pracy klinicznej zagadnienie używania substancji psychoaktywnych przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną cieszy się coraz większym zainteresowaniem badawczym. Osoby z MID-BIF¹ i lekką niepełnosprawnością intelektualną traktowane są jako grupa podwyższonego ryzyka w związku z zaburzeniami używania różnego rodzaju substancji, mimo że wciąż mało wiadomo o częstotliwości występowania tych zaburzeń, ryzyka z nimi związanego oraz czynników ochronnych. Sturmeij, Reye, Lee i Robek (2003) na podstawie różnych badań oszacowali skalę zaburzonego używania substancji (*substance use disorder*) na 0,5-2% w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Szczegółowe badania przynoszą jednak różne dane (por. Duijvenbode i in., 2015). Robert Didden wskazuje, że „jednostki z MID-BIF – podobnie do rówieśników bez MID-BIF – zaczynają konsumpcję (zakazanych i niezakazanych) substancji w młodym wieku, co może się przekształcić w długotrwałe zachowania, a nawet zaburzenia używania (*use disorder*) (np. Kepper, Van den Eijnden, Monshouwer & Vollebergh, 2014)” (Didden, 2017, s. 96). Na przykład badania francuskie (Pacoricóna Alfaró, Ehlinger, Spilka, Ross, Sentenac and Godeau, 2017) pokazują, że „poziom używania substancji przez uczniów z MID-BIF jest podobny do poziomu uczniów bez MID-BIF” (Didden, 2017, s. 96). Z kolei badania niemieckie pokazują, że MID-BIF może być czynnikiem ochronnym w stosunku do spożywania

alkoholu (co jednak bardziej odnosi się do uczennic niż uczniów) (Reis, Wetzel, Haesler, 2017).

Jaka jest przyczyna niskiego poziomu wiedzy w tym obszarze, a jednocześnie wzrostu zainteresowania tym tematem? Robert Didden, autor artykułu przeglądowego na ten temat, uważa, że wynika to z kwestii społecznych i metodologicznych. Do tych pierwszych zalicza problemy związane ze stygmatyzowaniem osób używających substancji i zaprzeczanie ich używaniu przez samych użytkowników i ich opiekunów, do tych drugich – trudności pomiarowe. Brakuje bowiem narzędzi dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną. W tym kontekście warto wskazać na nowe narzędzia pomiarowe. Kwestionariusz *the Substance Use and Misuse in Intellectual Disability – Questionnaire (SumID-Q)* (VanDerNagel, Kiewik, Van Dijk, De Jong & Didden, 2011, VanDerNagel i in., 2013) to narzędzie oparte na podejściu empatycznym i niekonfrontacyjnym (Didden, 2017, s. 95). Badacz podkreśla też, że innymi strategiami badania mogą być: informacja uzyskana od jednostki (*self-report*), informacja uzyskana od pełnomocnika czy opiekuna (*proxy-report*) oraz analiza biomarkerów z moczem, włosami lub potem (s. 97). Jak pokazują badania VanDerNagel i in. (2017), „zarówno informacja uzyskana od jednostki, jak i od pełnomocnika czy opiekuna w porównaniu z analizą biomarkerów wypadły względnie dobrze (*reasonably well*), i w związku

z tym mogą być one używane do oceny (nad)użycia substancji przez jednostki z MID-BIF” (s. 97).

W Polsce nieliczne wypowiedzi ekspertów – odnoszące się raczej to szerszej kategorii różnych niepełnosprawności, a nie wyłącznie niepełnosprawności intelektualnej oraz bazujące na indywidualnym doświadczeniu, a nie badaniach naukowych – wskazują, że można mówić o takim problemie, jak również konieczności podjęcia systemowych działań w tym kierunku. W 2010 roku tylko 37 z 90 placówek publicznych, całodobowych i ambulatoryjnych, które zostały przebadane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) w Warszawie, nie udzielało pomocy osobom z niepełnosprawnościami, a w 12 placówkach udzielano pomocy osobom z niepełnosprawnościami, które mają problemy narkotykowe. „Aż 93% potrzebujących pomocy to ludzie z niepełnosprawnością intelektualną. Wśród zgłaszających się do placówek po pomoc znalazło się także 25 osób z niepełnosprawnością ruchową, zaś najmniejszy odsetek potrzebujących wsparcia stanowiły osoby z dysfunkcją wzroku lub słuchu – mówił Dawid Chojecki, przeprowadzający badanie z ramienia KBPN”². Jadwiga Fudała, kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wskazuje, że brak badań, a przez to i wiedzy na temat (nad)używania substancji psychoaktywnych przez osoby z niepełnosprawnością, nie oznacza, że problemu nie ma. Jej zdaniem prawdopodobnie w środowisku osób niepełnosprawnych nadużywanie alkoholu jest większe niż w całej populacji, gdyż jest to grupa stygmatyzowana, a alkohol w takich grupach traktowany jest jak lek³. Jak wskazuje się w innych źródłach osoby niepełnosprawne intelektualnie ze względu na słabszą wydolność układu nerwowego są bardziej podatne na uzależnienie od używek⁴.

W Polsce do tej pory nie realizowano badań dotyczących związku niepełnosprawności intelektualnej z (nad)użyciem substancji psychoaktywnych, a wyłącznie różnych form niepełnosprawności (Jędrzejko, 2014) oraz niepełnosprawności wzrokowej (Kocur, Nowakowska, Mąkosa, 2011). Również w polskojęzycznych czasopiśmie naukowych tematyka ta jest rzadko podejmowana. Szeroko i teoretycznie zagadnienie związku uzależnień z niepełnosprawnościami przedstawiły Barbara Janina Grzyb i Danuta Ulewicz-Adamczyk (2014). Autorki wskazują, że nadużywanie substancji psychoaktywnych w tej grupie osób można interpretować jako formę „ucieczki od swoich problemów”.

Problemy z rozpoznaniem skali zjawiska oraz małą liczbą badań nad nim przekładają się na problemy związane z jego prewencją i leczeniem. Jak podaje Didden (2017), przegląd literatury przedmiotu pod kątem programów prewencyjnych (Didden i in., 2016; Kerr i in., 2013) pokazuje, że „interwencje dostosowane do potrzeb jednostek z MID-BIF poprzez uproszczoną komunikację, użycie bodźców wizualnych [pictorial] oraz odpowiednią liczbę, kształt i długość sesji, a mające na celu edukację klientów o negatywnych efektach i ryzykach używania substancji, mogą zwiększyć ich wiedzę związaną z substancjami” (Didden, 2017, s. 97), jak również „dokonać zmiany behawioralnej oraz redukcji (nad)używania substancji” (ibidem). Jednak, jak podkreśla autor, wiele studiów dotyczących prewencji miało niską wartość metodologiczną, np. małe próby (ibidem). Didden podkreśla, że nie ma obecnie dostępnych programów dotyczących prewencji w szkołach, które potrzebne są tym bardziej, że jak pokazują badania (Pacoricona Alfaro i in., 2017, Reis i in., 2017), używanie substancji zaczyna się we wczesnym wieku (ibidem). Badania nad prewencją Kiewik, VanDerNagel, Engels i De Jong (2017) stanowią ważny wyjątek. Autorzy „badali efektywność programu e-learningowego w odniesieniu do wiedzy i postaw wobec używania alkoholu i tytoniu wśród nastolatków z MID-BIF, którzy uczęszczali do szkoły specjalnej. Chociaż program nie wywarł wpływu na ich wiedzę i postawy, to jednak pokazał, że uczniowie w grupie eksperymentalnej poddani byli mniejszemu wpływowi kształtowania picia przez innych uczniów i kolegów [*faced less influence of modeling of drinking classmates/friends*] po odbyciu programu” (Didden, 2017, s. 97). Didden konkluduje, że „pokazuje to, iż uczniowie z MID-BIF mogą korzystać z programów e-learningowych – zawierających gry, filmy wideo, quizy i testy – na temat (ryzyk) używania i nadużywania substancji” (ibidem). Innym przykładem programu prewencyjnego, o którym nie wspomina, jest holenderski „Take it personal!” (Schijven i in., 2015), skierowany do młodzieży z MID-BIF. Program ma na celu prewencję problematycznego używania substancji „poprzez rozwój kompetencji pozwalających radzić sobie z ich osobowościowymi cechami” (s. 173). Jak podkreśla Didden, w literaturze dotyczącej osób z niepełnosprawnością intelektualną nie bierze się pod uwagę cech osobowościowych jednostki jako czynnika ochrony lub ryzyka, a znaczenie tego czynnika zostało udowodnione w badaniach nad osobami bez upośledzenia intelektualnego (2017, s. 97). Badania Poelen, Schijven, Otten i Diddena

(2017), biorące pod uwagę ten osobowościowy czynnik, wskazują, że niektóre z tych czynników mają znaczenie⁵, co przekłada się na kwestie diagnostyczne i leczenie, jak również na programy interwencyjne.

Mimo braków wiedzy diagnostycznej w Polsce przeprowadza się działania prewencyjne w tym zakresie. Projekty profilaktyczne skierowane do osób z niepełnosprawnością intelektualną realizowała Fundacja „Otwarte Drzwi” (projekt „Bez Granic”⁶, w 2016 roku; w ramach projektu przeszkolono specjalistów pracujących z osobami z niepełnosprawnościami na temat zagadnień z obszaru profilaktyki uzależnień, którzy następnie prowadzili warsztaty psychoedukacyjne) oraz Fundacja Poza Schematami. Projekt „Bez Granic”⁷ (zrealizowany w 2017 roku) był skierowany do młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wieku 13-16 lat; jego zadaniem było przekazanie podstawowej wiedzy i umiejętności, które zapobiegą używaniu substancji psychoaktywnych i środków zastępczych przez młodych ludzi.

Przypisy

- ¹ Lekka niepełnosprawność intelektualna lub *borderline intellectual functioning* (MID-BIF).
- ² <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/123240>
- ³ http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/11716?print_doc_id=81177
- ⁴ <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/123240>
- ⁵ Badacze używali Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) i SumID-Q.
- ⁶ <http://otwartedrzwi.pl/bez-granic-dzialania-profilaktyczne-dla-osob-z-niepelnosprawnościami/>
- ⁷ <http://otwartedrzwi.pl/bez-granic-dzialania-profilaktyczne-dla-osob-z-niepelnosprawnościami/>

Bibliografia

Didden R., „Substance use and abuse in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: An introduction to the special section”, *Research in Developmental Disabilities* 2017, 63, s. 95-98.

Didden R., VanDerNagel J. & Van Duijvenbode N., „Substance use disorders. W: N. Singh (ed.), *Handbook of evidence-based practice in intellectual and developmental disabilities*, Springer, New York 2016.

Grzyb B.J., Ulewicz-Adamczyk D., „Problematyka uzależnień a niepełnosprawność człowieka – ujęcie teoretyczne wybranych obszarów” (w: Skwarek B., Wulbach E., Lewicka I. (red.), „*Patologie i uzależnienia (wybrane problemy teorii i praktyki)*”, Studio Poligraficzne Edytorka, Warszawa–Łódź 2014.

Jędrzejko M., „Używanie substancji psychoaktywnych w środowisku osób niepełnosprawnych – czynniki ryzyka i czynniki ochronne. Raport z badań”, Centrum Profilaktyki Społecznej, Milanówek 2014.

Kocur J., Nowakowska K., Mąkosa K., „Ocena wiedzy postaw i zagrożeń dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież niepełnosprawną wzrokowo”, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 2011.

Van Duijvenbode N., VanDerNagel J., Didden R., Engels R., Buitelaar J., Kiewik M. & De Jong C., „Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions”, *Research in Developmental Disabilities*, 2015, 38, 319-328.

Kepper A., Van den Eijnden R., Monshouwer K. & Vollebergh W., „Understanding the elevated risk of substance use by adolescents in special education and residential youth care: The role of individual, family and peer factors”, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2014, 23, 461-471.

Kerr S., Lawrence M., Darbyshire C., Middleton R. & Fitzsimmons L., „Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: A systematic review of the literature”, *Journal of Intellectual Disability Research*, 2013, 57, 393-408.

Kiewik M., VanDerNagel J., Engels R. and De Jong C.A.J., „Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis”, *Research in Developmental Disabilities*, 2017, 63, 151-159.

Pacoricon A., Ehlinger, Spilka, Ross, Sentenac, Godeau, „Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population?”, *Research in Developmental Disabilities*, 2017, 63, 118-131.

Reis O., Wetzel B., Haesler F., „Mild or borderline intellectual disability as a risk for alcohol consumption in adolescents – A matched-pair study”, *Research in Developmental Disabilities*, 2017, 63, 132-141.

VanDerNagel J.E.L., Kiewik M., Buitelaar J.K. & De Jong C.A.J., „Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services”, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2011, 8, 143-149.

Poelen E.A.P., Schijven E.P., Otten R., Didden R., „Personality dimensions and substance use in individuals with mild to borderline intellectual disabilities”, *Research in Developmental Disabilities* 63 (2017), 142-150.

Schijven P.E., Engels R.C.M.E., Kleinjan M., Poelen E.A.P., „Evaluating a selective prevention program for substance use and comorbid behavioral problems in adolescents with mild to borderline intellectual disabilities: Study protocol of a randomized controlled trial”, *BMC Psychiatry*, 2011, 15, 167.

VanDerNagel J., Kiewik M., Van Dijk M., De Jong C. & Didden R., „Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking [Manual SumID-Q. An instrument to assess substance use in individuals with mild intellectual disability]. Deventer, The Netherlands: Tactus 2011.

VanDerNagel J., Kemna L. & Didden R., „Substance use among persons with mild intellectual disability: Approaches to screening and interviewing”, *The NADD Bulletin*, 2013, 16, 87-92.

Przegląd literatury opracowano w ramach realizacji programu Fundacji Poza Schematami „Akademia Poza Schematami» – opracowanie, wdrożenie i ewaluacja programu profilaktycznego dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim”, współfinansowanego ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia). Fundacja Poza Schematami jest organizacją skupiającą środowiska profilaktyków, terapeutów, pedagogów i badaczy. Celem działalności Fundacji jest ochrona zdrowia i pomoc społeczna obejmująca m.in. promocję zdrowia psychicznego oraz profilaktykę i terapię adresowaną do dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych. Fundacja zajmuje się także edukacją oraz działalnością badawczą. Więcej na: <http://www.fundacijapozaschematami.pl/>

Skuteczna profilaktyka musi być oparta na dwóch filarach: na programach opracowanych na naukowych podstawach, o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności, oraz na kompetentnych realizatorach, którzy posiadają określone cechy osobiste. W artykule zostaną scharakteryzowane te cechy i zaprezentowane założenia Szkoły Animatorów Profilaktyki.

SYSTEM PRZYGOTOWYWANIA REALIZATORÓW PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

Jolanta Łazuga-Koczurowska
Stowarzyszenie MONAR

Lepiej zapobiegać, niż leczyć (ang. *Prevention is better than cure*). Trudno nie zgodzić się z tym stwierdzeniem. Wszyscy wolelibyśmy, aby nasze dzieci i młodzież nie uzależniały się od alkoholu czy narkotyków, nie podejmowały zachowań ryzykownych, nie popadały w konflikty z prawem czy w końcu nie marnowały swoich życiowych szans.

Można powiedzieć, że w interesie indywidualnym i społecznym jest, aby oddziaływania profilaktyczne były jak najbardziej skuteczne, czyli by udało nam się ochronić młodych ludzi – jak tylko to możliwe – przed konsekwencjami zachowań ryzykownych. Prowadzone dotychczas na świecie badania wskazują, że o skuteczności programów profilaktycznych decyduje przede wszystkim dobrze przygotowany, profesjonalny zespół realizatorów, dostosowanie programów profilaktycznych do lokalnych warunków oraz zaprojektowanie ich dla konkretnej grupy odbiorców.

Zadanie prowadzenia profilaktyki uzależnień powierzono przede wszystkim szkołom. Wprowadzenie w ostatnich latach do szkół obowiązku realizowania rekomendowanych programów profilaktycznych jest działaniem mającym na celu nadanie profilaktyce zachowań ryzykownych właściwej rangi i właściwego kierunku. Wykaz takich programów wraz z ich merytorycznym opisem i informacją o sposobach realizacji znajduje się na stronie [\[rekomendowane.pl\]\(http://rekomendowane.pl\), opracowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zaletą rekomendowanych programów jest fakt, że są one sprawdzone i gwarantują w dużej mierze osiągnięcie efektów ważnych z punktu widzenia zakładanych celów profilaktycznych. Lista programów rekomendowanych nie jest aktualnie zbyt obszerna. Uzyskanie rekomendacji dla określonego przedsięwzięcia nie jest proste, a procedura przygotowywania się do jej uzyskania wymaga sporo czasu.](http://www.programy-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Dobry, skuteczny profilaktyk to osoba, która lubi młodzież i swoją pracę, szanuje godność uczniów, jest otwarta, empatyczna i kreatywna. Czyli przede wszystkim pracuje sobą, jest podstawowym i najważniejszym „narzędziem” w pracy profilaktycznej.

Niezależnie jednak od tego, czy program profilaktyczny jest rekomendowany, czy nie, dużo zależy od realizatorów programów. Jakimi umiejętnościami, cechami osobistymi i wiedzą powinni dysponować ludzie zajmujący się profesjonalnie profilaktyką? Kto z nas, dorosłych, ma szansę zostać wiarygodnym i skutecznym realizatorem programów profilaktycznych?

Mimo że profilaktyka uzależnień (a obecnie profilaktyka zachowań

ryzykownych) doczekała się już wielu opracowań teoretycznych i wskazań dla praktyki, to jednak programów przygotowujących realizatorów czy animatorów programów profilaktycznych jest niewiele. Co prawda przy okazji organizowania różnych przedsięwzięć zazwyczaj określa się zakres kompetencji, jakie powinien posiadać dobry profilaktyk, ale nie mamy wystarczającej wiedzy na temat konkretnego programu czy szkolenia, które przygotowywałoby osoby do pracy profilaktycznej.

W wielu krajach uznaje się za oczywiste, że osoby pracujące profilaktycznie z młodzieżą powinny:

- posiadać podstawową wiedzę o fizycznych, psychologicznych i społecznych skutkach używania substancji psychoaktywnych oraz konsekwencjach zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodych ludzi,
- posiadać podstawową wiedzę o wpływie zachowań ryzykownych na rozwój i szczęście dzieci i młodzieży,
- mieć świadomość własnych poglądów i postaw wobec zachowań ryzykownych oraz wpływu tych postaw i poglądów na stosunek do młodych ludzi i na sposób pracy z nimi,
- posiadać umiejętność rozpoznawania i dokonywania oceny głębokości problemów pojawiających się w związku z podejmowaniem przez młodych ludzi zachowań ryzykownych,
- posiadać podstawowe umiejętności interpersonalne umożliwiające dobry kontakt z młodym człowiekiem, takie jak okazywanie wsparcia, budowanie zaufania, rozwiązywanie konfliktów, okazywanie uczuć itp.,
- posiadać umiejętność przeprowadzenia, w razie potrzeby, prostej interwencji, np. udzielenie porady lub informacji,
- posiadać wiedzę o lokalnych i krajowych placówkach, organizacjach i instytucjach zajmujących się profilaktyką i profesjonalną pomocą oraz o sposobach kierowania do tych placówek.

Trudno zaprzeczyć ważności wyżej wymienionych profesjonalnych kompetencji potrzebnych w pracy profilaktycznej. Jednak z doświadczeń Stowarzyszenia MONAR wynika, że w przygotowaniu profesjonalistów – realizatorów programów profilaktycznych – chodzi nie tyle o wyposażenie ich w obszerniejszą wiedzę czy lepsze techniki pracy, lecz raczej o zmianę stylu bycia z odbiorcami tych programów, o budowanie z nimi takich więzi emocjonalnych, które zapewniają bliskość, zaufanie, partnerstwo i współdziałanie. Są gwarantem wiarygodności i dostarczają wzorów do naśladowania. Z naszych doświadczeń wynika, że dobry, skuteczny profilaktyk to osoba, która lubi młodzież i swoją pracę, szanuje godność uczniów, jest otwarta, empatyczna i kreatywna. Czyli przede wszystkim pracuje sobą, jest podstawowym i najważniejszym „narzędziem” w pracy profilaktycznej.

Przygotowując propozycje systemu szkoleniowego, sformułowaliśmy 10 właściwości, jakie powinny posia-

dać osoby gotowe do pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą. Stały się one punktem wyjścia do tworzenia zakresu merytorycznego szkolenia – jego teorii i praktyki. Jeszcze raz podkreślam, że pracę profilaktyczną rozumiem tutaj nie tylko jako realizację rekomendowanych czy nierekomendowanych programów profilaktycznych, ale przede wszystkim jako gotowość do bycia dla dzieci i młodzieży ostoją bezpieczeństwa i życzliwej akceptacji, w tym samym stopniu, co autorytetem, mistrzem czy przewodnikiem. Jestem przekonana, że wtedy w nas samych – dorosłych – będzie coś zapobiegawczego, coś, co będzie główną wartością w dobrze pojętej profilaktyce. Jeżeli chcemy, aby dzieci i młodzież skutecznie unikały zachowań ryzykownych, powinniśmy być świadomi, jak wiele od nas zależy, jak możemy – bez specjalnego wysiłku – zapewnić skuteczną ochronę przed różnymi zagrożeniami.

Postulowane 10 właściwości dobrego profilaktyka stanowi naszym zdaniem warunek niezbędny skutecznego zapobiegania zachowaniom ryzykownym wśród dzieci i młodzieży. Tak więc warto, aby osoba realizująca działania profilaktyczne:

1. **Posiadała wiedzę** o zachowaniach ryzykownych (używaniu narkotyków, alkoholu i nikotyny, wczesnej aktywności seksualnej czy zachowaniach przestępczych) oraz problemach z nimi związanych. Konieczna jest też wiedza na temat czynników ryzyka i czynników chroniących oraz wiedza na temat stadiów rozwojowych dzieci i młodzieży oraz problemów wiążących się z okresem dorastania. Te informacje umożliwiają zrozumienie młodego człowieka i jego problemów i zapewniają niezbędną pewność siebie w dyskusjach na tematy różnych zagrożeń i problemów. Posiadana przez profilaktyka wiedza nie tylko dostarczy w tych dyskusjach przekonujących argumentów, ale pozwoli być bardziej wrażliwym i uważnym w ocenie zdarzeń, pozwoli szybciej zauważyć grożące młodym ludziom niebezpieczeństwo, uczuli na sygnały zagrożeń. Dzięki niej będzie można przedsięwziąć odpowiednie kroki, zanim będzie za późno.
2. **Miała odwagę dzielić się swoją wiedzą o zachowaniach ryzykownych** z innymi. Pozwalała dzieciom i młodzieży poznać jej stanowisko wobec zachowań ryzykownych. Należy pamiętać, że autorytet profilaktyka w kwestii używania substancji psy-

choaktywnych czy innych ryzykownych zachowań to nie tylko wiedza i zaangażowanie, ale również jego osobisty stosunek do tych zachowań. Warto, aby młodzi ludzie mieli poczucie, że profilaktyk nie tylko odważnie głosi swoje poglądy, ma mądre, rzeczowe i co ważniejsze aktualne informacje, ale także unika sensacji i straszenia; jest otwarty na słuchanie ich stanowiska i poglądów.

