



ZAPOBIEGANIE NARKOMANII w GMINIE

**ZASADY TWORZENIA
GMINNYCH PROGRAMÓW
PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII**



ZAPOBIEGANIE NARKOMANII w GMINIE

ZASADY TWORZENIA GMINNYCH PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Redakcja merytoryczna: Anna Hejda, Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Redakcja techniczna: Szymon Apacki

Projekt realizowany w ramach programu *Transition Facility 2004*

**– Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności
w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym**

(PL2004/016-829.05.01.02)

– współfinansowany ze środków Unii Europejskiej i Rządu RP

Beneficjentem projektu realizowanego
przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej
jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

© Copyright by
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54
02-776 Warszawa
www.narkomania.gov.pl

Za treść publikacji odpowiada Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej,
poglądy w niej wyrażone nie odzwierciedlają oficjalnego stanowiska Unii Europejskiej.

Warszawa 2007

ISBN: 978-83-60-760-32-1

Geneza projektu

„Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii – ogólnopolskie szkolenia i kampania promocyjna kierowana do społeczności lokalnych”

Idea tego projektu, adresowanego do samorządów lokalnych, narodziła się w 2004 roku. Wówczas to Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii postanowiło aplikować do funduszy unijnych o środki finansowe na realizację przedsięwzięcia, które miało wzmocnić struktury samorządu gminnego oraz społeczność lokalną w zapobieganiu narkomanii. Komisja Europejska zaakceptowała koncepcję projektu i przyznała fundusze na jego realizację w ramach tzw. Środków Przejściowych (*Transition Facility*), do których Polska ma dostęp po przystąpieniu do Unii Europejskiej. Zgodnie z zasadami finansowania tego typu przedsięwzięć, projekt uzyskał także współfinansowanie Rządu RP w wysokości 15% ogólnej kwoty.

W tym samym czasie, gdy trwały prace koncepcyjne nad projektem, Krajowe Biuro opracowywało założenia nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przyjętej przez Parlament w lipcu 2005 roku. Odpowiadając na wyrażaną przez liczne środowiska – samorządowców, przedstawicieli organizacji pozarządowych i wychowawców – potrzebę podejmowania bardziej systemowych i lepiej ustrukturalizowanych działań w zakresie zapobiegania narkomanii na poziomie samorządu województwa i gminy, obecna ustawa wprowadziła obowiązek uchwalania Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii – odpowiednio przez sejmik województwa i radę gminy. Tym samym nowe przepisy otwierały szeroko drzwi dla praktycznej implementacji idei subsydiarności i partycypacji społecznej, rekomendowanych i wykorzystywanych w wielu obszarach życia społecznego we współczesnych demokracjach. W ten sposób w jednym czasie udało się wprowadzić w życie nowe przepisy oraz pozyskać środki finansowe na wsparcie samorządów gminnych w ich implementacji.

Pozostało znaleźć odpowiedzialnego i doświadczonego w realizacji projektów adresowanych do samorządów lokalnych partnera, który nie tylko udźwignąłby organizacyjny ciężar tak dużego przedsięwzięcia, ale mógłby także twórczo rozwinąć jego podstawowe założenia. Zależało nam, aby z połączenia sił i doświadczeń instytucji i osób znających się na problematyce narkomanii oraz tych mających dorobek w rozwijaniu idei samorządności powstał program, który będzie odwoływał się do najlepszych doświadczeń w tych dziedzinach.

Do realizacji programu wybrano powstałą w 1989 roku Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej – obecnie największą w Polsce organizację pozarządową, działającą na rzecz jednostek samorządu terytorialnego, przedstawicieli władz samorządowych, pracowników urzędów gmin, powiatów i województw. Prowadzi ona działania, mające na celu rozwój sektora organizacji pozarządowych i społeczeństwa obywatelskiego, skierowane m.in. do nauczycieli, młodzieży i przedstawicieli społeczności lokalnych. Wiedza i doświadczenie zespołu Fundacji oraz ekspertów współpracujących zdecydowały o powodzeniu realizacji projektu.

Pragniemy zatem podziękować wszystkim, którzy z zaangażowaniem wdrażali lub wspierali niniejszy projekt: Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej, trenerom, autorom niniejszego podręcznika oraz ekspertom wojewódzkim ds. narkomanii. Chcemy podziękować także wszystkim uczestnikom szkoleń, którzy poprzez swoje zainteresowanie, wnikliwy komentarz i doświadczenie przyczynili się do sukcesu przedsięwzięcia.

Chcemy także wyrazić słowa podziękowania dla Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej oraz dla Funduszu Współpracy (Jednostka Finansująco-Kontraktująca), prowadzących nadzór formalno-finansowy nad projektem – za życzliwość i profesjonalne wsparcie we wszystkich momentach, które tego wymagały.

Krajowe Biuro do Spraw Narkomanii

Spis treści

1.	Wstęp	7
1.1	Narkomania a proces poszerzania Unii Europejskiej <i>Piotr Jabłoński, Jacek Moskalewicz</i>	9
1.2	Cel i adresaci materiałów <i>Anna Hejda</i>	10
1.3	Doświadczenia programu <i>Beata Kozłowska</i>	11
2.	Wprowadzenie do problematyki narkotyków i narkomanii	15
2.1	Kulturowy i prawny status narkotyków. Rys historyczny <i>Krzysztof Krajewski</i>	17
2.2	Podstawowe pojęcia używane w odniesieniu do nielegalnych substancji psychoaktywnych i problemów związanych z ich używaniem <i>Bogusław Habrat</i>	21
2.3	Typy substancji psychoaktywnych i ich działanie farmakologiczne <i>Bogusław Habrat</i>	25
2.4	Epidemiologia narkomanii <i>Janusz Sierosławski</i>	30
2.5	Problem narkotyków i narkomanii a inne problemy w percepcji społecznej <i>Grażyna Świątkiewicz</i>	43
2.6	Reakcje społeczne (postawy, reakcje nieformalne, dylematy etyczne) <i>Grażyna Świątkiewicz</i>	46
3.	Polityka wobec narkomanii	49
3.1	Strategie (ograniczanie popytu, redukcja podaży, minimalizacja szkód) <i>Jacek Moskalewicz</i>	51
3.2	Kontekst międzynarodowy <i>Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska</i>	52
3.3	Prawne aspekty przeciwdziałania narkomanii <i>Bogusława Bukowska</i>	54
4.	Rola i zadania poziomu lokalnego	59
4.1	Gmina płaszczyzną współpracy <i>Anna Hejda, Beata Kozłowska</i>	61
4.2	Zadania ustawowe gminy oraz kierunki wyznaczone przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010 <i>Bogusława Bukowska</i>	62

4.3	Organizacja systemu leczenia, rehabilitacji i opieki postterapeutycznej dla osób używających narkotyki w sposób ryzykowny, szkodliwy i uzależnionych od nich <i>Bogusława Bukowska</i>	64
5.	Przegląd działań o udokumentowanej skuteczności	67
5.1	Profilaktyka i wczesna interwencja <i>Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska</i>	69
5.2	Leczenie farmakologiczne <i>Bogusław Habrat</i>	80
5.3	Leczenie nefarmakologiczne <i>Elżbieta Rachowska</i>	83
5.4	Leczenie pacjentów z tzw. podwójną diagnozą <i>Elżbieta Rachowska</i>	89
5.5	Redukcja szkód i ograniczanie ryzyka <i>Elżbieta Rachowska, Bogusława Bukowska</i>	90
5.6	Integracja społeczna <i>Elżbieta Rachowska, Bogusława Bukowska</i>	93
6.	Wstępna ocena sytuacji, potrzeb i zasobów	95
6.1	Metody oceny epidemiologicznej <i>Janusz Sierosławski</i>	97
7.	Formułowanie Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	111
7.1	Zasady konstruowania programu <i>Grażyna Świątkiewicz</i>	113
7.2	Analiza interesariuszy <i>Beata Kozłowska, Anna Hejda, Piotr Szczęsny, Grażyna Świątkiewicz</i>	115
7.3	Budowanie poparcia politycznego i społecznego dla przyjęcia programu <i>Anna Hejda</i>	121
7.4	Metodologia opracowywania programu <i>Beata Kozłowska</i>	126
7.5	Harmonogram <i>Piotr Szczęsny</i>	145
7.6	Budżet programu <i>Piotr Szczęsny</i>	150
7.7	Zaplecze finansowe <i>Wojciech Lachiewicz</i>	154
7.8	Dodatkowe źródła finansowania działań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii <i>Piotr Szczęsny</i>	158
7.9	Analiza ryzyka, działania zapobiegawcze <i>Beata Kozłowska</i>	169
7.10	Trwałość i rozprzestrzenianie efektów programu <i>Anna Hejda, Beata Kozłowska</i>	174