3. **W pierwszej kolejności poznawała poglądy swoich rozmówców, a dopiero potem przedstawiała swoje.** Rozmowy na temat używania narkotyków, alkoholu czy nadmiernego zaangażowania w internetową rzeczywistość nie należą do łatwych. Dzieci i młodzież często boją się naszych zakazów, moralizatorstwa, straszenia, konsekwencji czy nadmiernej kontroli. Są przekonani, że nie warto mówić prawdy, że i tak nikt ich nie zrozumie i raczej ukarze, niż pomoże wybrnąć z kłopotliwej sytuacji.
4. **Była gotowa do rozmów na każdy temat, który chcą poruszyć rozmówcy.** Otwarte rozmowy z dziećmi i młodzieżą w atmosferze życzliwości, zrozumienia i wyraźnie okazywanego zainteresowania sprzyjają budowaniu relacji, umacniają więzi i tym samym umożliwiają budowanie wzajemnego zaufania i dobrze pojętego partnerstwa. Tak naprawdę bardziej profilaktyczne są rozmowy „o życiu” niż np. o narkotykach, alkoholu czy grach. Z reguły młodzi ludzie sporo wiedzą o zachowaniach ryzykownych, mniej natomiast o życiu. Dobra, prawdziwa więź z uczniem i serdeczny stosunek do niego gwarantują otwartą wymianę poglądów, gotowość do ujawniania swoich problemów i przyjęcia pomocy.
5. **Była świadoma praw i prawidłowości rządzących rozwojem dzieci w okresie dorastania,** co pozwoli dostrzec i lepiej rozumieć krytyczne momenty w życiu dorastających, rozpoznać zmieniające się stany, zainteresowania, sympatie i antypatie. Łatwiej będzie znosić humory, zmienne nastroje, krytykanctwo, drażliwość i bunt. Mimo że nastolatki nie przepadają za dorosłymi, to jednak bardzo ich potrzebują. Potrzebują dorosłego przyjaciela, przewodnika, mistrza.
6. **Była uważnym obserwatorem.** Najważniejsze, aby dostrzegła wszystkie te zachowania, które w jakikolwiek sposób odbiegają od dotychczasowych zachowań (ktoś jest smutniejszy, niż był,

ktoś zasadniczo zmienia wygląd, ktoś zaniedbuje dotychczasowe obowiązki, stroni od kolegów, sam spędza czas na przerwach, zmienia towarzystwo, przestaje aktywnie uczestniczyć w lekcjach czy zajęciach pozalekcyjnych, gorzej fizycznie wygląda itp.). Ważne, aby zauważała, że coś, nawet niewielkiego, zmienia się w zachowaniu młodego człowieka.

7. **Uważnie słuchała** i potrafiła dać odczuć, że to, co dziecko mówi, jest dla niej ważne, że próbuje zrozumieć, co do niej mówi. Umieć słuchać, nie jest wcale tak łatwą rzeczą, jak się wydaje. Zwłaszcza słuchać dorastającego, który wszystko wie, ma na wszystko odpowiedź i sam nie chce lub nie umie słuchać innych. Starła się poznać jego uczucia i poglądy bez ich oceniania.
8. **Była cierpliwa i nie rezygnowała z kontaktu z młodym dorastającym, zwłaszcza wtedy, gdy mówi on, że wszystko jest dobrze i że nie potrzebuje żadnego wsparcia lub pomocy.** W okresie dorastania młodzi ludzie wolą przebywać ze swoimi rówieśnikami i im się zwierzać, niż być blisko dorosłych i z nimi dzielić się swoimi problemami. Warto to rozumieć i nie nalegać, aby wszystko mówiły.
9. **Jasno i uczciwie stawiała wymagania i była konsekwentna** w ich egzekwowaniu. Ważne, aby była gotowa do szczerzej wymiany myśli, uczuć i oczekiwań.
10. **Była przykładem, wzorem, autorytetem.** Jeżeli chcemy, aby dzieci wyrobiły sobie właściwy stosunek do używania substancji psychoaktywnych, wczesnej inicjacji seksualnej czy podejmowania innych zachowań ryzykownych, musimy zadbać o to, aby głoszone przez nas poglądy na powyższe tematy nie były jedynie pustymi słowami. Ważniejsze jest bowiem to, co robimy, niż to, co mówimy. Powyższe właściwości dotyczą, co łatwo zauważyć, przede wszystkim cech osobistych osób zajmujących się profilaktyką, co uważamy za najbardziej istotne, gdyż pozwalają one budować prawdziwe, bliskie więzi z dziećmi i młodzieżą i są warunkiem powodzenia w profilaktyce, czyli skutecznie zapobiegają różnym zagrożeniom społecznym. W opracowywanym przez nas projekcie szkolenia przygotowującego realizatorów programów profilaktycznych, uwzględniliśmy jednak także konieczność wyposażenia realizatorów w wiedzę

teoretyczną na temat koncepcji i strategii profilaktycznych, w kompetencje interpersonalne, umiejętności prowadzenia aktywnych spotkań z młodymi ludźmi i to w kontakcie indywidualnym i grupowym oraz wiele innych treści, które, jako osoby przez wiele lat zaangażowane w pracę profilaktyczną, uznaliśmy za istotne dla poprawy jakości oddziaływań profilaktycznych.

Początki

Pierwszy program szkolenia profilaktyków powstał na początku lat 90. Nazwaliśmy go Szkołą Animatorów Profilaktyki (SAP). Nazwa pozostała do dziś, choć przez prawie 30 lat system kształcenia specjalistów w zakresie profilaktyki i jego merytoryczny zakres zmieniały się. Doświadczenie uczyło nas, że aby dotrzeć do młodych ludzi, nie wystarczy ich edukować, znać się na uzależnieniach, czy przekonywać o negatywnych konsekwencjach uzależnień lub innych zachowań ryzykownych. Zbierając przez lata opinie od młodych ludzi, upewnialiśmy się, że potrzebują oni rozmów, a nie przemów, nie biernej edukacji, a żywych, autentycznych dyskusji, atrakcyjnych form spotkaniowych, nieszablonowych pomysłów, że chcą rozmawiać nie tylko o zagrożeniach, ale przede wszystkim o sobie, swoich problemach i dylematach. Chcą być partnerami, tworzyć wspólnie programy, ulotki, informacje, chcą być liderami w swoim środowisku rówieśniczym. Te nowe wtedy wyzwania sprawiły, że do takiej „nowoczesnej” czy nowatorskiej profilaktyki potrzeba było ludzi otwartych, odważnych, kreatywnych i zaangażowanych. Wszystkie te doświadczenia posłużyły do stworzenia systemu przygotowującego osoby do pracy profilaktycznej.

Szkoła Animatorów Profilaktyki

Głównym celem SAP jest kompleksowe przygotowanie osób do realizacji działań profilaktycznych. Program ten jest autorską propozycją Jolanty Łazugi-Koczurowskiej i jej zespołu szkoleniowego. Na początku był on wdrażany przez Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „Mrowisko” i Stowarzyszenie MONAR. Program opiera się na założeniu, że najskuteczniejszą formą oddziaływań profilaktycznych są działania oparte na wartościach, a efekt oddziaływań w znacznym stopniu zależy od osób,

które te działania realizują. Program zakłada, że skuteczna, nowoczesna profilaktyka:

- bazuje na wiedzy, jaką na temat uzależnień posiada młodzież, a nie na wiedzy, którą na ten temat posiadają prowadzący,
- to rozmowy o wartościach, a nie o narkotykach,
- promuje tylko nieinwazyjne, nieszablonowe i aktywne metody pracy profilaktycznej,
- stawia na dyskusje, konfrontacje i spory,
- promuje odpowiedzialność za własne życie i opanowywanie sztuki dokonywania wyborów,
- proponuje alternatywne sposoby realizacji ważnych rozwojowych potrzeb młodzieży,
- dba o standardy pracy profilaktycznej i opiera się na współczesnej, dostępnej wiedzy teoretycznej i praktycznej,
- zależy w znacznej mierze od emocjonalnych więzi pomiędzy dzieckiem i profilaktykiem.

Program jest adresowany przede wszystkim do osób młodych, zainteresowanych pracą profilaktyczną w obszarze uzależnień i innych zagrożeń społecznych oraz akceptujących powyższe założenia profilaktyki uzależnień. Warto zadbać, aby uczestnikami szkolenia byli młodzi nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy szkolni czy psychologowie.

Program obejmuje 144 godziny wykładowo-warsztatowe, realizowane w systemie weekendowym (piątek–niedziela), podczas 6 spotkań (sesje weekendowe powinny odbywać się co dwa tygodnie lub raz w miesiącu), oraz 24 godziny superwizji (pierwsza sesja 8-godzinna po upływie miesiąca od zakończenia programu szkoleniowego, następna po 3 miesiącach od zakończenia programu i trzecia sesja po 6 miesiącach pracy od zakończenia programu szkoleniowego).

Program szkolenia obejmuje następujące obszary zagadnień:

1. **Kompetencje osobiste** – uczestnik szkolenia koncentruje się na sobie samym jako „narzędziu profilaktyki” (umiejętność autoprezentacji, świadomość samego siebie, rozpoznawanie swoich możliwości i ograniczeń, stereotypów, uprzedzeń i schematów poznawczo-behawioralnych oraz osobistej motywacji do pracy z dziećmi i młodzieżą). Obszar ten obejmuje 12 godzin warsztatowych i jest realizowany w formie audytu personalnego.
2. **Kompetencje interpersonalne** – to 12-godzinny trening, którego celem jest identyfikacja i doskona-

- lenie umiejętności interpersonalnych niezbędnych w kontakcie z dziećmi i młodzieżą, takich jak: autentyczność, życzliwość, otwartość, wyrażanie emocji, komunikacja niewerbalna, komunikacja werbalna, słuchanie ze zrozumieniem, udzielanie wsparcia, poczucie humoru, okazywanie troski i ciepła, cierpliwość i aktywność.
3. **Kim jest „małolat”.** Okres adolescencji – charakterystyka psychologiczna, prawa rozwoju. Diagnoza w profilaktyce – identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących. Trudne tematy, trudne sprawy – narkotyki, alkohol, przemoc. Subkultury młodzieżowe. Moda, muzyka i zwyczaje młodzieżowe – tematyka realizowana w formie wykładowo-warsztatowej, obejmująca 12 godzin zajęć.
 4. **Niezbędna wiedza o profilaktyce** – 12-godzinna sesja wykładowo-warsztatowa jest poświęcona dostarczeniu nowoczesnej wiedzy o profilaktyce, jej podstawach teoretycznych, tworzeniu programów profilaktycznych i sposobach ewaluacji tych programów. Zakres tematyczny tej sesji obejmuje takie zagadnienia, jak: poziomy profilaktyki, strategii profilaktyczne wiodące i uzupełniające.
 5. **Organizacja pracy profilaktycznej** – 12-godzinna sesja wykładowo-warsztatowa, która obejmuje zagadnienia związane z tworzeniem programu profilaktycznego i konkretnych kroków, które trzeba wykonać, a mianowicie: umiejętność sporządzenia diagnozy sytuacji profilaktycznej w szkole lub w innym środowisku dziecka oraz poznanie narzędzi służących do sporządzenia tej diagnozy. Zajęcia koncentrują się także na umiejętności doboru grup, które chcemy objąć oddziaływaniem profilaktycznym oraz określeniu misji, standardów i celów, które chcemy osiągnąć oraz odpowiednich zadań i sposobów realizacji.
 6. **Indywidualna praca z dzieckiem lub nastolatkiem w szkole i poza szkołą** – 24-godzinny warsztat doskonalący umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, zbierania danych, stawiania wstępnej diagnozy, reagowania w sytuacjach konfliktowych, prowadzenia negocjacji, kształtowania motywacji do zmiany, budowania relacji pomagania, pracy z oporem, wspierania oraz udzielania tzw. pierwszej pomocy psychologicznej, dokonywania wczesnej interwencji i interwencji w sytuacjach kryzysowych.
 7. **Praca z grupą** – animacja pracy grupowej, nowoczesne, aktywne metody w prowadzeniu spotkań, moderacja wizualna organizacji forów młodzieżowych itp., podstawy pracy grupowej, interwencje korekcyjne w grupie, specyfika grup rówieśniczych, role grupowe, procedury podejmowania decyzji, zadania grupowe i procedury rozwiązywania zadań grupowych, wspieranie i pomoc grupy, atmosfera grupowa, normy i zasady, uczucia w grupie itp. – 24-godzinny warsztat.
 8. **Rodzaje i formy prowadzonych zajęć profilaktycznych** – 12-godzinny warsztat obejmujący elementy pedagogiki zabawy, formy parateatru, przygotowujący do tworzenia scenariuszy zajęć twórczych, alternatywnych, takich jak: prowadzenie zajęć sportowych i rekreacyjnych, zajęć muzycznych itp. oraz scenariuszy zajęć integracyjnych, eventów środowiskowych czy happeningów ulicznych.
 9. **Etyka w pracy profilaktycznej** – 12-godzinny warsztat, którego celem jest zapoznanie się z Kodeksem Etycznym Animatora Profilaktyki, omówienie osobistych trudności i dylematów związanych z jego przestrzeganiem oraz nabycie podstawowych umiejętności rozwiązywania trudnych z punktu widzenia etyki sytuacji w pracy profilaktycznej. Ze względu na ważność kwestii etycznych w pracy profilaktycznej uczestnicy otrzymują Kodeks Etyczny, który brzmi następująco:
W działalności profilaktycznej Animator Profilaktyki:
 1. Odwołuje się do wartości stanowiących o godności człowieka, jego podmiotowości i autonomii.
 2. Wykazuje się wiedzą na temat środków psychoaktywnych, form i systemów pomocowych. Posiadaną wiedzę systematycznie poszerza w oparciu o doniesienia i badania naukowe.
 3. Posiada wiedzę z zakresu psychologii rozwojowej.
 4. Permanentnie poszerza wiedzę na temat stylu życia, zachowań społecznych i kulturowych odbiorców oddziaływań profilaktycznych.

5. Systematycznie poszerza wiedzę z zakresu metodologii i technik oddziaływań profilaktycznych.
 6. Uczestniczy cyklicznie i aktywnie w sesjach superwizyjnych.
 7. Realizuje oddziaływania profilaktyczne w oparciu o techniki i metody aktywizujące.
 8. Nie dopuszcza do uczestnictwa w oddziaływaniach profilaktycznych pacjentów i podopiecznych placówek zajmujących się leczeniem i terapią osób uzależnionych.
 9. W oddziaływaniach profilaktycznych dba o pełne współuczestnictwo odbiorców, poszanowanie zasad tolerancji, nie dopuszcza do żadnych form agresji.
 10. Zwraca szczególną uwagę na kształtowanie świadomych, jednoznacznie krytycznych postaw wobec zjawiska nietolerancji, agresji, przestępczości.
 11. W oddziaływaniach profilaktycznych promuje zasadę odpowiedzialności odbiorców za własne wybory, ma świadomość uwarunkowań prawnych i społecznych podejmowanych działań.
 12. Nie dyskryminuje nikogo ze względu na płeć, rasę, religię, kulturę, tożsamość lub orientację seksualną.
 13. Dbą o to, by podczas zajęć odbiorcom towarzyszyło poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego.
 14. Podczas prowadzenia zajęć nie używa slangu młodzieżowego czy wulgaryzmów. Dbą o jakość języka, używając poprawnego słownictwa.
 15. Nie narzuca ani w żaden sposób nie lansuje swoich własnych poglądów, opinii i przekonań związanych z tematami poruszonymi przez odbiorców programów profilaktycznych.
 16. Umożliwia uczestnikom programu wybór tematu prowadzonych zajęć.
 17. Podczas zajęć oraz w pobliżu miejsca ich prowadzenia nie używa nikotyny (ani innych substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu).
- Po zakończeniu zajęć wykładowo-warsztatowych uczestnicy programu szkoleniowego otrzymują zestaw materiałów, który zawiera między innymi: opracowane podczas szkoleń scenariusze zajęć profilaktycznych z zakresu aktywności twórczej, materiały pomocnicze do animacji pracy grupowej, a przede wszystkim

opracowane wskazówki i instrukcje do organizacji wszelkich zajęć profilaktycznych w środowisku szkolnym i pozaszkolnym dzieci i młodzieży. Wskazówki te dotyczą między innymi instrukcji umawiania spotkań profilaktycznych, wydarzeń i akcji, regulaminów, zasad i trybu realizacji działań profilaktycznych, sposobów przygotowywania się i organizacji spotkań czy wydarzeń profilaktycznych, wskazówek i propozycji, jak zaczynać wszelkie profilaktyczne spotkania oraz pomysły na realizację określonych tematów i zagadnień. Uczestnicy otrzymują też informator o możliwościach uzyskania profesjonalnej pomocy w placówkach znajdujących się w ich najbliższym otoczeniu.

W programie szkoleniowym SAP uczestników obowiązuje superwizja własnej pracy profilaktycznej. Oznacza to, że absolwent jest zobowiązany przepracować bezpośrednio po zakończeniu szkolenia 25 godzin miesięcznie jako profilaktyk na dowolnych zasadach (jako pracownik, wolontariusz, stażysta itp.). Praca ta musi być udokumentowana i poddawana superwizji według harmonogramu zawartego w programie szkolenia. Po 6 miesiącach pracy profilaktycznej pod superwizją i pozytywnych rekomendacjach superwizorów, absolwenci Szkoły Animatorów Profilaktyki otrzymują certyfikat Animatora Profilaktyki, upoważniający do prowadzenia pracy profilaktycznej w różnych formach i różnych obszarach. Certyfikaty są wydawane na okres 3 lat i po ich upływie podlegają weryfikacji. Zespół szkoleniowy dokonuje tej weryfikacji na podstawie ilości i jakości udokumentowanych działań profilaktycznych, uzyskanych rekomendacji, ocen i opinii, udziału w dodatkowych szkoleniach, konferencjach, sympojach bądź seminariach poświęconych profilaktyce w okresie trzech ostatnich lat. Kolejny certyfikat wydawany jest na okres 5 lat.

Ponieważ uważamy, o czym pisałam na wstępie, że skuteczność oddziaływań profilaktycznych w znacznym stopniu zależy od ludzi, którzy realizują te działania, możemy z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że ciesząc się od wielu lat niesłabnącym powodzeniem program Szkoła Animatorów Profilaktyki ma swój wkład w doskonalenie osobistych i zawodowych kompetencji oraz profesjonalnych umiejętności osób zajmujących się profilaktyką, a nam daje nadzieję, że absolwenci SAP czynią aktywność profilaktyczną coraz bardziej skuteczną.

W swoich pierwotnych założeniach program „Domowe Partnerstwo” został stworzony dla rodziców nastolatków przejawiających zachowania problemowe związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Pierwsze edycje były realizowane w 2007 roku. Wówczas najwięcej obaw dorosłych wzbudzały zachowania młodzieży związane z sięganiem po narkotyki i alkohol. Obecnie wyraźnie wzrosła grupa rodziców, którzy na pierwszym miejscu powodów zgłoszenia się do programu wymieniają coraz częściej obserwowane u dzieci nadmierne korzystanie z internetu i granie w gry komputerowe.

UMIEJĘTNOŚCI WYCHOWAWCZE W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH NA PRZYKŁADZIE PROGRAMU „DOMOWE PARTNERSTWO”

*Magdalena Moskal
Fundacja Praesterno*

Świadomość rodziców w zakresie występowania zjawiska uzależnień behawioralnych wyraźnie wzrosła. Wcześniej mówili oni o niepokojach o nastolatka w związku z przesiadywaniem przez niego w domu i brakiem kontaktów z rówieśnikami, aktualnie zaś częściej opisują, czym dzieci się zajmują, ile czasu spędzają na grach lub w sieci. Rodzice już na etapie zgłoszenia się do programu posługują się terminem „uzależnienia behawioralne”. Sygnalizują jednocześnie, że trudno jest im ocenić, na jakim etapie „zaawansowania problemu” znajduje się ich dziecko, co powoduje ich dezorientację i bezradność.

Program „Domowe Partnerstwo” jest programem profilaktycznym. Odwołując się do funkcji profilaktyki jako kompleksowej interwencji ukierunkowanej na przyczyny angażowania się w zachowania problemowe, tj. szeroko pojęte deficyty interpersonalne, społeczne czy wychowawcze, program profilaktyczny powinien obejmować trzy równoległe nurty (Gaś, 2003):

1. Wspomaganie jednostki w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi.
2. Ograniczenie wpływu czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój.
3. Inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi.

W 36-godzinny programie (6 sesji 6-godzinnych lub 12 krótszych, 3-godzinnych) koncentrujemy się

z jednej strony na wsparciu rodziców w rozwijaniu u dzieci kompetencji psychospołecznych niezbędnych w radzeniu sobie z trudnościami, a z drugiej strony na minimalizowaniu czynników ryzyka oraz wzmacnianiu czynników chroniących związanych z rodziną i jej funkcjonowaniem. W przypadku uzależnień behawioralnych badania na temat czynników chroniących i czynników ryzyka są ograniczone (Rowicka, 2015). Czynniki z obszaru rodziny (zarówno chroniące, jak i ryzyka) w przypadku różnych zachowań problemowych, takich jak np. używanie alkoholu, narkotyków czy zachowania agresywne, pokrywają się (Szymańska, 2012). Można zatem założyć, że wyglądają też podobnie w odniesieniu do uzależnień behawioralnych.

Jako czynniki ryzyka najczęściej wymienia się: zaburzenia więzi, częste konflikty w rodzinie, zaburzenia w pełnieniu ról ojca i matki, niejasny system wymagań stawianych dziecku, brak dyscypliny i kontroli lub przeciwnie – nadmierna dyscyplina i kontrola, brak konsekwencji w wychowaniu, tolerancja rodziców wobec ryzykownych zachowań dzieci i wreszcie dostarczanie przez rodziców wzorców nieprawidłowych zachowań. Wśród czynników chroniących przed zaburzeniami wymienia się silną więź w relacjach rodzic–dziecko oraz – jako niezbędny element prawidłowego procesu socjalizacji – jasno postawione dziecku granice (Szymańska, 2012).

Przekładając cele profilaktyki na praktykę pracy z grupą w programie, na jednym z pierwszych spotkań przyglądamy się więc wspólnie z uczestnikami niezbędnym elementom procesu wychowania, tj. wsparciu, wymaganiom (stawianie granic) i przestrzeni (związanej z nauką samodzielności i podejmowania decyzji) dawanych nastolatki. Uczestnicy poznają pułapki związane ze zbyt dużą kontrolą przejawianą przez rodziców i jednocześnie zbyt małą swobodą daną dziecku (sytuacja zbyt ciasnych granic), okazywaną dużą swobodą przy niedostatecznych wymaganiach (brak granic i reguł) lub sporych wymaganiach i zbyt małym wsparciu ze strony dorosłych (nadmierny rygor). W efekcie tej analizy formułują oni swoje cele indywidualne związane z udziałem w programie. Dla większości osób dotyczą one poprawy komunikacji z dzieckiem (komunikacji wprost, rozmawiania o uczuciach), pracy nad byciem konsekwentnym w zachowaniu, konstruktywnego reagowania w sytuacjach konfliktowych, zwiększenia umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz okazywania troski i szacunku nastolatki.

Tłem dla procesu uczenia się umiejętności wychowawczych jest zrozumienie nastolatki i jego potrzeb (przyglądamy się różnicom w systemie przekonań nastolatków i dorosłych), zrozumienie mechanizmów powstawania problemów i podtrzymania ryzykownego zachowania (wprowadzamy tematykę potrzeb i sposobów zaspokajania podstawowych potrzeb psychospołecznych także przez zachowanie problemowe, ćwiczymy również z uczestnikami nazywanie swoich potrzeb – stanowi to podstawę w używaniu komunikacji wprost). Dodatkowo uczestnicy weryfikują własne bariery i zasoby we wprowadzaniu zmian w sytuacji rodzinnej i relacji z dzieckiem (analizujemy wzorce wychowawcze zaczerpnięte z rodziny generacyjnej i kompetencje psychospołeczne już posiadane przez uczestników oraz warunki zewnętrzne związane z daną sytuacją).