8.	Wdrażanie, monitorowanie i ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	177
8.1	Koordinacja i zarządzanie <i>Anna Hejda</i>	179
8.2	Monitorowanie programu <i>Beata Kozłowska</i>	181
8.3	Ewaluacja programu <i>Beata Kozłowska</i>	187
8.4	Współpraca międzyinstytucjonalna w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym <i>Gerhard K. Eckstein, Janusz Sierosławski</i>	195
8.5	Rozwiązywanie konfliktów <i>Anna Hejda, Beata Kozłowska</i>	200

1. **Wstęp**



1.1 Narkomania a proces poszerzania Unii Europejskiej

Piotr Jabłoński
Jacek Moskalewicz

Polska, po latach burzliwego rozwoju narkomanii na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, weszła w drugiej połowie lat osiemdziesiątych w okres stabilizacji, a nawet ograniczenia konsumpcji narkotyków. Ponowny wzrost odnotowano dopiero po kilku latach budowy gospodarki rynkowej i postępującej integracji z Unią Europejską – mniej więcej w połowie lat dziewięćdziesiątych. Zdecydowały o tym zapewne wymienialność złotych i intensywna transmisja wzorów kulturowych. Rostał podaż dotychczas trudno dostępnych „prawdziwych” narkotyków, takich jak marihuana, heroina, LSD, kokaina, oraz popyt na nie. Z drugiej strony Polska stała się jednym z poważniejszych dostawców amfetaminy i jej pochodnych oraz krajem tranzytowym w handlu narkotykami. **W dziedzinie narkomanii integracja europejska przyniosła nowe problemy, ale także nowe instrumenty ich rozwiązywania.**

Przystąpienie Polski do Unii wiąże się z przyjęciem obowiązków związanych z aktywnym członkostwem w tej organizacji. Oznacza to m.in. zdolność do uczestniczenia w wymianie informacji i w procesie decyzyjnym na poziomie unijnym oraz współuczestnictwo w wypracowaniu kierunków polityk antynarkotykowych Unii, a także współodpowiedzialność za ich skutki. W okresie przedakcesyjnym Polska zobowiązana była do spełnienia wymagań określonych dla państw członkowskich w dziedzinie narkotyków i narkomanii. Przyjęciu dorobku prawnego Unii (*acquis communautaire*) towarzyszyło powołanie do życia i aktywność instytucji odpowiedzialnych za realizację zadań, będących wspólnym obowiązkiem państw członkowskich. Realizując powyższe wymagania, Polska przyjęła krajową strategię przeciwdziałania narkotykom i narkomanii, spójną ze strategią i planem działania Unii (**Krajowy Program ds. Przeciwdziałania Narkomanii**), powołano **Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii**, jako ciało zapewniające wielostronne podejście do problemu. W celu realizacji potrzeb informacyjnych i ewaluacyjnych powstało **Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii**, działające jako główny punkt kontaktowy (ang. *National Focal Point*) współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Lizbonie i z siecią krajowych punktów kontaktowych REITOX.

Realizacji powyższych zadań służyło korzystanie przez Polskę z merytorycznej i finansowej pomocy międzynarodowej, dostępnej dzięki programowi *PHARE*, a po uzyskaniu członkostwa – z programów *Transition Facility*, w ramach których realizowany jest również ten projekt.

Członkostwo w Unii pozwala nie tylko wykorzystywać programy pomocowe do realizacji wewnętrznych potrzeb Polski, ale nade wszystko umożliwia aktywne uczestnictwo w forach, gdzie problematyka narkotyków jest dyskutowana, co z kolei zapewnia wpływ na kreowanie polityki unijnej i międzynarodowej w dziedzinie tak istotnej dla zdrowia i bezpieczeństwa obywateli naszego kraju.

1.2 Cel i adresaci materiałów

Anna Hejda

Podręcznik ten powstał w ramach programu Wsparcie Województw i Społeczności Lokalnych w Zapobieganiu Narkomanii – Tworzenie Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Pierwsze jego wydanie było podstawą szkolenia przedstawicieli instytucji, którzy w ramach programu tworzyli gminne programy przeciwdziałania narkomanii. Obecne, drugie wydanie jest uzupełnione o doświadczenia tak przedstawicieli jednostek, jak i trenerów oraz konsultantów, biorących udział w programie.

Celem podręcznika jest wyrównanie poziomu wiedzy i jej ujednolicenie wśród przyszłych partnerów tworzących programy: przedstawicieli samorządu, organizacji pozarządowych, grup nieformalnych.