W 36-godzinny program profilaktyczny „Domowe Partnerstwo” jego realizatorzy koncentrują się z jednej strony na wsparciu rodziców w rozwijaniu u dzieci kompetencji psychospołecznych niezbędnych w radzeniu sobie z trudnościami, a z drugiej strony na minimalizowaniu czynników ryzyka oraz wzmacnianiu czynników chroniących związanych z rodziną i jej funkcjonowaniem.

W ramach zajęć uczestnicy planują zmiany, które mogą wprowadzić we własnym funkcjonowaniu, a które będą wspierać dziecko w prawidłowym rozwoju. Następnie pomiędzy poszczególnymi sesjami podejmują oni próby wdrożenia nowych zachowań, np. wprowadzenie drobnych zmian w regułach funkcjonowania rodziny (bycie bardziej konsekwentnym w zachowaniu, jasne, czytelne określanie reguł), podjęcie rozmowy z dzieckiem poza obszarem problemowym (budowanie więzi z dzieckiem), obserwacja przejawów pozytywnych zachowań dziecka i ich wzmacnianie (budowanie więzi, wspieranie dziecka), porozumienie z partnerem w kwestii jednolitego reagowania na zachowania nastolatki (rozwijanie konsekwencji i spójności w działaniach wychowawczych). Kolejne spotkanie grupy jest okazją do podzielenia się swoimi obserwacjami i refleksjami

na temat wprowadzonych zmian, uzyskania wsparcia w podjętym wysiłku i szukania nowych rozwiązań, jeśli dotychczasowe okazały się niewystarczające, a także planowania kolejnych kroków działania.

Program pomaga w ustabilizowaniu środowiska rodzinnego i uzyskiwaniu przez młodego człowieka adekwatnej do jego potrzeb pomocy ze strony opiekunów. Jest zaplanowany jako wielowymiarowy proces

rozwijania kompetencji potrzebnych do wsparcia i wpływania rodzica na nastolatka poprzez porozumienie, w odwołaniu do wspólnie ustalonych reguł lub jasno określonych zasad funkcjonowania w przestrzeni interpersonalnej.

Bibliografia

- Gaś Z.B., „Szkolny program profilaktyki. Istota, konstruowanie i ewaluacja”, MENiS, Warszawa 2003.
- Rowicka M. „Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
- Szymańska J., „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki”, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.

Już dziewięć stanów USA zalegalizowało rekreacyjne używanie cannabis. Pierwszymi były Kolorado i Waszyngton – administracja tego pierwszego stanu co roku publikuje raport na temat skutków wprowadzenia nowego prawa. Raporty ukazują się pod tytułem „The Legalization of Marijuana in Colorado: The Impact” (Legalizacja marihuany w Kolorado: skutki), ich wydawcą jest Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area (HIDTA), instytucja koordynująca politykę narkotykową w czterech środkowo-północnych stanach USA.

DEBATA TRWA. PIĘĆ LAT LEGALIZACJI CANNABIS W STANIE KOLORADO

Filip Nawara
Fundacja Praesterno

Historia

Legalizacja rekreacyjnego używania cannabis nastąpiła w Kolorado 6 listopada 2012 roku. Doprowadziło do niej kilka etapów zmian, na które składają się dopuszczenie używania cannabis na potrzeby medyczne, następnie popularyzacja, nazywana też komercjalizacją medycznej marihuany, po której, na skutek referendum, nastąpiło zalegalizowanie używania rekreacyjnego ustawą z listopada 2012 roku (*Amendment 64*) [1].

Pierwszy etap rozpoczyna nowelizacja prawa stanowego w 2000 roku, zezwalająca osobom z odpowiednią kwalifikacją medyczną lub ich opiekunom (ang. *care-giver*) na posiadanie do dwóch uncji (ok. 56 gramów) marihuany oraz uprawę do sześciu roślin. Przez 8 lat, tj. do 2008 roku, wydano 4800 kart uprawniających do korzystania z cannabis w celach leczniczych.

Momentem przełomowym był koniec 2007 roku, kiedy zapadło orzeczenie sądu zezwalające opiekunom medycznym na prowadzenie więcej niż pięciu osób naraz. Wyrok ten stworzył podstawę do szerokiego rozpowszechnienia legalnego posiadania i używania konopi jako środków medycznych. Następujący po

orzeczeniu okres autorzy raportu określają jako *komercjalizację* medycznej marihuany.

W 2008 roku liczba kwalifikacji na leczenie wzrosła do 20 tys., na popularności zyskały także działające w charakterze punktów aptecznych (*dispensaries*) miejsca oficjalnej sprzedaży marihuany. Do 2012 roku powstały 534 takie punkty, a zezwolenia na posiadanie cannabis wydano 108 tys. osób, z czego w 94% przypadków dotyczyło to leczenia silnego bólu. Niektórzy opiekunowie posiadali po kilkudziesięciu lub kilkuset podopiecznych – rekordzista miał ich nawet 1200.

Debata

Wraz z tak dużym rozpowszechnieniem medycznej marihuany rozpoczęła się batalia przeciwników i zwolenników legalizacji cannabis. Ci pierwsi żądali powrotu do ograniczeń dla opiekunów medycznych, a zwolennicy pełnej legalizacji opowiadali się za referendum. W listopadzie 2012 roku odbyło się referendum. Wzięło w nim udział 2,5 mln osób (połowa całej populacji Kolorado), z czego ponad 55% mieszkańców opowiedziało się za możliwością posiadania i używa-

Tabela 1. Używanie cannabis w ciągu ostatnich 30 dni w latach 2002–2016 dla całego kraju, w podziale na grupy wiekowe (%).

Wiek	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
≤12 lat	6,2+	6,2+	6,1+	6,0+	6,0+	5,8+	6,1+	6,7+	6,9+	7,0+	7,3+	7,5+	8,4+	8,3+	8,9
12-17 lat	8,2+	7,9+	7,6+	6,8	6,7	6,7	6,7	7,4+	7,4+	7,9+	7,2+	7,1	7,4+	7,0	6,5
18-25 lat	17,3+	17,0+	16,1+	16,6+	16,3+	16,5+	16,6+	18,2+	18,5+	19,0+	18,7+	19,1+	19,6	19,8	20,8
≥26 lat	4,0+	4,0+	4,1+	4,1+	4,2+	3,9+	4,2+	4,6+	4,8+	4,8+	5,3+	5,6+	6,6+	6,5+	7,2

nia marihuany w celach rekreacyjnych. Referendum poprzedziła wielomiesięczna debata, podczas której ścierały się argumenty obu stron.

Zwolennicy legalizacji wskazywali przede wszystkim na korzyści dekryminalizacji używania oraz względy ekonomiczne.

Z dekryminalizacją wiąże się mniejsza liczba wyroków dla obywateli za sprawy niewielkiej wagi, za czym idzie także odciążenie sądów i organów ścigania. Zwolnienie służb z obowiązku ścigania posiadaczy i drobnych sprzedawców pozwoli zwiększyć nakłady na walkę z poważną przestępczością. Dodatkowo grupy przestępcze stracą jedno z istotnych źródeł dochodu. Zyska za to budżet stanowy. Zwolennicy zakładali również spadek liczby wypadków drogowych, dzięki przerwaniu się części kierowców z alkoholu na bezpieczniejszą w założeniu marihuanę.

Przeciwnicy skupiali się przede wszystkim na negatywnych skutkach popularyzacji konopi. Z jednej strony miał to być wzrost ich używania przez młodzież szkolną oraz negatywne skutki dla zdrowia publicznego, w tym zwiększenie liczby uzależnień – z drugiej wzrost liczby wypadków na drogach w związku z częstszym odurzeniem kierowców. Oprócz tego wskazywano na ryzyko rozwoju pozaprzepisowego handlu cannabis, więc i rozwoju przestępczości w regionie. Koniec końców straty z legalizacji, również ekonomiczne, miały być większe niż spodziewane korzyści.

Ważnym czynnikiem dla obu stron był zapis prawa federalnego, według którego jedną z głównych przesłanek polityki narkotykowej USA jest ochrona młodzieży przed dostępem do nielegalnych substancji.

Zważywszy na nadrzędną rangę prawa federalnego, używanie konopi przez młodzież nie tylko stanowiło kluczowy

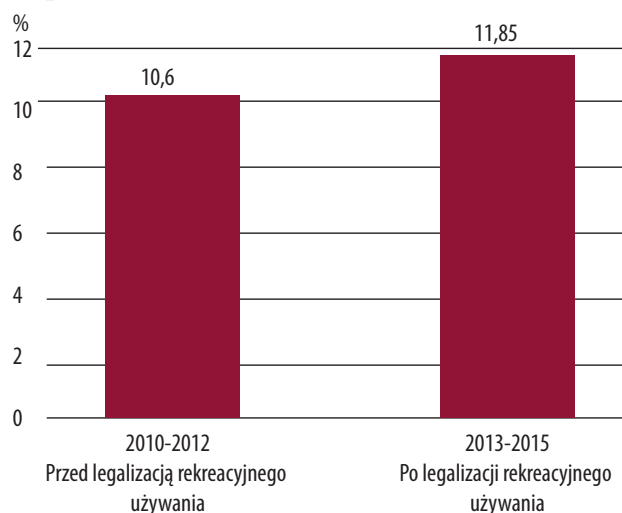
element debaty, ale nadal pozostaje przedmiotem sporu po legalizacji, co widać m.in. w interpretacji statystyk.

Debata trwa

Popularność cannabis w USA jest dość duża. Według badań SAMHSA z 2016 roku [2] wśród **wszystkich osób powyżej 12. roku życia** po konopie w ciągu ostatnich 12 miesięcy sięgnęło 14% osób, a ok. 9% zrobiło to w ciągu ostatnich 30 dni. Wskaźniki te są znacznie wyższe dla starszej młodzieży (18-25 lat), która jest grupą wiekową najczęściej używającą konopi w USA. A w ostatnich latach widoczne są również tendencje wzrostowe.

W stanie Kolorado spożycie cannabis od wielu lat jest wyższe niż średnia krajowa. Również trend wzrostowy

Wykres 1. Spożycie konopi wśród nastolatków w wieku 12-17 lat w okresach 2010–2012 i 2013–2015 (dane z raportu Kolorado 2017).



Źródło: SAMHSA.gov, National Survey on Drug Use and Health 2014 and 2015.

Tabela 2. Używanie cannabis w ciągu ostatnich 30 dni w latach 2005–2015 – średnia krajowa i Kolorado (%).

Wiek 12-17 lat	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15
USA	6,74	6,67	6,67	7,03	7,38	7,64	7,55	7,15	7,22	7,20
Kolorado	7,60	8,15	9,13	10,17	9,91	10,72	10,47	11,16	12,56	11,13

Tabela 3. Używanie cannabis w ciągu ostatnich 30 dni w latach 2006–2014 – średnie 3-letnie dla USA i Kolorado (%).

Wiek		2006–2008	2008–2010	2010–2012	2012–2014
18-25 lat	USA	16,4	17,7	18,7	19,1
	Kolorado	21,8	25,4	27,22	29,8
≥ 26 lat	USA	4,1	4,5	4,9	5,8
	Kolorado	6,2	8,9	9,2	11,6

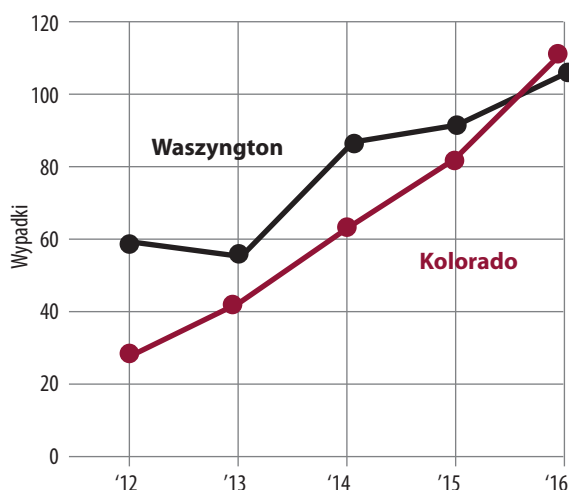
popularności narkotyku wydaje się większy w Kolorado niż w innych stanach: autorzy raportu z 2017 roku podają, że średnie spożycie konopi wśród młodzieży w wieku 12-17 lat było przed legalizacją, tj. w latach 2011–2012, wyższe o **39%** niż średnia krajowa, a w latach 2014–2015, czyli po legalizacji – wyższe o **55%**. Według autorów raportu również porównanie wyników badań dla samego Kolorado przed i po legalizacji konopi przedstawia w niekorzystnym świetle efekty zmiany prawa. Porównując **średnie z trzyletnich okresów** 2010–2012 oraz 2013–2015 używanie konopi w czasie ostatnich 30 dni wzrosło wśród nastolatków o **12%**. Tu jednak wchodzimy na pole batalii o interpretację danych, ponieważ przy porównaniu wartości bezwzględnych 12-procentowy wzrost, to przejście z wyniku **10,60%** do **11,85%**.

Zwolennicy legalizacji zwracają raczej uwagę na fakt, że w latach 2014–2015 wskaźnik używania konopi w ostatnim miesiącu **spadł z 12,56%** do **11,13%** (o ponad 1,4%). Podobnych wahań nie odnotowano w stanie Waszyngton [5], w którym zalegalizowano konopie w tym samym czasie co w Kolorado.

Legalizacja a wypadki śmiertelne

Wokół wyników badań dotyczących spożycia konopi i ich interpretacji cały czas toczy się dyskusja, w której

Wykres 2. Liczba kierowców pod wpływem cannabis w wypadkach z ofiarami śmiertelnymi: zbliżone trendy w stanach Kolorado i Waszyngton.



Źródło: National Highway Traffic Safety Administration za: Kayla Robertson, *The Denver Post* [7].

stronami są autorzy raportów Kolorado oraz lokalna prasa, ze stanowym dziennikiem *Denver Post* na czele [4]. Jedna strona przedstawia dane jako wspomniane kilkunastoprocentowe wzrosty – druga informuje o braku wpływu legalizacji na spożycie, podkreślając, że zmiany wyników nie wykraczają poza granice błędu statystycznego. Wydaje się, że opinia umiarkowana wskazywałaby na nieznaczny wzrost spożycia.

Podobnych rozbieżności nie ma w ocenie wpływu legalizacji konopi na bezpieczeństwo na drogach: nie budzi wątpliwości wzrost wykrywalności cannabis wśród uczestników śmiertelnych wypadków po 2013 roku – i to pomimo kampanii uświadamiających wpływ tego narkotyku na zdolność prowadzenia pojazdu.

Niepokojące statystyki

W Stanach Zjednoczonych od 2005 do 2012 roku liczba wypadków śmiertelnych spadła z 39 tys. do niecałych 30 tys. rocznie i na tym poziomie utrzymywała się przez następne dwa lata. W 2015 roku odnotowano wzrost do ponad 32 tys. [8]. Autorzy raportów dotyczących Kolorado wskazują, że choć w latach 2006–2011 liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach w stanie spadła z 535 do 447, to odnotowano niemal dwukrotny wzrost ofiar

Tabela 4. Ofiary śmiertelne w wypadkach drogowych w stanie Kolorado.

Rok	Liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach z udziałem kierowców pod wpływem cannabis	Odsetek ofiar śmiertelnych w wypadkach z udziałem kierowców pod wpływem cannabis wśród wszystkich ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych	Liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych w stanie Kolorado
2006	33	6,17%	535
2007	32	5,78%	554
2008	36	6,57%	548
2009	41	8,82%	465
2010	46	10,22%	450
2011	58	12,98%	447
2012	65	13,77%	472
2013	55	11,43%	481
2014	75	15,37%	488
2015	98	17,92%	547
2016	125	20,56%	608

śmiertelnych w wypadkach z udziałem kierowców pod wpływem cannabis: w 2006 roku było ich 33 na 535 (6%), w 2012 roku 65 na 472 (13,7%). Zmiany zaczęły się w 2008 roku, czyli od momentu opisanej powyżej *komercjalizacji*. Bezpośrednio po legalizacji używania rekreacyjnego niepożądanym trend na moment zatrzymał się, jednak w następnych latach ponownie wzrosła liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach z udziałem kierowców pod wpływem THC, jak i ich odsetek we wszystkich wypadkach: w 2016 roku w wypadkach drogowych zginęło 608 osób, z czego 125 (ponad 20%) w wypadkach z udziałem kierowców, u których we krwi wykryto kannabinoidy. Zbliżone trendy obserwuje się w stanie Waszyngton [7].

W debacie na temat zjawiska wskazuje się jednak na pewne wątpliwości. Z jednej strony mówi się o możliwości niedoszacowania, ponieważ nie we wszystkich wypadkach przeprowadzono badanie na obecność THC we krwi kierowcy. Z drugiej podkreślano niepewność wpływu cannabis na zdolność prowadzenia w momencie wypadku, ponieważ jego związki pozostają w organizmie dłużej niż trwa odurzenie [11]. Na marginesie można dodać, że do wzrostu liczby wypadków w USA przyczynia się m.in. dekoncentracja, która jest wynikiem używania smartfonów podczas jazdy, co dotyczy zwłaszcza ludzi młodych.

Niska skuteczność kampanii

Nie zmienia to jednak faktu, że problem prowadzenia *na haju* został poważnie potraktowany przez wszystkich, łącznie z przemysłem marihuanowym, który angażuje się w kampanie uświadamiające użytkowników cannabis. Kampanie takie prowadzone są co roku i oprócz popularyzacji wiedzy o wpływie konopi na zdolność prowadzenia pojazdów, zawierają takie elementy, jak akcje tanich przejazdów w dni wolne, organizowane przy współpracy firm przewozowych i stanowego departamentu transportu (CDOT). Mimo to problem nie maleje. Jak podaje CDOT, 90% użytkowników konopi wie o zakazie prowadzenia pojazdów pod ich wpływem, jednak połowa pytanych i tak deklaruje, że w ciągu ostatnich 30 dni prowadziła pojazd po spożyciu konopi [10].

Przestępczość i niespodziewane zjawiska

Raporty Kolorado nie odnoszą się przychylnie do legalizacji cannabis. Warto jednak przyjrzeć się eksp-

nowanym przez nie negatywnym efektem, ponieważ ukazują niespodziewane niekiedy ryzyka związane z szerokim dostępem do konopi.

Niepożądane „ekspozycje”

Jednym z nich jest coś, co zostało określone mianem „ekspozycji” (*exposures*) na cannabis, czyli niepożądanych efektów lub nieintencjonalnych zażyć, o których powiadomiono służby za pośrednictwem telefonu alarmowego. Zgłoszeń takich przybyło dwukrotnie w momencie legalizacji konopi, ze 110 w 2012 roku do 223 w 2014 roku – i od 2014 roku liczba ta utrzymuje się powyżej 200. Co jednak wydaje się istotne, to rodzaje zgłaszanych problemów i grupy wiekowe, jakich dotyczyły: częstsze stały się m.in. przypadki spożycia cannabis przez dzieci, również te najmłodsze, w wieku 0-5 lat – a to za sprawą słodyczy i innych produktów łatwych w konsumpcji i zawierających ekstrakty z konopi.

Przestępczość

Autorzy raportów zwracają uwagę na rozwój nowego rodzaju nielegalnych działań na terenie stanu Kolorado. Powszechne stało się tworzenie plantacji w prywatnych domach, rozprowadzanie konopi poza granice stanu za pośrednictwem poczty i wywóz substancji.

Niemal bezpośrednio po legalizacji w mniejszych miejscowościach stanu zaczęto wykupywać domy wolnostojące, w których nabywcy błyskawicznie zakładali nielegalne plantacje. Podejrzewa się udział w tych działaniach przestępczości zorganizowanej.

Wydaje się, że organy ścigania zaczęły skutecznie walczyć z problemem w 2016 roku, kiedy zarekwirowane ilości suszu wzrosły z kilkuset kilogramów do kilku ton. Wrażenie robi też ponad **47 tys. przejętych roślin**. Zwraca przy tym uwagę stosunkowo niewielka liczba aresztowań: 252 osoby.

Tabela 5. Ilość marihuany zarekwirowanej podczas akcji organów ścigania w latach 2013–2016.

Rok	Kilogramy	Ilość roślin
2013	675,40	729
2014	192,78	5215
2015	466,29	14 979
2016	3 227,31	47 108

Kolorado stało się również źródłem konopi przewożonych do innych części kraju. Wzrosła liczba przechwyceń konopi w trakcie rutynowych kontroli drogowych policji – wzrosły również przechwytywane przy tym ilości substancji: **ze średnio 1,1 kg** w latach 2006–2008, **do 1,6 kg** w latach 2009–2016.

Tabela 6. Średnie roczne ilości wykryć konopi przy rutynowych kontrolach pojazdów przez policję drogową.

Okres	Średnia
2006–2008	52
2009–2012	242
2013–2016	347

Tabela 7. Średnie ilości marihuany wykrywane przez policję w samochodach (kg).

Okres	Średnia ilość marihuany w kg
2006–2008	1,1
2009–2016	1,6

Inną drogą nielegalnej dystrybucji jest poczta. Ilość przechwyconych wysyłek zawierających nielegalne substancje wzrosła z kilkudziesięciu rocznie (średnio 70) w latach 2010–2012 do 854 w 2016 roku. Waga przechwyconych substancji w 2016 roku to ponad 782 kg (prawie tona), przy czym pracownicy szacują, że jest to niewielka część ilości, które przechodzą przez urzędy pocztowe. Dane nie uwzględniają także ilości konopi wykrytych w firmach kurierskich.

Wzrost spożycia alkoholu

Co ciekawe, w 2013 roku znacznie wzrosła sprzedaż alkoholu w Kolorado. Może to jednak nie wynikać ze wzrostu spożycia przez mieszkańców, a z ostatnim niepożądanym efektem legalizacji, jakim jest turystyka narkotykowa. W raportach zwraca się uwagę na głosy negatywnie oceniające zmianę klimatu na ulicach miast, które dopuściły handel cannabis, zwłaszcza w centrach, co odbija się na ich wizerunku m.in. w percepcji biznesu, u osób organizujących spotkania, eventy, konferencje itp.

Przychody

W 2016 roku przychody z opodatkowania cannabis wyniosły niecałe 180 mln dolarów. Stanowiło to 0,8% wszystkich

przychodów stanu. Dane urzędu podatkowego Kolorado, uwzględniające opłaty za licencje i kary za ich brak, podają kwotę 193 mln dolarów. Autorzy raportu oceniają, że te wpływy to zbyt mało, aby zrównoważyć koszty, jakie niesie legalizacja. Wskazują przy tym na niebezpieczeństwo spadku przychodów (2017), ponieważ spada detaliczna cena marihuany, co oznacza, że aby utrzymać poziom przychodów, musiałoby wzrosnąć spożycie – to jednak generowałoby kolejne koszty, również społeczne.

Tabela 8. Przychód z opodatkowania cannabis w 2016 roku.

Rodzaj licencji	Wysokość przychodów w mln dolarów
rekreacyjna	167 157 150
medyczna	12 462 467
<i>Udział w przychodach stanu = 0,8%</i>	

Na początku 2017 roku władze stanowe zwiększyły opodatkowanie sprzedaży cannabis, co nie przeszkodziło w uzyskaniu rekordowego wyniku – sprzedaż osiągnęła wartość 1,5 mld dolarów [12,13]. Był to kolejny rekord po roku 2016, kiedy sprzedaż wyniosła 1 mld dolarów. Przychód z podatków w 2017 roku wyniósł prawie 250 mln dolarów.

Tabela 9. Przychód z podatków i opłat licencyjnych oraz wartość sprzedaży cannabis w latach 2014–2017.