Dzięki informacjom zawartym w materiałach, Czytelnicy uzyskają:

- niezbędną wiedzę merytoryczną, dotyczącą tematyki zapobiegania i ograniczania skutków narkomanii;
- wiedzę dotyczącą analizy i diagnozy sytuacji lokalnej, planowania programów oraz działań;
- wskazówki dotyczące wdrażania, monitorowania oraz oceny programów.

Doświadczenia z realizacji Programu pokazały, że wiedza teoretyczna jest podstawą do tworzenia tego typu programów. Pozwala ona napisać profesjonalny program, dopasowany do zdiagnozowanych potrzeb lokalnej społeczności. Oprócz wiedzy, potrzebna jest także praktyka i umiejętność zastosowania posiadanej wiedzy. Uczestnicy Programu mieli możliwość korzystania z warsztatów, gdzie pod okiem trenerów, w oparciu o dane z własnych jednostek, pisali programy. Adresaci tego podręcznika nie będą mieli możliwości skorzystania z uwag i porad konsultantów. Dlatego powstała idea podręcznika zawierającego nie tylko wiedzę, ale również przykłady. Nie zamieszczamy jednego, wzorcowego, uniwersalnego programu – takiego po prostu nie ma. Uniwersalne są natomiast metody, o których piszemy.

W tekście znajdują się fragmenty programów, które spełniły wymogi Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii. Oprócz przykładów sprawdzonych metod profilaktycznych, Czytelnik znajdzie w podręczniku przykłady poprawnie zdefiniowanych celów, zadań, wskaźników. Wierzymy, że będą one inspiracją do własnych rozwiązań oraz dadzą możliwość sprawdzenia przyjętych zapisów.

Duży nacisk położyliśmy na procesy monitoringu i oceny programów. W tekście przytaczamy przykłady monitoringu i ewaluacji, których zapisy gwarantują to, że programy będą badane pod kątem skuteczności i efektywności. Zapobiegnie to powielaniu w przyszłości działań, które się nie sprawdziły, oraz umożliwi doskonalenie tych, które przyniosły spodziewane rezultaty.

Podręcznik jest zatem praktycznym przewodnikiem, który służy opracowaniu i wdrożeniu programów opartych na solidnej diagnozie, dobrze postawionych celach i zadaniach, które realizowane będą poprzez sprawdzone w praktyce metody.

1.3. Doświadczenia programu

Beata Kozłowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- O trudnościach i zagrożeniach, które zaobserwowali konsultanci/trenerzy (podczas warsztatów i konsultacji) w trakcie pisania Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii.

Składy zespołów

Osoby, uczestniczące w pracach nad gminnym programem przeciwdziałania narkomanii, **reprezentowały różne instytucje**:

- urzędy gmin lub jednostki organizacyjne gmin zajmujące się sprawami uzależnień lub pomocy społecznej (GOPS) – pracownicy, kierownicy GOPS, pełnomocnicy ds. uzależnień, pracownicy lub kierownicy wydziału zdrowia, spraw społecznych, itp.;
- szkoły – pedagodzy, nauczyciele, dyrektorzy szkół, osoby prowadzące świetlice szkolne;
- policję – dzielnicowi, specjaliści ds. prewencji narkotykowej;
- stowarzyszenia zajmujące się przeciwdziałaniem narkomanii, alkoholizmowi;
- ośrodki zajmujące się przeciwdziałaniem uzależnieniom: terapeuci, pracownicy punktów konsultacyjnych;
- Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- rady gmin: przewodniczący rady, radni – członkowie / przewodniczący komisji oświaty.

Zdarzało się, że w zespole nie było żadnego przedstawiciela urzędu lub GOPS-u, albo przedstawiciel ten, pomimo wcześniejszej deklaracji, nie uczestniczył ani w szkoleniach, ani w pracach zespołu. W tych sytuacjach zespół pracujący nad programem miał duże trudności w przedstawieniu wyników swojej pracy przedstawicielom urzędu czy władzy wykonawczej (wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi). Członkowie zespołu otrzymywali informację o braku czasu na zapoznanie się z programem (ten argument był często powtarzany). Pomimo upływu kolejnych, uzgodnionych wcześniej terminów, wójt, burmistrz czy prezydent nie mieli przez kilka miesięcy czasu, aby się spotkać z zespołem. Członkowie zespołu otrzymywali też pytania, czy można wykorzystać pewne elementy ich pracy, natomiast program uchwalili w „starej” wersji. Czasami członkowie zespołów spotykali się z zarzutem „tworzenia” problemu, który nie istnieje.