Rok	Podatki (mln dolarów)	Sprzedaż (mln dolarów)
2014	67 594 323	683 523 739
2015	130 411 173	995 591 255
2016	193 604 810	1 307 203 473
2017	247 368 473	1 507 702 219

Bibliografia

Tam, gdzie nie jest to oznaczone numerem bibliografii, dane pochodzą z raportu Kolorado 2017 lub poprzednich.

1. Colorado Amendment 64, https://en.wikipedia.org/wiki/Colorado_Amendment_64.
2. „Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health”, SAMHSA, wrzesień 2017.
3. Healthy Kids Colorado Survey, <https://www.cohealthdata.dphe.state.co.us>; http://www.chd.dphe.state.co.us/topics.aspx?q=Adolescent_Health_Data
- 4.1 Colorado's good news on teen pot use, UPDATED: June 24, 2016, <https://www.denverpost.com/2016/06/22/colorados-good-news-on-teen-pot-use/>

4.2 Marijuana use remains flat among Colorado teens, survey finds, June 20, 2016,

<https://www.denverpost.com/2016/06/20/marijuana-use-colorado-teens-marijuana-no-increase/>

4.3 Teen marijuana use in Colorado down post-legalization, Dec 11, 2017,

<https://www.thecannabist.co/2017/12/11/teen-marijuana-use-colorado-decline/94306/>

Surveys state of Colorado relies on for youth marijuana use are flawed, critics say, December 22, 2017,

<https://www.denverpost.com/2017/12/22/surveys-state-colorado-youth-marijuana-use-flawed-critics/>

5. The Washington State Healthy Youth Survey

<https://www.doh.wa.gov/DataandStatisticalReports/DataSystems/HealthyYouthSurvey/Reports>

5.1 One big thing opponents of marijuana warned about is not happening, March 22, 2017,

<https://www.denverpost.com/2017/03/22/opponents-marijuana-warned-not-happening/>

6. Monitoring the future. National survey results on drug use 1975-2016, Uniwersytet Michigan, czerwiec 2017,

<http://www.monitoringthefuture.org/data/17data.html#2017data-drugs>

7. Traffic fatalities linked to marijuana are up sharply in Colorado, August 25, 2017

<https://www.denverpost.com/2017/08/25/colorado-marijuana-traffic-fatalities/>

8. Fatality Analysis Reporting System (FARS),

<https://www.nhtsa.gov/research-data/fatality-analysis-reporting-system-fars>

9. NCSA Motor Vehicle Traffic Crash Data Resource Page

<https://crashstats.nhtsa.dot.gov/>

10. CDOT – Colorado Department of Transport: Drugged Driving <https://www.codot.gov/safety/alcohol-and-impaired-driving/druggeddriving>

11. The science of testing for marijuana impairment is hazy, and evolving,

<https://www.denverpost.com/2017/08/25/marijuana-impairment-testing/>

12. Marijuana Sales Reports - Colorado Department of Revenue,

<https://www.colorado.gov/pacific/revenue/colorado-marijuana-sales-reports>

13. Colorado pot sales hit a record \$1.5 billion in 2017, February 10, 2018,

<https://www.denverpost.com/2018/02/10/colorado-pot-sales-2017-border-towns>

Spółeczność terapeutyczna to metoda niewątpliwie najbardziej efektywna w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego. Jest ona także najlepiej dostosowana do terapeutycznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych potrzeb rehabilitacji narkomanii, warunkowanych złożoną i wieloaspektową, manifestującą się w całym spektrum życia jednostki naturą uzależnienia.

SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA W REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ CZ. I

Janusz Strzelecki

Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny w Anielinie

Geneza społeczności terapeutycznej

Początków społeczności terapeutycznej próbuje się poszukiwać w różny sposób, często w czasach bardzo odległych (De Leon, 2003, s. 33 i n.). Czasami tak odległych, że pojawia się pytanie o możliwość występowania jakiegokolwiek intencjonalnego następstwa. Dotyczy to także osiągnięć Antona Makarenki z lat 20. i 30. XX wieku (Kratochvil, 1988, 38 i n.). Znajomość jego koncepcji „wychowawczego kolektywu”, wykazującej niezwykle wprost zbieżności z podstawowymi założeniami społeczności terapeutycznej, została niestety ograniczona do obszaru krajów dawnego bloku wschodniego.

Nowożytny początki społeczności terapeutycznej – w głównym jej nurcie rozwojowym – mogą budzić przerażenie. Sięgają one lat 40. XX wieku. Anglia w czasach II wojny światowej. Do szpitali psychiatrycznych trafia coraz większa liczba żołnierzy z różnego rodzaju zaburzeniami reaktywnymi, z dzisiejszej perspektywy będącymi objawami zespołu stresu pourazowego (Kratochvil, 1988, s. 8 i n.). Lekarze zostali postawieni przed następującym zadaniem: jak w jak najkrótszym czasie doprowadzić do tego, by jak największa liczba ich pacjentów mogła wrócić na front po to, by zabijać innych. Zaczęto w związku z tym stosować psychoterapię grupową. W dążeniu do jak najwyższej efektywności

swojej pracy psychiatrzy zwrócili uwagę na fakt, że większość czasu, jaki pacjenci spędzają w szpitalu, jest bezproduktywnie tracona. Po sesji terapeutycznej pacjenci wracali do łóżek na umowne 23 godziny, dzielące ich od kolejnej sesji. Zainteresowano się zatem tym wszystkim, co dzieje się pomiędzy poszczególnymi sesjami terapii. I odkryto, po pierwsze, niezwykle bogaty materiał do pracy: różnego rodzaju wydarzenia, zjawiska i interakcje pomiędzy pacjentami, a także między pacjentami a personelem. Po drugie, odkryto także bardzo duży potencjał samopomocowy. Te dwa spostrzeżenia zrewolucjonizowały nie tylko sposób prowadzenia terapii, ale także sposób zarządzania w ochronie zdrowia psychicznego. Maxwellowi Jonesowi, z którego nazwiskiem kojarzony jest tzw. szpitalny wątek społeczności terapeutycznej – choć samą nazwę wprowadził w 1946 roku Thomas Main (Kratochvil, 1988, s. 8) – udało się w wyniku konsekwentnego stosowania podstawowych zasad tej metody prowadzić przez wiele lat oddział szpitalny bez średniego i niższego personelu. Ci pacjenci, którzy czuli się lepiej, zajmowali się tymi, którzy czuli się gorzej, samodzielnie przygotowywali posiłki, a nawet prowadzili księgowość.

Po wojnie metodę społeczności terapeutycznej z powodzeniem stosowano już nie tylko w Wielkiej Brytanii zarówno wobec pacjentów neurotycznych, jak i z zaburzeniami osobowości i psychotycznych. Od 1969 roku zaczęto ją stosować także – i to był kolejny krok – poza strukturami szpitalnymi. Jako pierwszy dokonał tego George Fairweather, który wraz ze współpracownikami założył pozaszpitalną społeczność dla chronicznych pacjentów psychiatrycznych (Gaś, 1992, s. 10). Na przełomie lat 60. i 70. metodę społeczności terapeutycznej próbowano stosować – już z mniejszym, żeby nie powiedzieć z żadnym powodzeniem – także wobec pacjentów uzależnionych od narkotyków, licznie wówczas zapelniających szpitale psychiatryczne (Kooyman, 2002, s. 17). Metoda społeczności terapeutycznej w jej europejskiej wersji okazała się w wypadku tych pacjentów nieskuteczna, głównie ze względu na jej doktrynalnie demokratyczny charakter, tzn. równouprawnienie w podejmowaniu decyzji oraz założenie, że wszelkie decyzje powinny być podejmowane na zasadzie konsensusu. W poszukiwaniu inspiracji zainteresowano się tym wszystkim, co działo się wokół terapii uzależnień narkotykowych w Stanach Zjednoczonych.

A działo się tam sporo, począwszy od 1958 roku, kiedy w Santa Monica w Kalifornii Charles „Chuck” Dederich utworzył Synanon – wspólnotę narkomanów i alkoholi-

ków, wywodzącą się z Ruchu Anonimowych Alkoholików. Synanon był bardzo kontrowersyjną społecznością alternatywną (rozwiązaną ostatecznie w USA w 1991 roku jako przestępcza organizacja parareligijna), która przez początkowe 15 lat swojego istnienia prowadziła skuteczną działalność w zakresie terapii uzależnień. U jej podstaw leżało stosowanie konfrontacyjnych (bardzo brutalnych) technik korekcyjnych (tzw. gier) oraz założenie wykluczające – m.in. ze względu na domniemaną nieuleczalność uzależnienia – możliwość powrotu do społeczeństwa zewnętrznego. Synanon, choć różnie oceniany (także przez część własnych członków), zainicjował w Stanach Zjednoczonych żywiołowy rozwój wielu społeczności terapeutycznych, odrzucających postulat bezterminowego pobytu, z których największymi i najbardziej znanymi pozostają Daytop, Odyssey House i Phenix House (Gaś, 1992, s. 23 i n.).

Społeczności amerykańskie, z reguły liczebnie dużo większe od europejskich, miały z konieczności bardzo ustrukturalizowany i zhierarchizowany charakter. Były one zarządzane bardziej lub mniej dyrektywnie, a przez to mniej demokratycznie, co znajdowało swoje odzwierciedlenie w sposobie prowadzenia terapii. Zakładały one na przykład, że możliwość współdecydowania w sprawach wspólnych ma charakter rozwojowy, tzn. jest wypracowywana w miarę postępów w terapii, a nie przyznawana na jej początku.

O ile wpływ europejskiej wersji społeczności na jej wersję amerykańską jest niejasny (poza przejęciem nazwy), o tyle wpływ odwrotny jest oczywisty. Amerykańskie społeczności terapeutyczne wykazywały dużo większą skuteczność niż europejskie. Od początku lat 70. ich doświadczenia były bezpośrednio lub pośrednio wykorzystywane początkowo w krajach Europy Zachodniej (np. w Anglii, Holandii, Szwajcarii, we Włoszech), a później także w innych jej częściach, inicjując bardzo żywiołowy rozwój tej formy leczenia i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W Polsce – jak na kraj bloku wschodniego – stało się to bardzo wcześniej, bo już w 1978 roku. Wtedy to Marek Kotański uruchomił w Głuskowie pod Warszawą pierwszy ośrodek stacjonarny skutecznie posługujący się – po początkowym okresie prób i błędów – metodą społeczności terapeutycznej. Po nim pojawiły się następne, zakładane początkowo przez utworzone przez Kotańskiego Stowarzyszenie Monar, a później przez inne organizacje pozarządowe lub organy państwowe i samorządowe, dając w 2017 roku blisko 100 stacjonarnych społeczności terapeutycznych.

Polskie społeczności terapeutyczne pracują zazwyczaj w specyficznej formule tzw. systemu lidereckiego, łączącego cechy modelu europejskiego i amerykańskiego. Mają one w sposobie prowadzenia terapii charakter mniej lub bardziej demokratyczny, choć jednocześnie paradoksalnie są zarządzane mniej lub bardziej dyrektywnie. Nie są one jednocześnie tak silnie zhierarchizowane jak społeczności amerykańskie, w których wszystkie kluczowe decyzje są podejmowane przez liczną grupę osób.

Koncepcja uzależnienia

Osoby poszukujące pomocy w związku z uzależnieniem od narkotyków (ciężkim zaburzeniem używania substancji psychoaktywnych) znajdują się zazwyczaj w rozległym kryzysie, obejmującym wszystkie lub prawie wszystkie wymiary funkcjonowania fizycznego, intrapsychnicznego, interpersonalnego, społecznego i duchowego, połączonym z subiektywnie motywowaną potrzebą, a później często także z obiektywnym przymusem ciągłego bądź okresowego przyjmowania substancji psychoaktywnych. Osoby te utożsamiają – do pewnego tylko stopnia słusznie – stan, w jakim się znajdują z używaniem narkotyków, a swój problem identyfikują z brakiem umiejętności ich odstawienia. Koncentrują się one w związku z tym – i tego najczęściej oczekują od terapeutów – na ponawianych, zazwyczaj bezskutecznych próbach utrzymywania abstynencji narkotykowej. Odstawienie substancji – wbrew oczekiwaniom – nie tylko jednak nie uwalnia od odczuwanego przez te osoby dyskomfortu psychofizycznego, ale wręcz nasila jego symptomy. Dzieje się tak dlatego, że uzależnienie od narkotyków – generując co prawda swoiste dla siebie problemy na poziomie objawowym – nie stanowi rzeczywistego źródła problemów, ale samo jest objawem innego pierwotnego źródła problemów.

Uzależnienie od narkotyków w związku z tym – w koncepcji społeczności terapeutycznej – nie stanowi odrębnej, samoistnej jednostki chorobowej (choć oczywiście znajduje ono swoje miejsce w klasyfikacjach nozologicznych), ale samo w sobie jest objawem głębokiego, wieloaspektowego zaburzenia człowieka jako całej osoby (De Leon, 2003, s. 57 i n.). Ma ono zatem przyczynowo charakter wtórny i reaktywny.

Źródłem uzależnienia, to znaczy pierwotnego zaburzenia osobowego, upośledzającego funkcjonowanie człowieka we wszystkich jego aspektach, można poszukiwać w różny sposób i różnie je definiować, zależnie od przyjętych

założeń teoretycznych, wyjaśniających przyczyny i naturę problemowego używania narkotyków.

Można na przykład utożsamiać uzależnienie – w sposób bliski podejściom psychodynamicznym – ze skutkiem używania i nadużywania substancji psychoaktywnych jako sposobu na radzenie sobie z trudnościami w relacjach intrapsychnicznych i interpersonalnych. To znaczy z dyskomfortem pojawiającym się w wyniku kontaktu z negatywnym obrazem samego siebie (ukształtowanym najczęściej we wczesnym okresie dzieciństwa) oraz związanymi z nim lękiem przed odrzuceniem przez otoczenie i nieumiejętnością wchodzenia w trwałe związki emocjonalne.

Nie zmienia to oczywiście faktu, że na poziomie objawowym zaburzenie używania substancji w miarę rozwoju uzależnienia (kiedy używanie narkotyków wchodzi jak gdyby w proces „metabolizmu emocjonalnego”) staje się problemem samym w sobie – chorobą „samoistną” o dającej się przewidzieć dynamice i przebiegu, przewlekłą i nawrotową, manifestującą się różnego rodzaju poważnymi zaburzeniami w całym spektrum funkcjonowania jednostki.

Cele terapii

Z przyjętej dualistycznej, w dwojakim znaczeniu tego terminu, koncepcji uzależnienia wynika, że oddziaływania terapeutyczne powinny koncentrować się nie na substancji, ale na człowieku jako osobie – dynamicznym, warunkowanym neurobiologicznie, psychologicznie i środowiskowo bycie w przestrzeni interpersonalnej i społecznej. Bardzo dosadnie ujął to George De Leon (2003, s. 55): „Problemem jest człowiek, nie narkotyk”.

Cele terapii powinny mieć zatem charakter nie tyle objawowy, ile przyczynowy. Podejście objawowe zmierza do wyposażenia osoby uzależnionej w umiejętności utrzymywania trwałej lub względnie trwałej abstynencji narkotykowej poprzez radzenie sobie z objawami choroby. To za mało, zdaniem twórców i uczestników społeczności terapeutycznej, ponieważ przypomina to próby gaszenia płomieni, a nie źródeł ognia.

Koncepcja społeczności terapeutycznej zakłada przyczynowe podejście do problemu uzależnienia. Przyczynowość ta rozumiana jest nie jako próba dotarcia i traumatycznego skonfrontowania się ze źródłami zaburzeń, to znaczy najczęściej z wczesnodziecięcymi bolesnymi emocjami fundującymi negatywne autopostawy. Tego rodzaju konfrontacja w początkach terapii uzależnienia raczej utrwała niepożądane zachowania i postawy, niż je kompensuje.

Może się ona jednak okazać niezbędna w późnych okresach pobytu w społeczności – jeśli pojawi się potrzeba podjęcia pogłębionej psychoterapii indywidualnej.

Przyczynowość ta oznacza takie przemodelowanie się czy też samoprzemodelowanie się w środowisku leczniczym społeczności człowieka jako osoby w całym spektrum jego funkcjonowania, by uzyskać on lub odzyskał (jeśli taką miał) zdolność do satysfakcjonującego życia w możliwym do osiągnięcia dobrostanie, bez używania narkotyków i bez innych zachowań o destrukcyjnym charakterze.

Według De Leona (2003, s. 86 i n.) podstawowymi celami terapii są zmiana stylu życia i zmiana tożsamości (rozumianej jako postawa wobec siebie i świata). Są to cele oczywiście niespecyficzne dla metody społeczności terapeutycznej, specyficzne jest jednak to, że do ich realizacji dochodzi w warunkach społecznego uczenia się wykreowanych przez społeczność. Zmiana stylu życia warunkuje zmianę tożsamości: im lepiej żyję, tym lepiej o sobie myślę. Zmiana poczucia tożsamości jest przy tym fundamentalna. Otóż zgodnie z koncepcją społeczności jednym z kluczowych elementów terapii jest wzbudzanie nadziei, że narkomanem można przestać być. Każdy człowiek ma w sobie potencjał umożliwiający pozytywną zmianę, a uzależnienie jest wyleczalne, bo można nauczyć się zaspokajać wszystkie swoje potrzeby w ich aspekcie fizycznym i psychospołecznym, tak by używanie narkotyków stało się zbędne. Oba te podstawowe cele terapii są, w ujęciu De Leona (2003, s. 96 i n.), stopniowo osiągane, rozwijane i utrwalane w rozpoczętym z chwilą przybycia do społeczności nowym właściwym (obyczajnym, prawnym) życiu.

Martien Kooyman (2002, s. 71-72) również uznając, że cele leczenia nie sprowadzają się do wyeliminowania niepożądanych zachowań, próbuje je wyeksplikować w sposób bardziej szczegółowy. Można byłoby powiedzieć w duchu Kooymana, że celem terapii jest:

- wykształcenie i utrwalenie pozytywnego stylu bycia, dotyczy to pracy, funkcjonowania w rolach społecznych, umiejętności spędzania wolnego czasu,
- zmiana fałszywego, negatywnego obrazu siebie na realistycznie pozytywny,
- wykształcenie umiejętności tworzenia dojrzałych i bliskich związków z innymi ludźmi,
- zbudowanie podstaw do konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i cierpieniem,
- wykształcenie – poprzez umiejętność bezpiecznego zaspokajania swoich potrzeb – zdolności do cieszenia się życiem.

Jest to lista z oczywistych powodów niekompletna. Można byłoby uzupełnić ją następującym zapisem:

- uwewnętrznienie społecznie akceptowanego systemu norm i wartości, i szeregiem innych.

W poszukiwaniu istoty społeczności

Społeczność terapeutyczna jest podstawową metodą stosowaną w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego. Społeczność terapeutyczna rozumiana szerzej niż tylko jako jeden z rodzajów grupowych zajęć terapeutycznych albo po prostu jako grupa pacjentów ośrodka stacjonarnego. Szerzej niż jako „sposób organizacji zbiorowego życia pacjentów w ośrodku stacjonarnym”, szerzej także niż jedynie jako środowisko lecznicze. Szerzej, bo społeczność terapeutyczna rozumiana jako odrębna, posiadająca poważne zaplecze teoretyczne metoda pracy z osobami uzależnionymi (i nie tylko z uzależnionymi).

Jest to metoda niewątpliwie najbardziej efektywna w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego, szczególnie w porównaniu z metodami indywidualnymi i ambulatoryjnymi. Jest ona także najlepiej dostosowana do terapeutycznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych potrzeb rehabilitacji narkomanii, warunkowanych złożoną i wieloaspektową, manifestującą się w całym spektrum życia jednostki naturą uzależnienia.

Metoda ta, zarówno w tradycji europejskiej, jak i amerykańskiej, charakteryzuje się paroma fundamentalnymi z punktu widzenia efektywności oddziaływań właściwościami. Są one na tyle dla tej metody specyficzne, a nawet definicyjne, że społeczności, ośrodki ich pozbawione, przestają być społecznościami terapeutycznymi. Stają się jakimiś innymi społecznościami albo – co znacznie lepsze – grupami terapeutycznymi funkcjonującymi w warunkach stacjonarnych.

Oto te właściwości:

- Społeczność terapeutyczna to jedyna chyba metoda, która umożliwia skonstruowanie „całodobowej rzeczywistości terapeutycznej” bez narkotyków i przemocy. Tylko zaawansowani w proces terapeutyczny pacjenci o długich stażach pobytu w ośrodku są w stanie skutecznie wyegzekwować te dwie brzegowe, wspólne dla wszystkich społeczności zasady. Narkotyki „są wszędzie” – w szkołach, na ulicach, w klubach, na dworcach, a nawet w więzieniach. We właściwie funkcjonującym ośrodku ich nie ma. Dlaczego? Bo pacjenci są „z problemu” i potrafią coś, co zazwyczaj jest poza zasięgiem

profesjonalistów „spoza problemu”. Potrafią jak gdyby szóstym zmysłem wyczuć w otoczeniu obecność narkotyku, nawet metabolizowanego (!). I to oni właśnie stają się największymi naturalnymi autorytetami dla swoich młodszych kolegów, ucząc ich rozwiązywania konfliktów i problemów bez użycia przemocy.

- Metoda ta daje możliwość konstruktywnego wykorzystania przerw pomiędzy poszczególnymi „dawkami” leczenia i terapii. Przerw szczególnie niebezpiecznych dla pacjentów uzależnionych, a najbardziej – dla uzależnionych od opioidów. W terapii indywidualnej i grupowej istotne jest to, co się dzieje w trakcie poszczególnych sesji. Potem jest przerwa, wszyscy się rozchodzą, w nieprzewidywalną, pełną zagrożeń i niebezpieczeństw „nieterapeutyczną” rzeczywistość. W ośrodku nie ma przerw, istotne jest wszystko. Wszystko bądź niemal wszystko ma swój terapeutyczny wymiar. Wszystkie codzienne czynności: praca, nauka, zabawa, czas poświęcony na odpoczynek i na refleksję. Można powiedzieć z pewną przesadą, że w ośrodku terapia odbywa się cały czas, 24 godziny na dobę. Niezależnie od tego, kiedy się to dzieje – w trakcie zajęć terapeutycznych czy na przykład podczas przygotowywania posiłków. Nierzadko zresztą więcej się dzieje między zajęciami niż w ich trakcie. Materiałem do pracy terapeutycznej staje się wszystko, co się dzieje z pacjentami, pomiędzy pacjentami oraz pomiędzy pacjentami a personelem. I nikt się nigdzie nie rozchodzi, wszyscy zostają.
- Metoda ta pozwala na takie wykreowanie „środowiska leczniczego”, by spełniało ono – jako wspólnota – funkcję substytutu rodziny (De Leon, 2003, s. 49), dającej oparcie i akceptację, poczucie bezpieczeństwa i przynależności, umożliwiając w ten sposób skorygowanie niektórych elementów procesu wychowawczego. W społeczności jako „rodzinnie zastępczej” terapeutyci, wychowawcy mogą pełnić rolę tymczasowych przybranych rodziców, zaś pacjenci – rolę starszych i młodszych braci i siostr, przekazujących sobie wzajemnie swoje doświadczenie życiowe, obdarzających się „odpowiedzialną troską”. W społeczności jak w domu rodzinnym istnieje stały rytm dnia i tygodnia, podział codziennych obowiązków, jest czas na pracę, naukę, odpoczynek i zabawę. W społeczności wszyscy wspólnie przeżywają swoje sukcesy i porażki, wspierając się wzajemnie i wzbudzając nadzieję. Społeczność – jak każda rodzina – ma swoje święta rodzinne (np. urodziny i rocznice), ma swoje zwyczaje,

ma swoich znajomych i przyjaciół. Równocześnie jednak społeczność – jak każda rodzina przecież – ma swoje „lepsze i gorsze dni”, ma kryzysy, z którymi musi sobie radzić. Pojawiają się „czarne owce”, zdarzają „ucieczki z domu”, a na co dzień – konflikty i nieporozumienia. W społeczności popełniane są także błędy, ale jeśli jest ona dojrzała, potrafi je dostrzec i – jeśli to możliwe – naprawić.

- Metoda ta pozwala także na wymodelowanie „środowiska leczniczego” tak, by pełniło ono – jako społeczność właśnie – rolę mikrospołeczeństwa (De Leon, 2003, s. 49), dając tym samym możliwość nauki funkcjonowania społecznego w bezpiecznych, „treningowych” warunkach. Społeczność to odpowiednik zewnętrznego społeczeństwa, jak gdyby jego mała replika. Jej członkowie przyjmują określone role społeczne, mają zarówno swoje prawa, przywileje, jak i obowiązki. W społeczności istnieje podział zadań, poszczególne stanowiska, hierarchia i kolejne szczeble kariery. Społeczność ma swój własny minisystem prawny (regulamin). Ma organy władzy ustawodawczej (zebranie społeczności), wykonawczej (najczęściej tzw. zarząd), własną policję (nazywaną zazwyczaj ochroną), a nawet granice, które – niemal jak w państwie – nie każdy i nie zawsze może przekroczyć. Społeczność terapeutyczna – jak każda inna społeczność – ma też swoją historię i filozofię, swój język i kulturę, własne tradycje, uroczystości i zwyczaje. Między innymi z tego właśnie powodu nie ma dwóch takich samych społeczności i ośrodków. Społecznością terapeutyczną rządzą podobne prawa jak innymi społecznościami czy społeczeństwami. Są w niej środowiska opiniotwórcze, grupy nacisku, jest walka o wpływy, zdarza się nieuczciwa konkurencja, zdarzają zamachy stanu. Mogą się pojawić nadużycia władzy, dyktatura, a nawet kult jednostki (to niewątpliwie największe zagrożenia). Dojrzała społeczność potrafi sobie jednak z tym poradzić.
- Metoda ta umożliwia także takie ukonstytuowanie „środowiska leczniczego”, by spełniało ono rolę swoistej szkoły życia (De Leon, 2003, s. 49). Szkoły życia permanentnej, bo nie zaocznej, ani nawet dziennej, ale całodziennej czy też całodobowej. Ośrodki funkcjonują podobnie jak szkoły. Ale są to szkoły, w których materiałem do przyswajania wiedzy i umiejętności jest codzienna rzeczywistość, a uczniowie uczą się wzajemnie od siebie. Programy ośrodków, tak jak

programy szkolne, mają zazwyczaj charakter etapowy, stopniowy. W program każdego etapu, każdej klasy wpisane są – dostosowane do możliwości rozwojowych ucznia szkoły życia – zadania terapeutyczne. Po ich zrealizowaniu dochodzi do „wzrostu wiedzy i umiejętności”, pacjent zdaje do następnej klasy i zajmuje się kolejnymi zadaniami. Wsparcie, wgląd i nacisk społeczności są stopniowo, w miarę postępów w terapii, nauce życia zmniejszane aż do pełnego usamodzielnienia. To znaczy do ukończenia szkoły.

- Metoda ta daje wreszcie niepowtarzalną okazję do „uczenia się poprzez społeczną interakcję – tu i teraz”, jak by powiedział Jones (Kooyman, 2002, s. 21). Nie ulega przecież żadnej wątpliwości, że realne, konkretne doświadczenia, aktualnie przeżywane problemy i konflikty oraz towarzyszące im emocje i myśli mają największy wpływ na kształtowanie się postaw i intensyfikują proces społecznego uczenia się. W ośrodku zasadniczo pracuje się nie nad tym,

co dzieje się gdzieś i kiedyś, ale nad (albo raczej: na) tym, co dzieje się „tu i teraz”. Społeczność nie po to żyje razem 24 godziny na dobę, by jej członkowie prowadzili dyskurs z cieniami własnej przeszłości. Przeszłość jest oczywiście przywoływana, ale głównie (choć nie tylko) po to, by wyjaśnić teraźniejszość, pogłębić wgląd w to, co się aktualnie dzieje – we własne reakcje, ograniczenia, lęki. W metodzie społeczności terapeutycznej najważniejsze jest działanie, robienie czegoś, dzianie się. Daleko ważniejsze niż mówienie, a szczególnie – deklarowanie. Ważniejsze niż – choć brzmi to ryzykownie – zrozumienie i „poczucie” czegoś. Bo żeby coś zrozumieć i „poczuć”, najpierw trzeba to zrobić i przeżyć. Działanie, robienie czegoś wyzwała uczucia i emocje, te mają wpływ na myślenie, a ono z kolei – poprzez „utrwalający wgląd” (De Leon, 2003, s. 93) – wpływa na zmianę postaw kreujących osobistą tożsamość.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, uchwalona w roku 2005, zwiększyła możliwości angażowania się samorządu lokalnego w przeciwdziałanie narkomanii, wprowadzając konieczność przygotowania i realizowania przez gminy i województwa lokalnych programów przeciwdziałania narkomanii. Gminy i miasta oraz województwa mogą wykorzystywać środki uzyskane z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu na profilaktykę narkomanii oraz na inne działania, takie jak wspieranie leczenia czy redukcję szkód.

TWORZENIE LOKALNEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – PROJEKT SZKOLENIOWY

Sławomir Pietrzak
Fundacja Pozytywnej Profilaktyki

Po wejściu w życie ustawy Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz z Fundacją Rozwoju Demokracji Lokalnej opracowało i przeprowadziło szkolenia dotyczące przygotowania i wdrażania gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Beneficjentami tego projektu było około 800 gmin z całej Polski (około 1/3 wszystkich polskich gmin), a ich efektem było przygotowanie przez każdą uczestniczącą w szkoleniu gminę projektu gminnego programu przeciwdziałania narkomanii.

Od zakończenia powyższych szkoleń minęło ponad dziesięć lat. W większości gmin zmieniły się osoby odpowiedzialne za przygotowanie i realizację gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. W roku 2016 została uchwalona ustawa o zdrowiu publicznym, a w roku 2017 zaczął obowiązywać Narodowy Program Zdrowia. Te nowe akty prawne zmieniły sposób zlecania przez samorządy zadań związanych z prowadzeniem polityki narkotykowej. Niestety, nowe regulacje prawne nie są tak precyzyjne,

jak dotychczasowe, stąd wiele samorządów może mieć trudności w przystosowaniu się do nowej sytuacji prawnej.

Proces przygotowania lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii

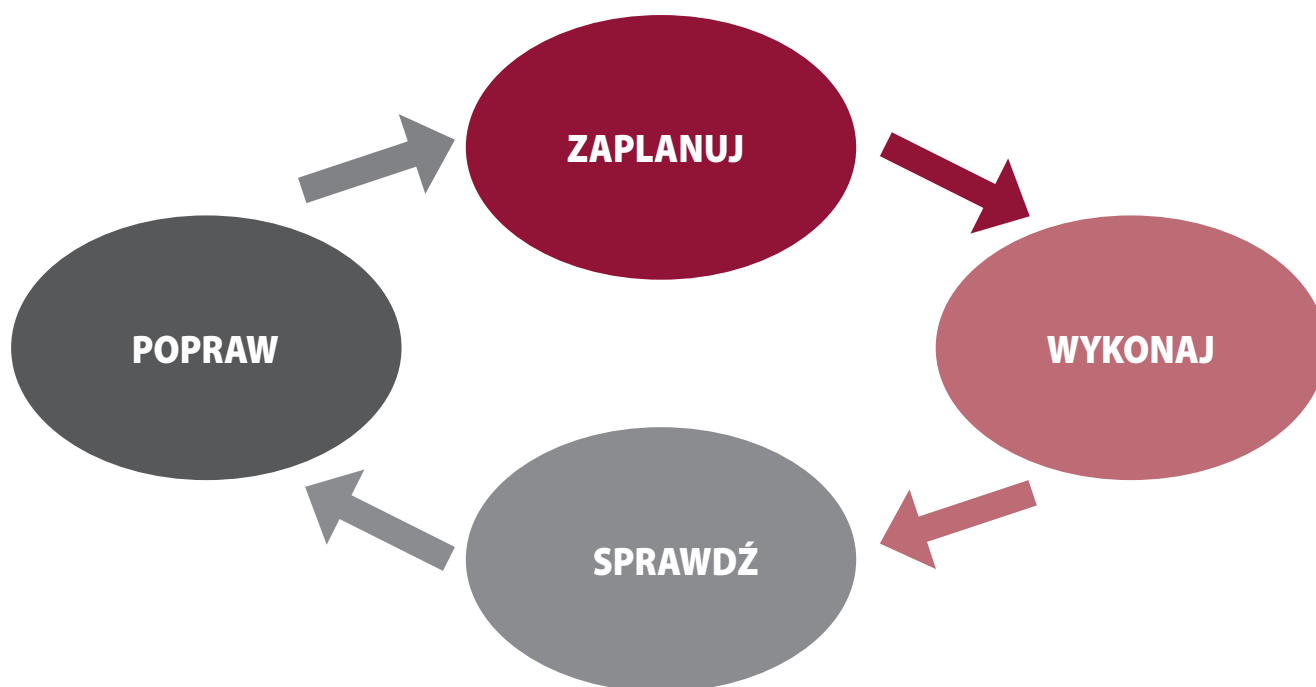
Rozwiązywanie problemów społecznych jest zawsze bardzo trudnym zadaniem. Dotyczy to zwłaszcza problemów związanych z używaniem nielegalnych substancji. Dobrze przygotowana strategia rozwiązywania problemów narkotykowych powinna opierać się na znanym z ekonomii i zarządzania Cyklu Deminga, schemacie ilustrującym podstawową zasadę ciągłego ulepszania.

Podstawowymi zadaniami osób odpowiedzialnych za przygotowanie strategii powinno być zrobienie rzetelnej diagnozy problemów narkotykowych występujących w społeczności lokalnej, zaplanowanie i wdrożenie działań będących odpowiedzią na zdiagnozowane problemy i monitorowanie efektów wprowadzonych rozwiązań.

Uchwalane przez gminy programy przeciwdziałania narkomanii i działania w nich zaplanowane powinny więc opierać się na diagnozie środowiska lokalnego i uwzględniać kierunki działań określone w Narodowym Programie Zdrowia. Niestety, nawet w dużych

miastach, w których problem narkomanii jest najbardziej widoczny, tylko część z nich realizuje działania monitorujące problemy wynikające z narkotyków i narkomanii¹, które to działania stanowią podstawę do planowania zadań będących odpowiedzią na rzeczywiście występujące problemy. A przecież, jak wspomniano, gminne programy przeciwdziałania narkomanii powinny opierać się na dokładnej diagnozie sytuacji związanej z problemem narkomanii. Diagnoza ta ma na celu określenie rozmiarów zjawiska używania narkotyków, śledzenie jego zmian oraz badanie reakcji społecznych na problemy związane z narkotykami i narkomanią. W ramach prowadzonego monitorowania problemów należy analizować zarówno sytuację bieżącą związaną z występującymi problemami, jak i działania dotyczące przeciwdziałania narkomanii oraz postawy społeczne wobec problemu narkotyków. Systematyczna obserwacja lokalnej sceny narkotykowej oraz reakcji na problemy narkotykowe ułatwia przygotowanie i wdrażanie adekwatnych do potrzeb programów. Wyniki monitorowania mogą więc być wykorzystane do podniesienia jakości lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii. Dane niezbędne do przygotowania diagnozy, a co za tym idzie skutecznej strategii, powinny pochodzić z wiarygodnych źródeł. Najczęściej do przygotowania lokalnej diagnozy problemów narkotykowych wykorzystuje się informacje

Ryc. 1. Cykl Deminga.



pochodzące z systemu leczenia, z organów odpowiedzialnych za przestrzeganie porządku publicznego (policja, straż gminna) oraz z systemu oświaty. Wiele gmin prowadzi również badania społeczne dotyczące problemu narkotyków i narkomanii, np. z wykorzystaniem metodologii ESPAD.

Uzyskane w ten sposób dane epidemiologiczne dają nam szeroki obraz występujących w lokalnej społeczności problemów. Konieczne jest jednak ich uporządkowanie. Do tego celu służyć może metoda matrycy logicznej. Narzędzie to umożliwia przygotowanie tzw. drzewa problemów, które identyfikuje istniejące problemy oraz zależności pomiędzy nimi. Dobrze przygotowane drzewo problemów bardzo łatwo jest przekształcić w drzewo celów, które jest narzędziem do opracowania skutecznej strategii przeciwdziałania problemom narkotykowym. Kolejnym krokiem w procesie budowania strategii jest analiza otrzymanego drzewa celów. W jej trakcie dokonujemy selekcji celów, eliminujemy cele niezgodne z prawem, nielogiczne i nieadekwatne; dokonujemy agregacji celów tożsamyh, podczas której poszukujemy celów identycznych, lecz nazwanych w odmienny sposób oraz identyfikacji celów konkurencyjnych, czyli wyszukania takich, które są wzajemnie sprzeczne i takich, które są potencjalnie konkurencyjne. Ważne jest także podjęcie decyzji, które cele zostaną włączone do programu, a które pozostaną poza obszarem naszych działań. Nie jest możliwe zajęcie się wszystkimi zidentyfikowanymi problemami i rozpoczęcie działań na wszystkich frontach walki z problemem. Próba rozwiązywania wszystkich zidentyfikowanych problemów, przy, z reguły, ograniczonych środkach rzeczowych i finansowych będzie skutkować jedynie tym, że podejmowana aktywność ulegnie znacznemu rozproszeniu. Rezultaty takich działań będą nikłe lub całkowicie niewidoczne ze względu na to, iż skala działań będzie zbyt mała, aby doszło do jakiegokolwiek zauważalnej zmiany. Prawidłowo zdefiniowane cele programu pozwalają na określenie zadań, jakie należy wykonać, aby zminimalizować skutki zdiagnozowanych problemów lub wyeliminować te problemy. Kolejnym etapem realizowania strategii jest więc obserwacja, czy zaplanowane i zrealizowane działania przyczyniły się do zredukowania występujących w społeczności problemów. Konieczne staje się więc dalsze monitorowanie bieżącej sytuacji narkotykowej.

Przeciw uzależnieniom – skuteczny samorząd. Projekt szkoleniowy

Od czasu przeprowadzonych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii szkoleń dotyczących tworzenia lokalnych strategii przeciwdziałania uzależnieniom, podczas których uczestnicy mogli nauczyć się powyższych metod przygotowywania lokalnych strategii, minęło już ponad 10 lat, czyli więcej niż dwie kadencje władz samorządowych. W tym czasie w znacznej części gmin zmieniły się osoby zajmujące się przygotowaniem i realizacją zadań związanych z problematyką przeciwdziałania narkomanii. Niektóre nowe osoby w swojej pracy korzystają z pomocy ekspertów wojewódzkich ds. narkomanii i podnoszą swoje kwalifikacje, uczestnicząc w konferencjach i spotkaniach organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dotychczas brak było jednak szkoleń, które w sposób holistyczny przygotowałyby nowe osoby do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Coraz częściej na konferencjach organizowanych przez Krajowe Biuro pojawiały się głosy, aby Biuro przeprowadziło nowe szkolenia dla samorządów lokalnych dotyczące przygotowania i monitorowania lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii. Wymienione wyżej czynniki wskazywały, że istnieje konieczność podjęcia systemowych działań, które mogłyby przyczynić się do poprawy jakości realizowanych działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Przykłady kilku miast w Polsce pokazują, że jest to możliwe przy zaangażowaniu i kompetentnym działaniu JST. Kluczem do tego jest przygotowanie profesjonalnych kadr, które na poziomie lokalnym będą prowadziły politykę opartą na diagnozie rzeczywistych problemów i sprawdzonych, skutecznych rozwiązaniach, odwołujących się do naukowych podstaw. Równie istotne jest przygotowanie profesjonalnych edukatorów-trenerów, z pomocy których będą mogły korzystać gminy, także w związku z fluktuacją kadr wśród osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki narkotykowej. W odpowiedzi na zdiagnozowaną sytuację Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ogłosiło w roku 2017 konkurs na realizację zadania pn. *Szkolenia dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego na temat strategii rozwiązywania problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych*. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu realizacja tego zadania została powierzona

konsorcjum szkoleniowemu Fundacji Praesterno i Fundacji Pozytywnej Profilaktyki.

Celem projektu jest podniesienie kompetencji osób tworzących gminne (wojewódzkie) strategie rozwiązywania problemów uzależnień poprzez przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego.

W ramach zadania zaproszeni eksperci (zespół tutorów) przygotowują program szkolenia dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, który uwzględni niezbędną wiedzę potrzebną do przygotowania programu przeciwdziałania narkomanii, będącego właściwą odpowiedzią na zdiagnozowane w gminie (województwie) problemy wynikające z używania substancji psychoaktywnych. Ekspertki opracują również program szkolenia dla trenerów, którzy przeprowadzą pierwsze pilotażowe szkolenia dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, a w przyszłości będą mogli prowadzić szkolenia również dla innych jednostek samorządu terytorialnego.

Po przygotowaniu programów szkoleń i wszystkich niezbędnych materiałów do ich prowadzenia, w dalszej części projektu zostanie realizowane szkolenie dla 40 trenerów, którzy zostaną wyposażeni w wiedzę merytoryczną dotyczącą kształtowania strategii rozwiązywania problemów narkotykowych oraz w kompetencje ułatwiające im prowadzenie szkoleń dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego. Przeszkoleni trenerzy przeprowadzą następnie szkolenia dla 150 przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego gmin i województw (z co najmniej 2 województw) w 10 grupach szkoleniowych. Szkolenia te zakończą się przygotowaniem przez przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego projektu gminnego (wojewódzkiego) programu przeciwdziałania narkomanii, który zostanie oceniony przez zaproszonych do współpracy ekspertów. W ramach zadania zostanie również przygotowany i wydany nowy podręcznik dla jednostek samorządu terytorialnego dotyczący tworzenia gminnych (wojewódzkich) programów przeciwdziałania narkomanii. Będzie on stanowił kompendium wiedzy na temat problematyki przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Oprócz informacji i procedur niezbędnych do prawidłowego przygotowania gminnej strategii, w podręczniku zostaną zamieszczone rozdziały dotyczące zadań własnych samorządów związanych w przeciwdziałaniem narkomanii, informacje na temat

sposobu zlecenia realizacji zadań zawartych w strategii, efektywnych form profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji osób używających substancji psychoaktywnych. Podczas trwania projektu zostanie przeprowadzona ewaluacja procesu i ewaluacja formatywna programu szkoleniowego przygotowującego trenerów do prowadzenia szkoleń dla jednostek samorządu terytorialnego oraz ewaluacja procesu, ewaluacja formatywna i ewaluacja wyników programu szkoleniowego dla reprezentantów jednostek samorządu terytorialnego. Po wprowadzeniu poprawek wynikających z wniosków z ewaluacji, na stronie internetowej projektu zostanie udostępniona ostateczna wersja programu szkoleniowego dla jednostek samorządu terytorialnego wraz z materiałami szkoleniowymi dla trenerów oraz finalna wersja podręcznika dla jednostek samorządu terytorialnego. Na tej stronie znajdzie się także lista certyfikowanych trenerów.

Zaplanowane w projekcie działania umożliwią przygotowanie profesjonalnego podręcznika na temat tworzenia gminnych i wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii, przeszkolenie przedstawicieli 50 jednostek samorządu terytorialnego oraz 40 trenerów, którzy w przyszłości będą mogli realizować dla jednostek samorządu terytorialnego szkolenia dotyczące metodyki budowania lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii. Powstały dzięki projektowi system szkolenia (przez przygotowanych i certyfikowanych trenerów) przyczyni się do podniesienia jakości opracowywanych i realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego strategii rozwiązywania problemów narkotykowych. Szkolenie przedstawicieli samorządów odbędzie się jesienią 2018 roku (dwie 15-osobowe grupy) oraz w pierwszej połowie 2019 roku (8 grup). Zaproszenie do udziału w szkoleniu zostanie opublikowane w następnym numerze Serwisu Informacyjnego Uzależnienia oraz na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Przypisy

¹ A. Malczewski, A. Misiurek, „Działania dużych miast w przeciwdziałaniu narkomanii w 2013 roku – część I”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, nr 4/2014.

W 2008 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN rozpoczęło realizację ogólnopolskiego badania klientów programów wymiany igieł i strzykawek, nazywanych również programami niskoprogramowymi¹. Pomiar powtarzane są co dwa lata na przełomie listopada i grudnia. Artykuł przedstawia przede wszystkim wyniki badania z 2016 roku w porównaniu do pierwszego pomiaru, który wykonano w 2008 roku. Ma on także na celu omówienie sytuacji dotyczącej nowych substancji psychoaktywnych w Polsce, których jednym z głównych użytkowników są coraz częściej odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek.

ODBIORCY PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK. NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE CORAZ BARDZIEJ POPULARNE?

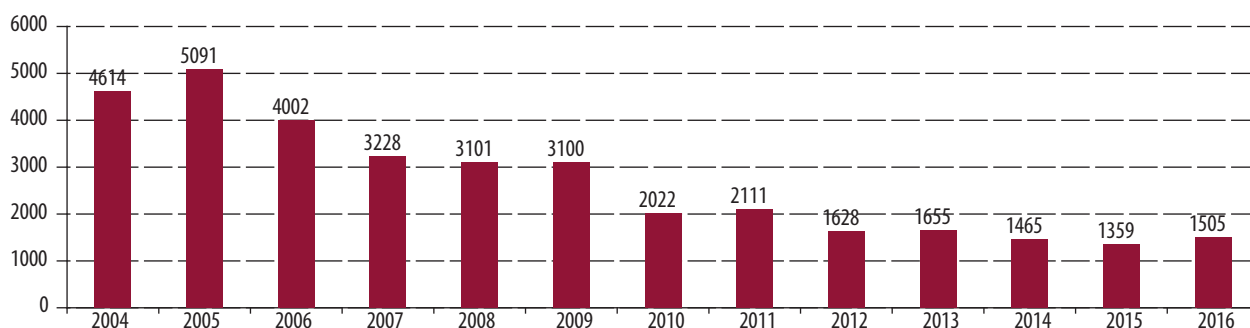
Artur Malczewski

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

W przedstawionym badaniu uczestniczyły placówki, które świadczyły usługi użytkownikom narkotyków w obszarze redukcji szkód: punkty wymiany igieł i strzykawek (dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków, poradnie z wymianą oraz wymiana uliczna igieł i strzykawek). Zdecydowaną większość badanych (92%) stanowili iniekcijni użytkownicy narkotyków. Badaniem objęto wszystkie programy wymiany igieł i strzykawek, które są realizowane w Polsce. Dotyczą one następujących miast: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programy), Jelenia

Góra (tylko w 2008 roku), Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów (tylko w 2008 roku), Katowice, Warszawa (3 programy), Chorzów. Łącznie było to 14 programów w 2008 roku i 10 programów w 2016 roku. W 2016 roku trzy programy, które działały w 2014 roku i brały udział we wcześniejszym pomiarze, nie przeprowadziły wywiadów: Pomoc Socjalna z Warszawy przestała działać, a Stowarzyszenie Monar z Puław i Gdańska nie miało w czasie pomiaru klientów zgłaszających się po igły i strzykawki. W 2016 roku w badaniu udział wzięł nowy program z Chorzowa, prowadzony przez

Wykres 1. Liczba odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek w Polsce w latach 2004–2016.



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Stowarzyszenie Wspólnota, który wznowił działania po kilku latach przerwy. Programy prowadzące wymianę zajmują się również działaniami z zakresu np. pomocy socjalnej, wsparcia czy pomocy prawnej. Głównym ich adresatem są użytkownicy iniekcjami, ale pomagają one również np. pacjentom programów leczenia substytucyjnego. W analizie wykorzystano 280 wywiadów z 2016 roku oraz 733 wywiady z respondentami, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu w 2008 roku. Wywiad trwał średnio około 20 minut. Najwięcej wywiadów zostało przeprowadzonych w Warszawie – 71 w 2016 roku (powyżej 300 w 2008 roku), najmniej w Olsztynie – tylko 6. W efekcie badaniem objęto co piątego odbiorcę programu wymiany igieł i strzykawek. Według danych zebranych w ramach corocznego monitorowania programów wymiany igieł i strzykawek w 2008 roku w tego typu programach udział wzięło 3101 osób, a w 2016 roku 1505 osób. Biorąc pod uwagę, że spadła liczba osób korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek, nie jest zaskakujące, że zmniejszyła się też liczba wywiadów kwestionariuszowych w ramach prowadzonego badania z 733 w 2008 roku do 280 w 2016 roku.

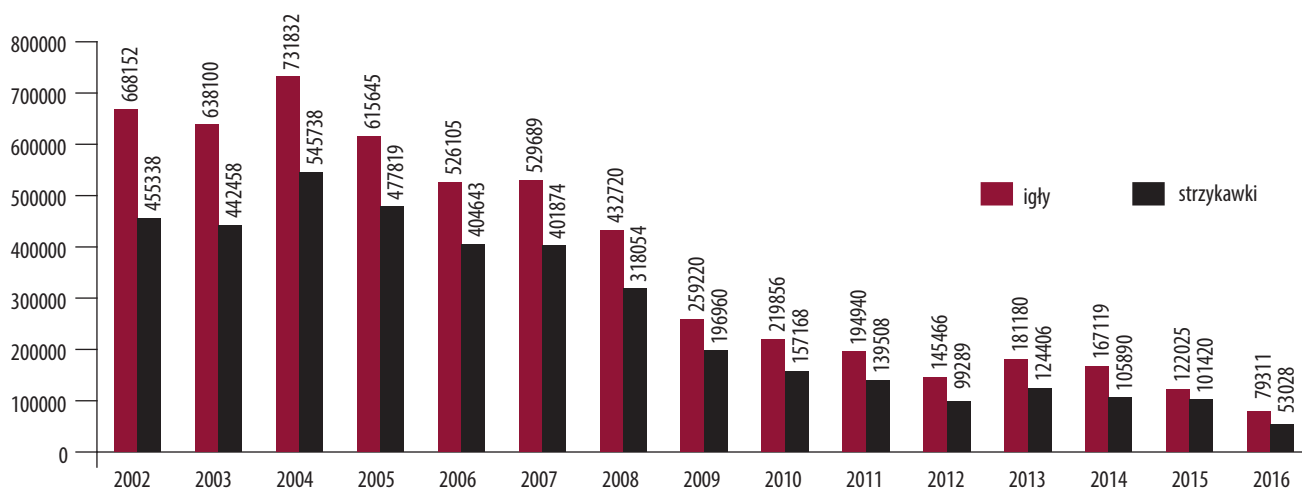
W ciągu dziewięciu lat (od 2008 roku do 2016 roku) liczba uczestników badania odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek spadła dwukrotnie. W 2016 roku w ramach programów wydano 79 tys. igieł i 53 tys. strzykawek.

Kto korzysta z programów wymiany igieł i strzykawek?

Ponad połowa badanych (53%) została zrekrutowana w programach wymiany ulicznej w 2016 roku. W 2008 roku odsetek ten był niższy (47%). Średni wiek osób badanych wyniósł 37 lat (33 lata w 2008 roku). Osoby korzystające z programów w 2016 roku to użytkownicy narkotyków w wieku od 19 do 65 lat; w 2008 roku ten przedział był większy – od 15 do 85 lat. Średnia wieku mężczyzn była trochę wyższa niż kobiet (mężczyźni: 38 lat, a w 2008 roku 34 lata, kobiety: 35 lat, a w 2008 roku 30 lat). Połowa badanych miała więcej niż 37 lat. Warto zwrócić uwagę, że co piąty badany w 2016 roku miał ponad 45 lat, gdy w 2008 roku (pierwszy pomiar) tylko co dziesiąty. Wyniki badania wskazują na wysoką średnią wieku osób korzystających z programów wymiany. Z informacji od osób pracujących z iniekcjami użytkownikami wynika, że w programach pojawia się niewielu nowych klientów; większość odbiorców stanowią te same osoby. Porównanie wyników z 2008 roku do 2016 roku wskazuje na wzrost średniej wieku odbiorców programów wymiany zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.

Analizując wykształcenie badanej populacji w 2016 roku, można zauważyć, że co trzeci respondent miał wykształcenie średnie (33%, w 2008 roku 32%), a największa grupa zasadnicze zawodowe (38%, w 2008 roku 27%). Co dziesiąty badany miał wykształcenie podstawowe (13%,

Wykres 2. Liczba rozdanych igieł i strzykawek w programach wymiany w Polsce w latach 2002–2016.



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

w 2008 roku 33%), a co dwudziesty gimnazjalne (5%, w 2008 roku 4%). O wiele większy odsetek respondentów stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (7%, w 2008 roku 3%). W przypadku 3% badanych brak było informacji o wykształceniu lub badani nie mieli wykształcenia (1% w 2008 roku). Porównując grupę objętą badaniem, warto odnotować większy odsetek osób z wyższym wykształceniem w 2016 roku niż w 2008 roku oraz o wiele mniej osób z wykształceniem podstawowym.

Przedmiotem pomiaru była także sytuacja mieszkaniowa użytkowników narkotyków korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek. Większość z nich, tj. 2/3, miała stałe miejsce zamieszkania, definiowane jako możliwość spędzenia co najmniej 6 miesięcy w tym samym miejscu; w instytucji typu noclegownia, hostel, inne miejsce przebywało 5% respondentów. Warto zauważyć, że jedna trzecia badanych nie miał stałego miejsca zamieszkania. Spośród wszystkich badanych tymczasowo u kogoś mieszkało 14% badanych (10% w 2008 roku), tymczasowo w instytucji (np. noclegownia czy hostel) 7% (w 2008 roku było to 5%). Tymczasowo na ulicy mieszkało 6% ankietowanych (7% w 2008 roku), z kolei 4% badanych mieszkało w opuszczonych budynkach, squatach (3% w 2008 roku). Zatem co dziesiąty respondent był prawdopodobnie bezdomny. Sytuacja mieszkaniowa grup z obydwu pomiarów była podobna. Warto przypomnieć, że badanie było realizowane zimą, czyli osoby bezdomne, ale również mieszkające w opuszczonych budynkach (co 10 badany) miały w tym czasie dość ciężkie warunki.

Użytkowników narkotyków pytano także o to, z kim mieszkają. Najczęściej badani mieszkali z rodziną (27%, w 2008 roku 35%) lub przyjaciółmi (20%, w 2008 roku 18%), samodzielnie mieszkało 15% badanych (14% w 2008 roku). Ponadto mieszkanie z małżonkiem deklarowało 18% (22% w 2008 roku), z dziećmi 6% (tylko samo w 2008 roku). Co piąta osoba stwierdziła, że trudno jest jej określić, gdzie mieszka lub mieszka w innym miejscu (8% w 2008 roku).

Respondenci mieli określić swoje główne źródło dochodów, wybierając z listy dwie najbardziej adekwatne odpowiedzi. Utrzymywanie się z własnej pracy zadeklarowało 17% badanych (w 2008 roku 23%). Mniejszy odsetek respondentów żyje z renty lub emerytury (13%, w 2008 roku 13%) bądź jest utrzymywany przez innych (14%, w 2008 roku 16%). Bezrobotnych, a raczej otrzymujących zasiłek z tego tytułu, było wśród ankietowanych

tylko 2% (taki sam wskaźnik był również w 2008 roku). Co piąty badany otrzymywał zasiłek dla niepełnosprawnych, który był jego głównym źródłem dochodów (20%, w 2008 roku 9%), ale źródłem utrzymania były również zasiłki i świadczenia socjalne (10%, 13% w 2008 roku). Jako osoby bez dochodów (do tej kategorii zaliczało się również żebractwo) zadeklarowało się 10% respondentów (12% w 2008 roku). Największą grupę stanowili użytkownicy narkotyków, którzy wskazali inne dochody niż wymienione wcześniej, w tym nieoficjalne, jak np. kradzież (43%, w 2008 roku 23%). Bez dochodów był co dziesiąty badany (12% w 2008 roku). Takie osoby trudniły się np. żebractwem. Porównywalność danych z 2008 i 2016 roku utrudnia zmiana możliwości wyboru odpowiedzi. W 2008 roku respondent mógł wybrać tylko jedną odpowiedź, podczas gdy w 2016 roku więcej niż jedną.

Używanie substancji psychoaktywnych

Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek byli pytani o używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem oraz o wzór ich używania. W tabeli 1 zaprezentowano wyniki dotyczące używania legalnych i nielegalnych substancji od początku realizacji projektu, tj. od 2008 roku. W trakcie wywiadów kwestionariuszowych respondentów zapytano o używanie różnego rodzaju opioidów. Najbardziej popularną substancją z tej grupy w 2014 roku był metadon, którego poziom używania wzrósł z 30% (2008 rok) do 57% (2014 rok). Wzrost używania metadonu w latach 2008–2014 jest prawdopodobnie efektem rozwoju programów leczenia substytucyjnego. W Polsce w 2016 roku działały 24 programy leczenia substytucyjnego, z których korzysta blisko 2500 klientów. Najnowsze dane wskazują na spadek odsetka użytkowników metadonu (do 47%). W tym samym czasie odnotowano zmniejszenie używania polskiej heroiny (tzw. kompotu) z 50% (2008 rok) do 15% (2016 rok) oraz brązowej heroiny z 44% do 27%. Analizując dane dotyczące opioidów, należy przypomnieć, że w 2010 roku na rynkach europejskich nastąpił spadek dostępności heroiny. Na Węgrzech i w Rumunii, ale również w Polsce użytkownicy heroiny zaczęli używać jednego z syntetycznych katynonów („dopalaczy”) – mefedronu. Substancja ta praktycznie nie występowała

na rynku narkotykowym w 2008 roku, dlatego też w pierwszym badaniu nie zostało uwzględnione pytanie o używanie mefedronu. W kolejnych pomiarach do używania mefedronu przyznało się już 10% badanych w 2010 roku i 12% w 2012 roku. Pomiar z 2014 roku to trzykrotny wzrost używania mefedronu (36%). W 2016 roku zadano pytanie o używanie mefedronu, ale również innych katynonów (do których należy mefedron). Użytkownicy narkotyków w iniekcjach oraz sprzedawcy „dopalaczy” używają nazwy mefedron na różnego ro-

Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przez klientów programów wymiany igieł i strzykawek w latach 2008–2016 (%).

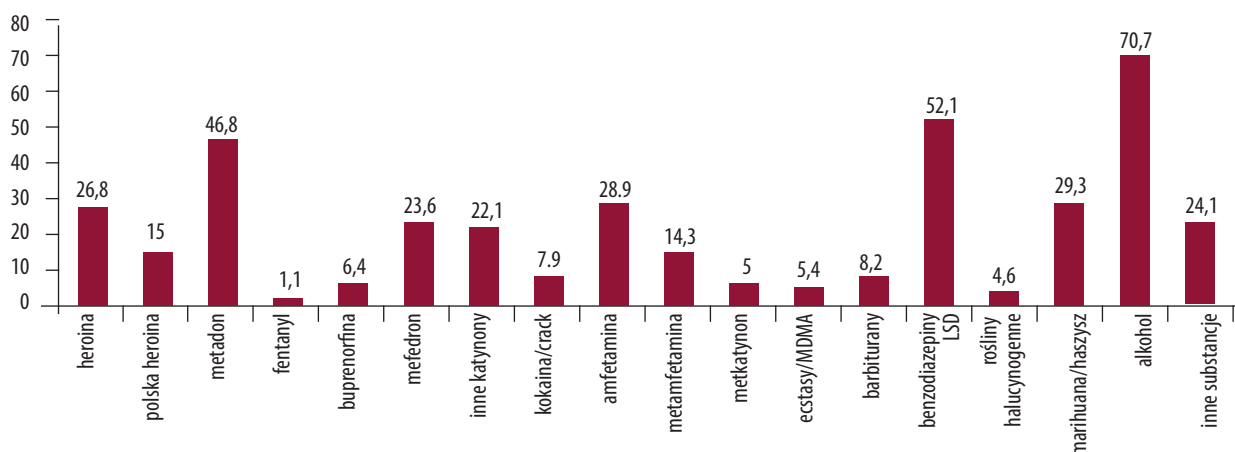
Substancja	2008	2010	2012	2014	2016
Amfetamina	61	60	52	39	29
Alkohol	60	73	75	70	71
Polska heroina, „kompot”	50	33	20	17	15
Heroina	44	45	30	27	27
Benzodiazepiny	40	48	60	50	52
Marihuana/haszysz	40	44	44	34	29
Metadon	30	36	45	57	47
Barbiturany	23	10	5	13	8
Kokaina/crack	8	5	6	9	8
Buprenorfina	5	4	2	4	6
Mefedron	0	10	12	36	24
Inne katynony	-	-	-	-	22

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

dzaju syntetyczne katynony. W pomiarze z 2016 roku 24% badanych zadeklarowało używanie mefedronu, a 22% innych katynonów. Jakikolwiek syntetyczny katynon używało w 2016 roku 40% respondentów. W ciągu ostatnich kilku lat zauważa się duży wzrost użytkowników „dopalaczy” wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek – od co dziesiątego w 2010 roku do blisko połowy w ostatnim pomiarze. Warto zwrócić uwagę, że wśród osób, które zadeklarowały używanie nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”), czyli 113 osób, 86% używało substancji psychoaktywnych w iniekcji w ciągu ostatniego miesiąca; 6% kiedykolwiek w życiu. W przypadku całej badanej populacji odsetki były niższe dla bieżących użytkowników substancji psychoaktywnych w iniekcjach (wskaźnik wyniósł 69%); 23% zadeklarowało używanie narkotyków w iniekcji kiedykolwiek w życiu, ale nie w ciągu ostatniego miesiąca. Analizując używanie poszczególnych substancji, widać duży spadek odsetka użytkowników amfetaminy z 61% w 2008 roku do 29% w 2016 roku.

Najwyższy odsetek badanych zadeklarował picie napojów alkoholowych – 71% w 2016 roku, jest to 10-procentowy wzrost w stosunku do 2008 roku. W przypadku innych legalnych substancji odnotowujemy wzrost używania benzodiazepin z 40% w 2008 roku do 52% w 2016 roku (najwyższy wskaźnik był w 2012 roku i wyniósł 60%). W 2016 roku badani zostali zapytani o kilka dodatkowych substancji. Pełną listę zawiera wykres 3. Warto zwrócić uwagę

Wykres 3. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni (% , n=280).



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

na kilkunastoprocentowy odsetek użytkowników metamfetaminy.

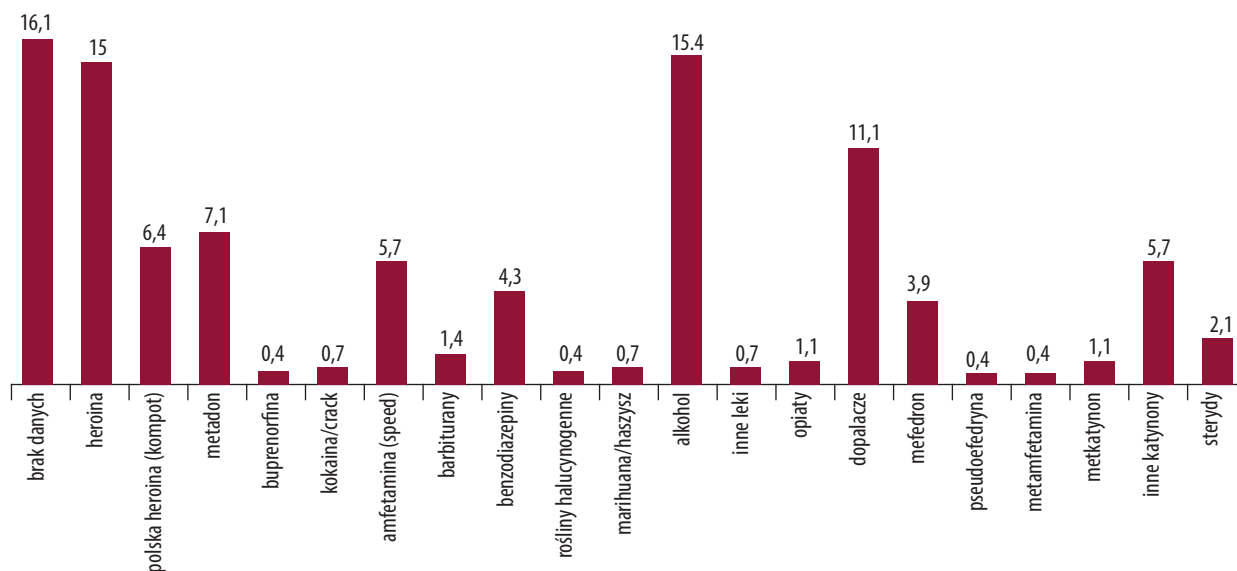
Badani byli proszeni o wskazanie, jaka substancja jest dla nich najbardziej problemowa. Najbardziej problemowymi substancjami była heroina – 21% (heroina oraz kompot) wskazało na tę substancję i nowe substancje psychoaktywne, wskaźnik również wyniósł 21% („dopalacze”, mefedron, inne katynony). Mniejszej

odsetek badanych wskazał na alkohol (15%), metadon (7%) i amfetaminę (6%).

Zachowania ryzykowne oraz status HIV i HCV

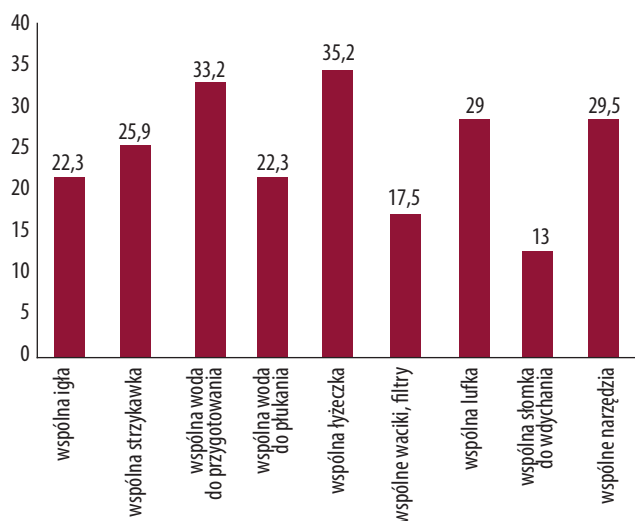
Kolejnym zagadnieniem stanowiącym zakres tematyczny wywiadu kwestionariuszowego były zachowania ryzy-

Wykres 4. Substancja, która zdaniem osób uzależnionych sprawia im najwięcej problemów. Badanie z 2016 roku (% , n=280).



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wykres 5. Dzielenie się sprzętem przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni w badaniu z 2016 roku (%).



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

kowe, jakie podejmowali użytkownicy narkotyków podczas iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni. Najczęściej badani (35%) używali tych samych naczyń, np. łyżeczek (30% w 2008 roku). Co czwarty respondent (23%) korzystał ze wspólnej wody do przygotowania iniekcji (26% w 2008 roku). Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli korzystanie z tej samej igły, występowało u 22% badanych (15% w 2008 roku), a z tej samej strzykawką u 25%.

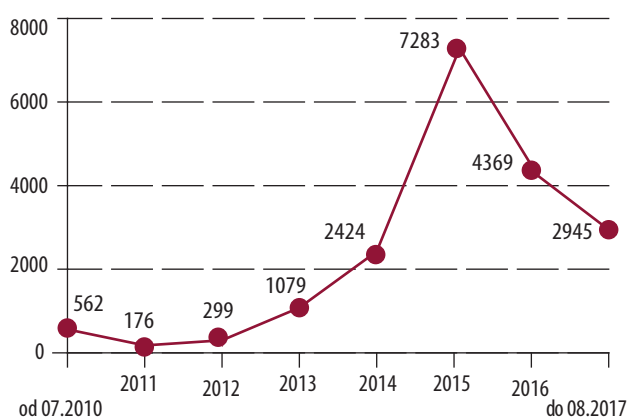
Większość respondentów (80%) wykonała test na obecność wirusa HIV (70% w 2008 roku). Pozytywny wynik testu odnotowano u co trzeciego badanego (36%, a 33% w 2008 roku). Przyjrzyjmy się, jakie rozkłady zmiennej otrzymamy, jeśli jako podstawę procentowania przyjmemy respondentów, którzy wykonali test na obecność wirusa HIV. Wśród osób, które wykonały test, 45% było zakażonych wirusem HIV. W przypadku wirusa HCV 75% osób wykonało ten test. Wśród wszystkich objętych

wywiadami kwestionariuszowymi 50% osób miało wynik pozytywny, co oznacza, że 66% badanych na HCV miało wynik pozytywny.

Nowe substancje psychoaktywne – skala używania oraz rynek

Analizując sytuację dotyczącą używania nowych substancji psychoaktywnych wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek, warto przyjrzeć się danym z innych źródeł, które mogą określić trendy w rozwoju zjawiska. Wyniki badań w populacji generalnej wskazują na niskie wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. W ogólnopolskim reprezentatywnym badaniu Fundacji CBOS z 2015 roku, wykonanym na populacji osób w wieku 15-64 lata, odnotowano używanie nowych substancji psychoaktywnych na poziomie 1,3-2,2% w przypadku wskaźnika używania kiedykolwiek w życiu. W przypadku używania marihuany odnotowano o wiele wyższy odsetek – 16,3%, co pokazuje dużą różnicę w sięganiu po najbardziej popularny narkotyk a nowe substancje psychoaktywne. Używanie w ciągu ostatniego roku marihuany zadeklarowało 4,6% respondentów, a dla nowych substancji psychoaktywnych wskaźnik ten wyniósł 0,3-0,5%². Najczęściej realizowanymi badaniami, mającymi na celu określenie skali zjawiska używania substancji psychoaktywnych, są ankiety audytoryjne wśród młodzieży. Ostatnie wyniki badań wśród młodzieży szkolnej wskazują na niski poziom rozpowszechnienia

Wykres 6. Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu używania NSP w okresie lipiec 2010–sierpień 2017.



Źródło: Ośrodek Kontroli Zatruc Warszawa.

używania nowych substancji psychoaktywnych. Według badania Fundacji CBOS, wykonanego na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (18-19 lat) w 2016 roku, NSP kiedykolwiek w życiu używało 3,5% osób, a w ciągu ostatniego roku 1%³. W szczytowym momencie rozwoju sklepów wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych były o wiele wyższe, w 2010 roku odnotowano, że 11,4% badanych zażywało nowe substancje psychoaktywne kiedykolwiek w życiu oraz 7,2% w ciągu ostatniego roku. Wyniki badań mokotowskich (jedna z dzielnic Warszawy) realizowanych wśród młodzieży szkolnej w 2016 roku również wskazują na niski odsetek użytkowników NSP: 1,1% w ciągu ostatniego roku wśród 15-latków. W 2012 roku odsetek był taki sam⁴. Trudno jest określić, jakie czynniki miały wpływ na prawdopodobne zmniejszenie się skali używania nowych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. Warto wspomnieć o wdrażaniu różnego rodzaju programów profilaktycznych dotyczących „dopalaczy”, od działań edukacyjnych po programy szkolne⁵. W obszarze rozwiązań prawnych w omawianym okresie wprowadzono dwie delegalizacje nowych substancji psychoaktywnych: pierwszą w marcu 2010 roku, drugą w lipcu 2015 roku. W przypadku tej ostatniej kontrolą objęto 114 nowych substancji psychoaktywnych, co doprowadziło do zmiany oferty substancji. W tym samym miesiącu, w którym wprowadzono nowe rozwiązania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, odnotowano rekordową falę prawdopodobnych interwencji medycznych z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych: 1966 przypadków. W całym 2015 roku odnotowano ponad 7200 interwencji (wykres 6). W kolejnym roku wskaźnik interwencji medycznych nadal był jednym z najwyższych w historii problemu – ponad 4300 przypadków. Najnowsze dane dotyczące zatruc z powodu nowych substancji psychoaktywnych z 2017 (dane do sierpnia) pokazują wyższe wskaźniki zatrucia niż w przypadku całego roku 2014. Co miesiąc w 2017 roku odnotowywano od 300 do ponad 400 przypadków prawdopodobnych interwencji medycznych z powodu zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi. Mimo wprowadzonych nowych rozwiązań prawnych w 2015 roku nadal nowe substancje psychoaktywne były sprzedawane w Polsce przy użyciu różnych kanałów sprzedaży: sklepów stacjonarnych, sklepów internetowych, dilerów, którzy m.in. dowozili nowe substancje psychoaktywne taksówkami. Z monitoringu

sklepów internetowych prowadzonego przez Centrum Informacji KBPN w latach 2016–2017 wynika, że 20 najbardziej popularnych polskich sklepów internetowych sprzedających NSP miało w swojej ofercie prawie 400 takich substancji, sprzedawanych przede wszystkim jako *research chemicals*, ale również w postaci produktów pod różnymi nazwami, np. Czeszący grzebień, Zapięty guzik czy Zwariowany Rumcajs. Od czasu zamknięcia sklepów w październiku 2010 roku kolejne sklepy stacjonarne kontrolowane są przez inspekcję sanitarną, która może nakładać kary na sprzedawców. Kontrola NIK odnotowała, że „skuteczność kar pieniężnych nakładanych na zajmujących się dystrybucją i obrotem dopalaczami była bardzo niska, co w ocenie NIK skutkowało rzeczywistą bezkarnością podmiotów zajmujących się tym nielegalnym procederem. W całym kraju organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2010–2016 wymierzyły blisko 65 mln zł kar, jednak do budżetu państwa wpłynęło zaledwie 1,8 mln zł (3 proc.)⁶. Obecnie trwają prace nad zmianą ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, mającej na celu wprowadzenie kontroli nad całymi grupami substancji psychoaktywnych, tzw. rozwiązania prawa generycznego. Planuje się również przyspieszenie delegalizacji nowych substancji poprzez przeniesienie wykazu substancji psychoaktywnych z ustawy do rozporządzeń ministra zdrowia.

Sprzedawcy nowych substancji psychoaktywnych wprowadzają kolejne grupy nowych substancji psychoaktywnych, jak np. nowe opioidy. Niektóre z nich oferowane były przez sprzedawców jako darmowe próbki do testowania dla użytkowników. Jesienią 2017 roku były to np. produkty o nazwie BUC-3 i BUC-8, zawierające nowe fentanyle. Produkt o nazwie BUC-8 prawdopodobnie doprowadził do zgonu dwóch Polaków w lutym 2017 roku w Wielkiej Brytanii. W ramach spotkań roboczych w KBPN omawiano sytuację związaną z nowymi fentanylami, które są używane w iniekcjach, np. w Krakowie. W Warszawie rynek opioidów zdominowany jest przez heroinę. Nowe opioidy, które mogą być o wiele silniejsze od heroiny, pojawiły się w Polsce kilka lat temu. Jednakże w ostatnim roku wykryto ich największą liczbę. W 2017 roku Narodowy Instytut Leków wykrył kilka nowych fentanili, niektóre substancje zostały po raz pierwszy odnotowane w Europie: U-47700, Cyklopropyl, Cyklopropylofentanył, Tiofenfentanył, Tiofenfentanył, Benzylfentanył, Acetylbenzylfentanył, Benzoilobenzylfentanył.

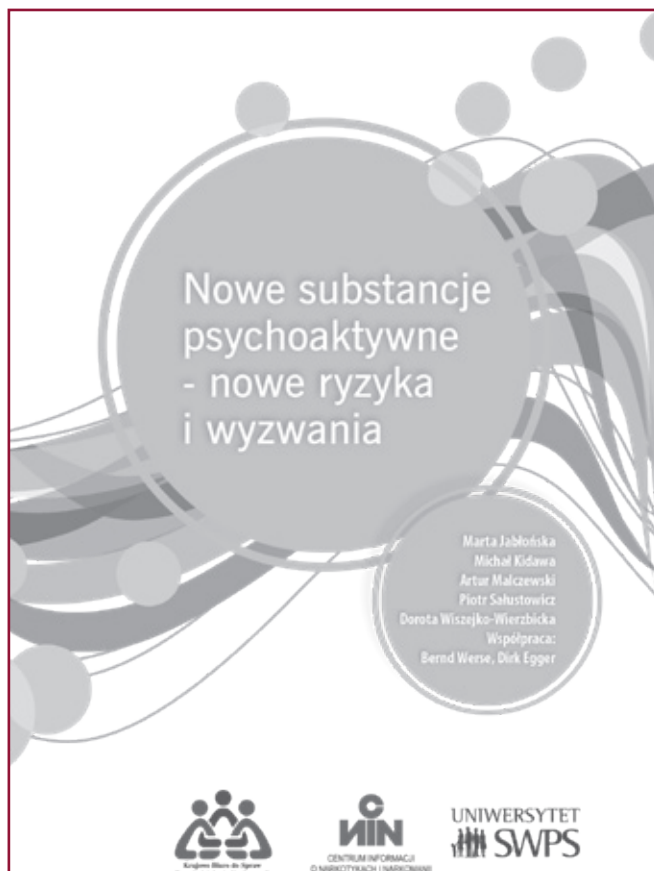
Podsumowanie

Ostatnie lata to zmniejszanie się dostępności oferty programów redukcji szkód w Polsce. Najnowsze dane wskazują na zachowanie trendu oraz rozwój nowych form pomocy, jak autobusy wykonujące testy na HIV we Wrocławiu i Warszawie. Nadal wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek mamy osoby, które wymagają pomocy i wsparcia związanego z ich stanem zdrowia: 36% zakażonych wirusem HIV, a 50% HCV podejmuje zachowania ryzykowne – 22% używa wspólnej igły, a 25% wspólnej strzykawki. Ponadto są to osoby, które sięgają po nowe substancje psychoaktywne. W efekcie wiąże się to z większą liczbą dziennych iniekcji. Wyniki analiz istniejących danych wskazują na zmiany w grupach użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Skala używania NSP wśród młodzieży nie jest już tak duża, jak była w 2010 roku, z drugiej strony osoby używające narkotyków w iniekcjach w coraz większym stopniu sięgają po nowe substancje psychoaktywne. Warto zatem rozważyć wprowadzenie działań ukierunkowanych na konkretne grupy, jak np. programy redukcji szkód adresowane do użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Wysokie wskaźniki interwencji medycznych oraz niskie wskaźniki używania NSP wśród młodzieży mogą skłonić do konkluzji, że mimo iż nowe substancje psychoaktywne nie są już tak rozpowszechnione jak w roku 2010, to jednak ryzyko ich przedawkowania wydaje się obecnie wyższe. Pojawienie się nowych fentanili na rynku nowych substancji może być kolejnym elementem powodującym wzrost ryzyka przedawkowania.

Przypisy

- ¹ Raport z pierwszych badań dostępny jest na stronie CINN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=216384
- ² Wyniki badania są dostępne na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=928538
- ³ Raport z badania Fundacji CBOS dostępny jest pod linkiem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1150305
- ⁴ Raport z badań dostępny jest na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1262448
- ⁵ Osoby zainteresowane programami profilaktycznymi i materiałami edukacyjnymi mogą znaleźć materiały opracowane i zlecone do opracowania przez KBPN na stronie: http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, w tym między innymi program profilaktyki uniwersalnej „Smak życia, czyli debata o dopalaczach” http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1244472. Od początku 2009 roku działa strona KBPN dotycząca „dopalaczy”: <http://dopalaczeinfo.pl/>
- ⁶ Raport z kontroli NIK jest dostępny na stronie: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przeciwdzialaniu-sprzedazy-dopalaczy.html>

TEMATYKA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA KONFERENCJACH W 2017 ROKU



Pod koniec 2017 roku odbyło się kilka konferencji zorganizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub z jego udziałem, podczas których poruszono tematykę nowych substancji psychoaktywnych, czyli „dopalaczy”.

Pierwsza konferencja, pt. „Nowe substancje psychoaktywne – wyzwanie dla monitorowania, badań i polityki”, odbyła się w dniach 18-19 września i została zorganizowana przez fundację Res Humanae w ramach konkursu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z Narodowego Programu Zdrowia¹. Pracownicy KBPN przedstawili na niej kilka prezentacji i poprowadzili kilka sesji dotyczących NSP. W spotkaniu udział wzięło 180 osób, w tym eksperci z EMCDDA, Komisji Europejskiej oraz specjaliści z dziesięciu krajów. W czasie dwudniowej konferencji uczestnikom przedstawiono 20 prezentacji, z których połowę przygotowali goście zagraniczni. Wkładem KBPN w konferencję była m.in. prezentacja wyników badania I-TREND², które w Polsce zostało zrealizowane przez Uniwersytet SWPS. Pod koniec zeszłego roku ukazała się publikacja zawierająca wyniki tego międzynarodowego badania dotyczącego nowych substancji psychoaktywnych

w Polsce, Francji, Czechach oraz Holandii. Szczegółowe informacje o wynikach badania można znaleźć na stronie internetowej Centrum Informacji KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=1280665>.

Jedną z sesji konferencji dotyczyła rozwiązań prawnych stosowanych w Wielkiej Brytanii oraz Irlandii wprowadzonych w związku z „dopalaczami”. W krajach tych zdelegalizowano wszystkie substancje psychoaktywne, które nie są regulowane odrębnymi przepisami. Rozwiązania z zakresu „blanket ban” zostały zaprezentowane przez ekspertów z Wielkiej Brytanii i Irlandii. Tego typu rozwiązania funkcjonują również w Rumunii. W Polsce „blanket ban” został oparty na prawie administracyjnym. Jednym z powodów wprowadzenia tego typu prawa były problemy z zastosowaniem prawa generycznego wobec syntetycznych kanabinoidów. W efekcie Wielka Brytania wdrożyła w 2016 roku nowe rozwiązania prawne tzw. blanket ban. Wcześniej, to jest w 2010 roku, Irlandia zastosowała „blanket ban”, gdy rozwiązania prawa generycznego okazały się nieskuteczne w walce ze sklepami stacjonarnymi. Te rozwiązania prawne doprowadziły m.in. do zamknięcia sklepów stacjonarnych w Wielkiej Brytanii. Jednak według prezentacji eksperta z Manchesteru po zamknięciu sklepów pojawił się problem z używaniem syntetycznych kanabinoidów przez osoby bezdomne, a handel nowymi substancjami psychoaktywnymi przeniósł się na ulice miast.

Temat doświadczeń różnych krajów w obszarze zmagania z „dopalaczami” był kontynuowany na kolejnej konferencji finansowanej przez KBPN ze środków Narodowego Programu Zdrowia. Międzynarodowa konferencja „Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym: monitorowanie, profilaktyka oraz redukcja szkód”³ została zorganizowana przez Res Humanae w październiku 2017 roku w Warszawie. Jedną z sesji, moderowanych przez pracowników KBPN, była poświęcona nowym substancjom psychoaktywnym. W trakcie tej sesji Krajowy Koordynator ds. Narkotyków z Łotwy przedstawił działania tamtejszych władz przeciw „dopalaczom”. Łotwa rozpoczęła walkę z tymi substancjami od wprowadzenia rozwiązań z zakresu prawa generycznego w 2013 roku (17 grup substancji) i czasowej kontroli nowych substancji pojawiających się na rynku. Podobnie jak w Polsce zastosowano prawo administracyjne. Na podstawie decyzji łotewskiego Focal Pointa

NSP były obejmowane czasową kontrolą już niemal w ciągu kilku dni. Za złamanie czasowego zakazu groziły kary finansowe. Nowe rozwiązania nie zahamowały rozwoju rynku nowych substancji, ponieważ kary finansowe nie były wystarczającym narzędziem, które mogłoby doprowadzić do zamknięcia sklepów. W związku ze wzrostem liczby zgonów i liczby sklepów oferujących NSP, w kwietniu 2014 roku wprowadzono nowe przepisy, mówiące o odpowiedzialności karnej za naruszenie tymczasowego zakazu sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych, co pozwoliło na zamknięcie sklepów (w tym czasie działało ponad 40 sklepów, głównie w Rydze) i zmniejszenie problemów zdrowotnych. Obecnie łotewskie przepisy oparte są na następujących aktach prawnych: ustawie o legalnym obrocie środkami odurzającymi i psychotropowymi oraz produktami leczniczymi (znowelizowana w 2013 roku), Kodeksie karnym (znowelizowany w 2014 roku) oraz Kodeksie administracyjnym wykroczeń (znowelizowany w 2014 roku).

Kolejna konferencja, zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w listopadzie 2017 roku pn. „Monitorowanie oraz przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym”, również spotkała się z dużym zainteresowaniem uczestników. Kilka prezentacji przedstawili przedstawiciele Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) – agencji Komisji Europejskiej w obszarze problemu narkotyków i narkomanii. W czasie dwudniowej konferencji przedstawiono wyniki najnowszych badań i dyskutowano na temat współpracy międzynarodowej w obszarze przeciwdziałania narkomanii z udziałem ponad 20 zagranicznych ekspertów. Według danych EMCDDA tylko w 2016 roku za pośrednictwem Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania⁴ wykryto po raz pierwszy 66 nowych substancji psychoaktywnych, to więcej niż średnio jedna na tydzień. Choć wskaźnik ten świadczy o spowolnieniu tempa wprowadzania na rynek nowych substancji (w 2015 roku wykryto ich aż 98), to jednak ogólna liczba dostępnych obecnie substancji nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Do końca 2016 roku EMCDDA monitorowała ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych (w 2013 roku było ich około 350). Zdaniem Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii na spowolnienie procesu wykrywania NSP w Europie wpływ ma wiele czynników. Przede wszystkim wprowadzenie nowych przepisów prawnych w niektórych państwach członkowskich (m.in. zakazy ogólne „blanket

ban”, kontrola w oparciu o definicje rodzajowe i analogiczne) doprowadziło do powstania bardziej restrykcyjnego otoczenia prawnego, które może skutecznie zniechęcać producentów do zabawy „w kotka i myszkę” z organami regulacyjnymi, w której innowacje pozwalają zawsze o krok wyprzedzać przepisy regulujące kontrole. Ponadto EMCDDA wskazuje, że operacje organów ścigania i kontrole, których celem są laboratoria NSP w Chinach, również mogły przyczynić się do tego spowolnienia. W sesji poświęconej NSP, moderowanej przez pracownika KBPN, udział wzięli eksperci z Instytutu Ekspertyz Sądowych i Narodowego Instytutu Leków.

Prezentacje przedstawiceli IES poświęcone były problemom analitycznym w identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych w produktach typu „dopalacze” oraz w materiale biologicznym. Z kolei ekspertka z NIL przedstawiła m.in. informacje na temat nowych groźnych opioidów z grupy fentanyli. Fentanyl oraz niektóre jego analogi strukturalne podlegają kontroli na mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jako środki odurzające grupy I-N. Fentanyl działa ok. 100 razy silniej niż morfina⁵. Używany jako narkotyk jest bardzo niebezpieczny ze względu na szybkie działanie uzależniające i łatwość przedawkowania.

Warto wspomnieć, że pod koniec 2017 roku pracownicy KBPN prezentowali wyniki badań i analiz dotyczących NSP na jeszcze kilku konferencjach: 24 listopada w Poznaniu na XVIII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej TYTOŃ A ZDROWIE – „Współczesne oblicza alkoholu, narkotyków i tytoniu”, 5 grudnia w Warszawie na XXIV KONFERENCJI „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” oraz podczas konserwatorium zorganizowanego 16 grudnia w Warszawie przez Wyższą Szkołę Przymierza Rodzin.

Przypisy

¹ Program konferencji znajduje się na stronie internetowej CINN KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=1251432>

² Wybrane wyniki badania I-TREND były prezentowane w artykule A. Malczewski, P. Sałustowicz, „I-Trend badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 4/2015.

³ Program konferencji znajduje się na stronie internetowej CINN KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=1251432>

⁴ System Wczesnego Ostrzegania koordynowany jest w Polsce przez KBPN.

⁵ Artykuł zawierający informacje o „dopalaczach” z grupy nowych fentanyli (A. Malczewski, „Nowe substancje psychoaktywne – coraz groźniejsze”) ukazał się w nr 4/2017 Serwisu Informacyjnego Uzależnienia.

Oprac. Artur Malczewski

Artykuł stanowi część trzecią rozważań na temat najważniejszych etapów modelowego wdrożenia katalogu usług wspierających osoby e-uzależnione bądź zagrożone e-uzależnieniem w polskich gminach i powiatach.

WDRAŻANIE KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU E-UZALEŻNIEŃ W RAMY LOKALNEGO SYSTEMU EDUKACJI CZ. III

Maciej Dębski

Instytut Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego

Prezes Fundacji DBAM O MÓJ Z@SIĘG

Etap piąty – organizacja katalogu usług w zakresie e-uzależnień

Etap organizacji usług w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień można uznać za poziom technicznego ustalania zasad wdrożenia i realizacji katalogu. Etap ten zaczyna się w momencie, kiedy decydent przyjmuje projekt katalogu usług, to jest uznaje zawartość merytoryczną dotyczącą kształtu planowanych działań i zasad ich wdrożenia. W tym czasie należy pamiętać, aby przedstawiciel lokalnych struktur władzy zabezpieczył w sposób formalny (uchwała rady gminy/miasta/powiatu) zasoby niezbędne do wdrożenia usług, w tym środki finansowe, zasoby kadrowe itp. Główne etapy procesu organizacji katalogu usług można określić następująco:

- **ustalenie warunków wdrożenia usługi:** dokumentem regulującym tę część procesu organizacji usługi jest spis istotnych warunków zamówienia bądź specyfikacja konkursu. Organizacja katalogu usług to nic innego jak zlecenie realizacji poszczególnych działań poprzez:
 - realizację usługi w drodze konkursu,
 - realizację usługi w drodze przetargu (zakup usług skierowanych do osób e-uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem),
 - realizację usług do ceny poniżej kwoty przetargowej,
 - realizację usług finansowanych ze środków UE,
 - realizację usług w ramach środków i zasobów wydziału edukacji/oświaty,

- realizację usług w ramach środków i zasobów innych jednostek samorządu terytorialnego (np. ze środków ośrodka pomocy społecznej, systemu ochrony zdrowia),
- **wyłonienie realizatora i zakontraktowanie usługi:** na tym etapie należy dokonać ostatecznego wyłonienia realizatora poszczególnych usług zmierzających do rozwiązania problemu e-uzależnień oraz ostatecznie je zakontraktować. Na tym etapie bardzo istotną kwestią jest również potrzeba weryfikacji spójności zakontraktowanej usługi z zapisami zawartymi w dotychczas opracowanym projekcie usługi. Innymi słowy chodzi o odpowiedzenie na pytanie, czy warunki zawartego kontraktu na wdrożenie usługi ujmuje kryteria i formy zawarte w wypracowanym i przyjętym projekcie usługi. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, aby wyłoniony realizator pozostawał w sieci z innymi zasobami/instytucjami/osobami bądź został dobrze wdrożony w już istniejącą sieć współpracy,
- **publiczne rozpowszechnienie informacji o wybranym realizatorze usługi:** na etapie organizacji usługi należy zapewnić równy dostęp do usługi dla potencjalnych zleceniobiorców poprzez odpowiednie rozpowszechnienie informacji o zamawianej usłudze, przekazanie informacji co do trybu wyłonienia zleceniobiorcy, jak również o środkach przekazanych na realizację usługi,
- **ostateczne przygotowanie usług w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień do wdrożenia.**

Odpowiedzialność za realizację działań w zakresie wdrażania *Modelu* powinna w dużej mierze spocząć na gminie/powiecie oraz na przedstawicielach środowiska szkolnego, w szczególności na: nauczycielu-wychowawcy, psychologu, pedagogu szkolnym, specjalistach reprezentujących poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz specjalistach terapii uzależnień. Poniżej rozpisano podstawowe role i zadania najważniejszych osób, które powinny być zaangażowane w modelowe wdrażanie usług społecznych w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień w ramy lokalnego systemu edukacji (Dębski, 2017, s. 43).

NAUCZYCIEL-WYCHOWAWCA

- jest osobą mającą najczęstszy kontakt z uczniem, może dokonywać codziennej i bieżącej obserwacji zachowań przejawianych przez ucznia,
- jest osobą kontaktującą się z innymi nauczycielami, którzy przekazują mu informacje na temat zachowań ucznia na wszystkich zajęciach lekcyjnych,
- w ramach swoich kompetencji może podjąć indywidualną rozmowę z uczniem dotyczącą jego zachowań wskazujących na nadmierne korzystanie z internetu bądź urządzeń elektronicznych,
- powinien umiejętnie odczytywać pierwsze symptomy związane z problemem e-uzależnienia,
- powinien być w stałym kontakcie z rodzicem ucznia bądź jego prawnym opiekunem, a w szczególnych wypadkach powinien podjąć z nimi rozmowę,
- mając uzasadnione podejrzenia związane z e-uzależnieniem nauczyciel-wychowawca kieruje ucznia do psychologa/pedagoga szkolnego.

PEDAGOG/PSYCHOLOG SZKOLNY

- jest pierwszym specjalistą, który powinien bardzo dobrze znać się na problemie e-uzależnienia,
- w ramach swoich obowiązków podejmuje konsultacje psychologiczne bądź pedagogiczne z uczniem, starając się zebrać pierwsze informacje o uczniu,
- powinien posiadać narzędzia do diagnozowania problemu e-uzależnienia,
- konfrontuje wiedzę zebraną od nauczyciela-wychowawcy i innych nauczycieli z postawą i treściami przekazywanymi przez samego ucznia,

- cyklicznie spotyka się z uczniem w oparciu o przygotowany wspólnie z nim plan pomocy,
- kieruje ucznia do poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu postawienia diagnozy psychologicznej bądź pedagogicznej i głębszej pracy nad problemem e-uzależnienia.

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

- diagnozowanie dzieci i młodzieży, w tym:
 - rozpoznanie indywidualnej, rodzinnej i społecznej sytuacji młodzieży, w tym sytuacji związanej z nadmiernym korzystaniem z urządzeń elektronicznych oraz internetu,
 - wstępna diagnoza stanu psychicznego i poziomu zagrożenia problemem e-uzależnienia,
 - psychoedukacja dotycząca mechanizmów związanych ze zjawiskiem e-uzależnienia,
 - dostarczenie informacji w zakresie dodatkowych źródeł i form pomocy w przypadku zaburzeń związanych z korzystaniem z internetu i urządzeń elektronicznych,
- realizowanie zadań profilaktycznych wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych poprzez:
 - prowadzenie grup wsparcia dla nauczycieli i wychowawców: zajęcia odbywane w szkole na zaproszenie dyrektora szkoły,
 - prowadzenie superwizji grupowej dla pedagogów, psychologów szkolnych, pomoc w opracowywaniu planów działań wspierających dla uczniów posiadających opinię poradni,
 - podejmowanie interwencji kryzysowej,
 - prowadzenie warsztatów dla dzieci i młodzieży z zakresu profilaktyki e-uzależnień,
 - prowadzenie porad i konsultacji,
 - prowadzenie wykładów i prelekcji w zakresie profilaktyki e-uzależnień,
 - prowadzenie działalności informacyjno-szkoleniowej w zakresie profilaktyki e-uzależnień,
 - zaangażowanie w realizację szkolnych programów profilaktycznych w zakresie problemu e-uzależnień,

- prowadzenie oddziaływań edukacyjnych dla rodziców w kierunku ograniczenia problemu e-uzależnienia, np. prowadzenie szkół dla rodziców,
- kierowanie ucznia na terapię indywidualną bądź grupową do poradni leczenia uzależnień behawioralnych.

PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

- psychoterapia indywidualna dla osoby e-uzależnionej:
 - nauka sposobów radzenia sobie z „głodem”,
 - zdobycie informacji na temat choroby uzależnienia,
 - wypracowanie nowych, konstruktywnych sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami nadmiernego korzystania z internetu i urządzeń,
 - wypracowanie „wizji” świadomego życia poza sferą oddziaływania mediów cyfrowych,
- psychoterapia indywidualna dla rodzin osób e-uzależnionych:
 - uzyskanie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia i mechanizmów nim rządzących,
 - zdobycie informacji na temat współuzależnienia,
 - zdobycie informacji na temat metod leczenia uzależnień,
 - nauka konstruktywnego radzenia sobie z lękiem, złością i stresem,
 - zdobycie umiejętności brania odpowiedzialności za siebie i swoje życie,
 - poprawa relacji z bliskimi,
- terapia grupowa nastawiona na psychoedukację osób e-uzależnionych:
 - praca nad motywacją do podjęcia i kontynuowania leczenia,
 - edukacja na temat choroby uzależnienia,
 - zwiększenie zdolności do rozpoznawania i uznania swojego uzależnienia,
 - zwiększenie umiejętności radzenia sobie z głodem i objawami abstynencyjnymi,
 - zwiększenie umiejętności rozumienia siebie i innych, tworzenie konstruktywnych wizji życia poza sferą oddziaływania mediów cyfrowych,
- terapia grupowa nastawiona na psychoedukację dla rodzin osób e-uzależnionych:
 - psychoedukacja na temat funkcjonowania osoby uzależnionej, objawów uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych, mechanizmów uzależnienia, współuzależnienia,

- rozpoznawanie własnego uwikłania w uzależnienie osoby bliskiej,
- zmiana destrukcyjnych przekonań i wypracowanie nowych, konstruktywnych sposobów poradzenia sobie z kryzysem w rodzinie w związku z uzależnieniem członka rodziny,
- terapia grupowa pogłębiona dla osób e-uzależnionych:
 - utrzymanie i wzmocnienie życia poza sferą oddziaływania mediów cyfrowych,
 - pogłębienie samoświadomości zarówno w relacji z samym sobą, jak i w relacjach z innymi ludźmi.

Etap szósty – realizacja i użytkowanie katalogu usług

Etap realizacji i użytkowania usług nakierowanych na rozwiązywanie problemu e-uzależnień zawiera zespół czynności podejmowanych przez zleceniobiorcę usługi, które mają w konsekwencji doprowadzić do ograniczenia skali osób patologicznie korzystających z narzędzi nowoczesnych technologii. Na tym etapie spotykają się zarówno zleceniobiorcy (podmioty realizujące/dostarczające usługę do odbiorców), jak również użytkownicy usługi. Do głównych celów szóstego etapu wdrażania *Modelu* zaliczyć należy:

- **ustalenie przez zleceniobiorcę usługi sposobu weryfikacji adekwatności i skuteczności podejmowanych czynności w ramach prowadzenia polityki edukacyjnej w zakresie problematyki e-uzależnień:** na tym etapie wdrażania *Modelu* do lokalnego systemu edukacji chodzi przede wszystkim o wypracowanie procedur i działań niezbędnych do dokonywania autoewaluacji realizowanego katalogu usług. Ustalenie sposobu weryfikacji adekwatności i skuteczności podejmowanych czynności wydaje się być o tyle niezbędne, o ile stwarza możliwość reagowania „na bieżąco” problemy wynikające z wdrażania *Modelu*,
- **zabezpieczenie realizacji usługi:** chodzi o zabezpieczenie technicznych aspektów wdrożenia katalogu usług, jak również o zabezpieczenie odpowiedniego przepływu środków finansowych i zasobów kadrowych, aby na stałe osadzić realizowane działania w systemie edukacji. Nie bez znaczenia wydaje się być również potrzeba zapewnienia odpowiedniej koordynacji wykonania poszczególnych usług,

- **zapewnienie przestrzeni do wymiany informacji pomiędzy instytucjami/organizacjami wdrażającymi *Model* a użytkownikami poszczególnych usług:** na etapie realizacji katalogu usług należy zapewnić przestrzeń do wspólnych działań między realizatorami a użytkownikami w postaci opracowania narzędzi monitorujących usługę „on-going”.

Etap siódmy – ewaluacja usługi

W ten etap powinni być zaangażowani wszyscy interesariusze, którzy pojawili się na różnych etapach procesu wdrażania *Modelu* do lokalnego systemu edukacji (społeczność lokalna, rodzice, uczniowie, przedstawiciele władz gminy/powiatu, eksperci zewnętrzni). Głównym celem tego etapu jest sprawdzenie, na ile wdrażane usługi nakierowane na rozwiązywanie problemu e-uzależnień są skuteczne, adekwatne, i czy odbiegają one od przyjętych w projekcie usługi założeń i wymagań. Dokonana ewaluacja powinna być kontekstowo połączona z diagnozą w zakresie problematyki e-uzależnień, jak również z komunikatami płynącymi od osób kluczowych w tym zakresie. Wyniki ewaluacji powinny być dostarczone do wszystkich poziomów wdrożenia usługi z zabezpieczeniem możliwości korekt również na wszystkich poziomach życia usługi, począwszy od jej programowania aż do wdrożenia. Etap ewaluacji usługi to miejsce do wprowadzania ustawicznych zmian w dotychczas funkcjonującym standardzie pracy z osobami e-uzależnionymi bądź zagrożonymi uzależnieniem.

Podsumowanie

Realizacja poszczególnych etapów *Modelu* jest procesem rozciągającym w czasie, zaś jego głównym założeniem jest ciągle rozwijanie i doskonalenie metod pracy na rzecz osób e-uzależnionych bądź zagrożonych e-uzależnieniem. Oznacza to, że należy dążyć do takiej sytuacji, w której to katalog wdrożonych usług będzie wraz z upływem czasu realizowany na coraz wyższym poziomie, albo też zachowa swoją wysoką jakość realizacji na ustalonym i zadowalającym poziomie. Może również dojść do takiej sytuacji, w której gmina/powiat zdecyduje się wycofać z dalszego wdrażania *Modelu*, gdyż problem osób e-uzależnionych i zagrożonych e-uzależnieniem wytraci swoją dynamikę bądź zniknie

całkowicie. O dalszych losach katalogu usług społecznych powinny przesądzać wyniki dokonywanych ewaluacji oraz doświadczenia własne gminy/powiatu. Zaprezentowany schemat wdrażania usług społecznych w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień w ramy lokalnego systemu edukacji wskazuje, iż cykl siedmiu omówionych etapów jest cyklem powtarzającym się w czasie. Bez względu na dalsze losy działań nakierowanych na rozwiązywanie problemu e-uzależnień przyznać należy, że wypracowany *Model* oraz sam katalog usług nie jest dany raz na zawsze, i jako taki powinien być ciągle monitorowany, poddawany ewaluacji, a w razie potrzeby zmieniany i dostosowywany do lokalnych potrzeb zarówno lokalnych systemów edukacji, globalnych zmian zachodzących w społeczeństwie cyfrowym, jak również do zmian zachodzących w samym rozwoju nowych technologii. Instytucją koordynującą i liderującą wprowadzaniu usług w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień w gminie/powiecie mógłby być wydział edukacji/oświaty. Pomimo wielu zalet takiego rozwiązania, poszukujemy się na zakończenie o wskazanie kilku najbardziej istotnych postulatów, o których powinny pamiętać organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze oraz podmioty prywatne (dalej interesariusze), które chciałyby być zaangażowane we wdrażanie *Modelu*. Najważniejsze kwestie to:

- interesariusze powinni realizować poszczególne elementy katalogu usług w ścisłej współpracy z wydziałem edukacji/oświaty,
- interesariusze powinni na bieżąco wymieniać się informacjami w zakresie powodzenia bądź niepowodzenia we wdrażaniu *Modelu*,
- interesariusze powinni na bieżąco prowadzić własne diagnozy, uaktualniając w ten sposób bazę wiedzy o problemie e-uzależnień,
- interesariusze w swoich oddziaływaniach powinni podejmować czynności nie tylko w obszarze profilaktyki, ale również leczenia i integracji,
- kadra będąca przedstawicielami poszczególnych interesariuszy powinna być stale wspierana i doszkalana w zakresie problematyki e-uzależnień,
- interesariusze przy budowaniu zespołu osób zaangażowanych we wdrażanie *Modelu* muszą pamiętać, iż zespół ten powinien działać trwale, niezależnie od realizowanych projektów. Jedynie zanik problemu

e-uzależnień wydaje się być wystarczającym powodem, aby taki zespół rozwiązać,

- interesariusze realizujący działania zawarte w katalogu usług powinni współpracować z maksymalną liczbą usługodawców, dbając tym samym o ciągłe rozwijanie sieci podmiotów zaangażowanych w rozwiązywanie problemu e-uzależnień. Powstała w gminie swego rodzaju sieć wsparcia, powinna być siecią formalną, stale spotykającą się, mającą swój regulamin i jasno sprecyzowane cele i zadania,
- interesariusze w ramach współpracy powinni wypracowywać nowe narzędzia pracy na rzecz osób e-uzależnionych,
- interesariusze powinni być świadomi, że wdrażany katalog usług na rzecz rozwiązywania problemu e-uzależnień może być narzędziem stymulującym rozwój innych kluczowych usług społecznych, np. w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

Na zakończenie warto wskazać, że włączenie na stałe usług rozwiązujących problem e-uzależnień w skład

systemowych narzędzi edukacyjnych jest przede wszystkim procesem, który:

- ma swój określony początek i koniec (musi być zaplanowany),
- jest określony w czasie rzeczywistym (ale musi czerpać z dotychczasowych doświadczeń i wybiegać w przyszłość),
- wymaga określonych nakładów pracy (w postaci jasno określonych działań, zadań oraz przydzielonych ról),
- wymaga określonych nakładów finansowych (które należy przewidzieć i założyć w sposób realny, a nie idealny),
- wymaga ciągłego monitorowania i ewaluacji,
- zmienia rzeczywistość odbiorców usługi oraz całego systemu wsparcia osób zagrożonych e-uzależnieniem oraz już uzależnionych.

Bibliografia do artykułu jest dostępna w redakcji.

Tabela 1. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie organizacji usługi.

Niezabezpieczenie przez przedstawiciela lokalnych struktur władzy w sposób formalny (uchwała rady gminy/miasta) zasobów niezbędnych do wdrożenia usługi.
Problem z ustaleniem zasad i warunków wdrożenia usług zmierzających do rozwiązania problemu e-uzależnień.
Problem z ustaleniem trybu wdrożenia usługi – problem zasobów kadrowych, zasobów wiedzy, zasobów finansowych i innych narzędzi niezbędnych do wdrożenia przez organizację/institucję/podmiot katalogu usług.
Brak podmiotów/organizacji/institucji/firm do przejścia odpowiedzialności za wdrożenie poszczególnych usług.
Problem z ostatecznym wyłonieniem realizatora usług.
Zagrożenie związane z negatywną weryfikacją spójności zakontraktowanej usługi z zapisami zawartymi w dotychczas opracowanym projekcie usługi.
Funkcjonowanie konkurujących ze sobą instytucji/organizacji podejmujących działania w zakresie problematyki e-uzależnień, silne skoncentrowanie organizacji na celach własnych.
Niechęć władz samorządu lokalnego do dalszego wdrażania <i>Modelu</i> .

Tabela 2. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie realizowania i użytkowania usługi.

Brak wypracowania narzędzi autoewaluacji i automonitoringu wykonywanej pracy.
Brak zabezpieczenia realizacji usługi w przyszłości.
Nieumiejętność wypracowania relacji partnerskiej pomiędzy instytucją/organizacją realizującą a użytkownikiem usługi.
Realizacja katalogu usług bez uwzględnienia potrzeb i głosu adresatów, do których usługa jest kierowana.
Zagrożenie związane z negatywną weryfikacją spójności zakontraktowanej usługi z zapisami zawartymi w dotychczas opracowanym projekcie usługi.
Funkcjonowanie konkurujących ze sobą instytucji/organizacji podejmujących działania w zakresie problematyki e-uzależnień, silne skoncentrowanie organizacji na celach własnych.
Niechęć władz samorządu lokalnego do dalszego wdrażania <i>Modelu</i> .

Diagramy do artykułu Macieja Dębskiego

Diagram 1. Możliwy zakres ewaluacji katalogu usług nakierowanych na rozwiązywanie problemu e-uzależnień.

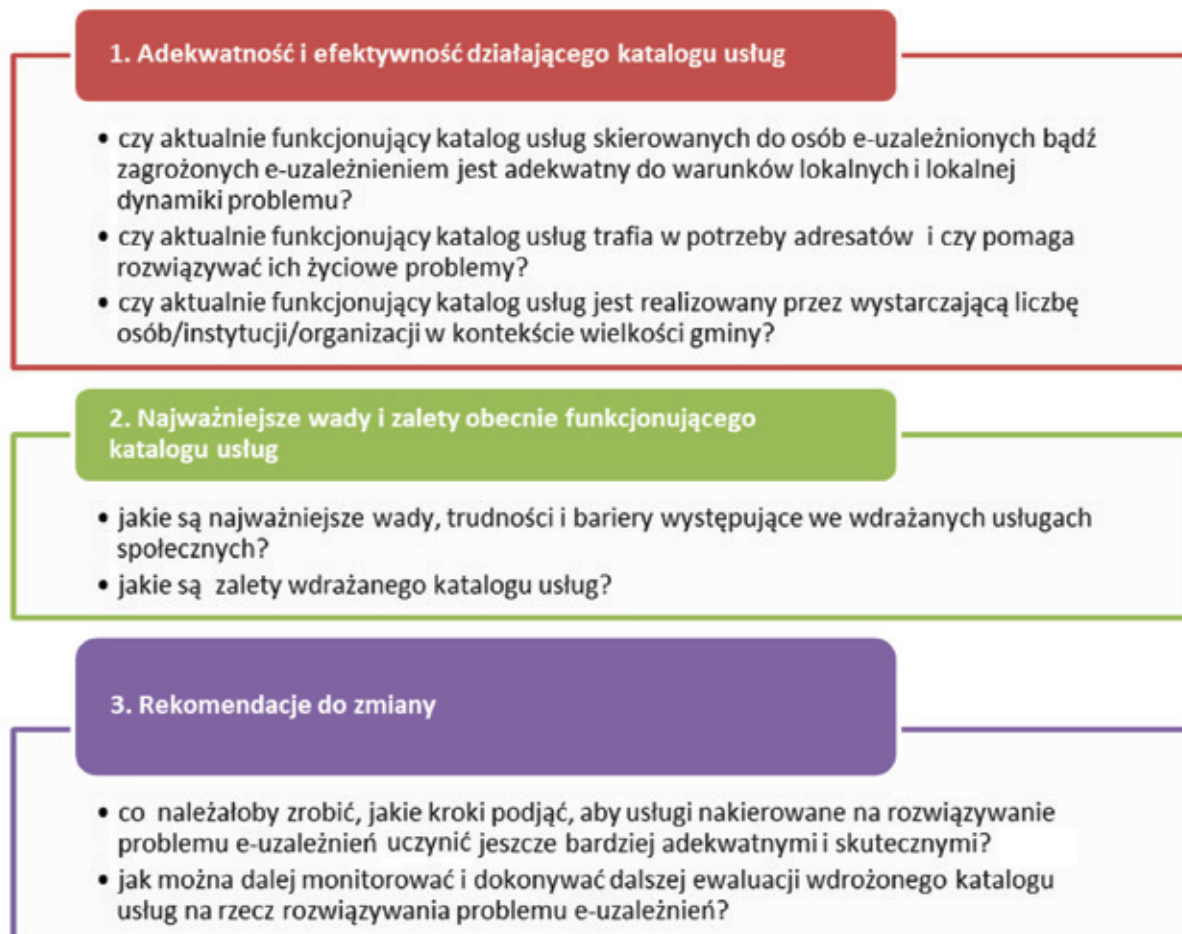
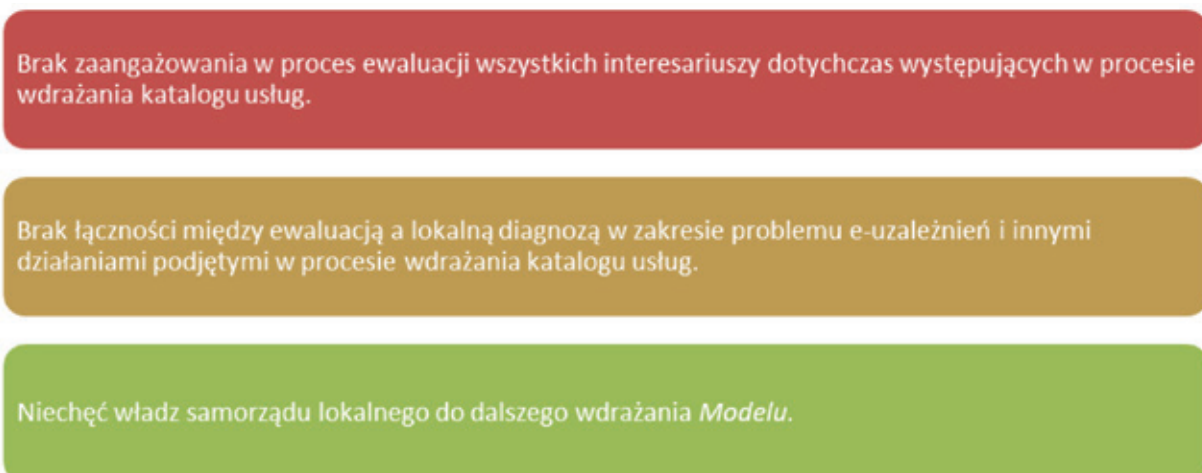


Diagram 2. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie ewaluacji usługi.



PORTAL POŚWIĘCONY UZALEŻNIENIOM BEHAVIORALNYM

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE
 PATOLOGICZNY HAZARD SIECIOHOLIZM ZAKUPHOLIZM SEKSOHOLIZM PRACOHOLIZM ZABURZENIA 002

TELEFON ZAUFANIA
801 889 880
 czynny codziennie w godz. 17-22

POLUB NAS NA FACEBOOKU
 facebook

RAPORTY Z BADAŃ - DO POBRANIA

DOMIESIENIA Z BADAŃ

PUBLIKACJE

PORADNIA ONLINE

SERWIS INFORMACYJNY UZALEŻNIENIA

ZNAJDZ OŚRODEK

MATERIAŁY FILMOWE

NAJNOWSZE ARTYKUŁY

PATOLOGICZNY HAZARD
 zobacz więcej
 Przegrałem pół życia

SEKSOHOLIZM
 zobacz więcej
 Władzi uzależnieni od porrografii

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE > PORADNIA ONLINE >

PARADNIA ONLINE

Ekspertami udzielającymi porad są: TERAPEUTA, PSYCHOLOG, PRAWNIK, PEDAGOG

Odpowiedzi są wysyłane zazwyczaj już na następnego dzień po wplynięciu pytania, może się jednak zdarzyć, że trzeba będzie na nie poczekać 2-3 dni. Prosimy o cierpliwość.

Zapraszamy również do kontaktu z naszym specjalistą on-line poniżej znajduje się lista działów poradni wraz z ich statusem.

TERAPEUTA	PSYCHOLOG	PRAWNIK	PEDAGOG
Jestem offline zadaj pytanie	Jestem offline zadaj pytanie	Jestem offline zadaj pytanie	Jestem offline zadaj pytanie

GRAFIK DYŻURÓW PORADNI ONLINE

PSYCHOLOG				
Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
kontakt przez formularz	kontakt przez formularz	20:00-22:00	18:00-21:00	kontakt przez formularz

W konsekwencji powołania w 2011 roku Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych powstał, współfinansowany przez Fundusz, internetowy portal poświęcony uzależnieniom behawioralnym – uzaleznieniabehawioralne.pl.

Portal był prezentowany w Serwisie Informacyjnym Narkomania nr 2/2012. Od tego czasu rozwinął się, wprowadzono nowe działy, znacznie rozbudowano bazę wiedzy. Serwis prowadzi Fundacja Studio Psychologii Zdrowia.

Na stronach można znaleźć informacje na temat różnych uzależnień behawioralnych, poczynając od tych powszechnie znanych – hazardu, sieciologii, pracoholizmu, zaburzeń odżywiania, a kończąc na takich, jak na przykład uzależnienie od ćwiczeń fizycznych, bigoreksja (nadmierna dbałość o tężyznę fizyczną), samookaleczanie się i inne. Struktura prezentacji poszczególnych typów uzależnień jest podobna. Przy większości umieszczono odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania (FAQ). W sekcji „O uzależnieniu” wyjaśnione są podstawowe kwestie na temat każdego typu problemów. Zaprezentowano najpopularniejsze testy diagnostyczne. Scharakteryzowano działania terapeutyczne, opisane w kontekście mechanizmów odpowiedzialnych za poszczególne typy uzależnień. Poradnik rodzica zawiera konkretne informacje dotyczące m.in. wskaźników zagrożenia, działań zabezpieczających, ostrzeżeń przed postępowaniem, które może zwiększyć niebezpieczeństwo wejścia przez dziecko w uzależnienie. Przytoczono dane z raportów z badań. Zaprezentowano komentarze ekspertów. I wreszcie każde uzależnienie zostało przedstawione w formie studiów przypadków – prawdziwych historii osób mających problemy.

Istotnym elementem portalu jest poradnia on-line, w której ekspertami są terapeuta, psycholog, prawnik i pedagog. Możliwy jest kontakt on-line w godzinach dyżurów ekspertów lub zadanie pytania poprzez formularz.

Portal udostępnia także wyszukiwarkę placówek pomocowych w zakresie uzależnień – zarówno behawioralnych, jak i chemicznych. W bazie znajduje się ponad 340 placówek. Wyszukiwarka umożliwia zastosowanie kilku filtrów. Można wpisać miasto lokalizacji placówki, wybrać województwo, formę własności, możliwość refundacji kosztów przez NFZ, charakter oraz rodzaj oferowanej terapii, typ leczonych zaburzeń.

Oddzielny dział prezentuje publikacje książkowe poświęcone problematyce uzależnień behawioralnych. Większość pozycji jest dostępna w wersji elektronicznej, każda jest opatrzona informacją, do jakiej grupy odbiorców jest adresowana (profesjonaliści, rodzice, populacja ogólna).

Powyższy opis nie wyczerpuje zawartości portalu. Po szczegóły zapraszamy na strony serwisu.

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
 ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
 tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
 e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
 www.kbpn.gov.pl

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

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

Egzemplarz bezpłatny
 Numery archiwalne na stronie:
 www.sin.praesterno.pl