Konsekwencją wydelegowania do prac nad programem ludzi niezwiązanych z urzędem były nie tylko trudności z uchwaleniem programu w wersji przygotowanej w trakcie szkoleń i konsultacji, ale także niemożność wykonania diagnozy problemu – brak zgody na wykonanie badań, brak upoważnienia do występowania do instytucji w imieniu urzędu. W niektórych przypadkach wykonanie diagnozy zostało zaplanowane w projekcie programu, w innych udało się uzyskać zgodę na późniejsze przeprowadzenie badań (w nowym roku szkolnym).

Pomimo tak trudnej sytuacji, **zespoły „pozaurzędowe” pracowały z dużym zaangażowaniem**, a efekty ich pracy były naprawdę dobre. Opisane wyżej podejście urzędu wywoływało wśród członków zespołu niezadowolenie i frustrację. Pomoc zaoferowana przez opiekuna grupy w formie wysłania listu do wójta / burmistrza / prezydenta nie przyniosła oczekiwanych rezultatów.

Inną kwestią, o której warto wspomnieć przy okazji omawiania składów zespołów, jest **przypadkowość delegowania niektórych osób**. Zdarzały się sytuacje, gdy gmina, w odpowiedzi na zaproszenie do udziału w programie szkoleniowym, obowiązek opracowania programu powierzała przypadkowej osobie, np. pracownikowi działu gospodarki komunalnej, pomimo zatrudniania pełnomocnika ds. alkoholizmu i posiadania „komisji antyalkoholowej”. Inne sytuacje – to powierzenie tego obowiązku osobie lub grupie osób nowo przyjętych, niezajmujących się bezpośrednio problematyką używania substancji psychoaktywnych, chociaż inne osoby związane z urzędem pracowały już nad programem lub miały w zakresie swoich obowiązków zajmowanie się tymi zagadnieniami.

Podjęcie do planowania poprzez cele

Gminy, które nigdy jeszcze nie opracowywały GPPN, bez oporów przyjmowały proponowaną metodę pracy (planowanie poprzez cele). Z kolei gminy, które już miały własne programy, reagowały dwojako: albo chciały zmienić swój sposób pracy na rekomendowany przez KBPN, albo uznawały, że przedstawiona metoda ogranicza ich możliwości działania i nie chciały jej zastosować. Argumenty, jakie przedstawiano na poparcie tego ostatniego stanowiska, były różne: „po co zmieniać coś, co jest dobre”, „nie da się zaplanować niczego z wyprzedzeniem, ponieważ sytuacja przez cały czas się zmienia”, „co zrobimy w sytuacji, kiedy przyjdzie jakaś ciekawa oferta”, „najlepsze są programy tak ogólne, żeby zawsze to, co się chce w danym momencie zrobić, było z nimi zgodne”, „PARPA nie kwestionowała prawidłowości opracowywania programów w sposób ogólnikowy”. Podjęcie dyskusji z osobami przedstawiającymi powyższe argumenty najczęściej prowadziło do akceptacji proponowanej metody, ale były też takie jednostki, których nie udało się do niej przekonać.

Trudności przy opracowywaniu programów

Trudności z przeprowadzeniem diagnozy:

- niechęć dyrektorów szkół / władz gminy do diagnozowania problemu, bagatelizowanie badań, odbieranie wartości uzyskanym wynikom, zaprzeczanie wynikom, niechęć do ich ujawniania;
- niechęć do kolejnych badań (wcześniej w niektórych szkołach odbywały się badania dotyczące np. przemocy);
- większość instytucji wskazanych w podręczniku jako potencjalne źródło danych nie odpowiedziało na zapytania gminy lub stwierdziło, że nie posiada żadnych danych;
- pracownicy gminy nie posiadali umiejętności w zakresie prowadzenia badań społecznych – przygotowywania kwestionariuszy ankietowych (nawet mając odpowiednią bazę w postaci wzoru ankiety), prowadzenia wywiadów, kodowania uzyskanych informacji, ich analizy i wyciągania wniosków.

Niedostateczna wiedza o problemie i skutecznych sposobach przeciwdziałania jego rozwojowi:

- przywiązanie do metod wcześniej realizowanych (spektakle edukacyjne, zajęcia sportowe);
- brak wiedzy na temat skuteczności poszczególnych metod;
- nieznajomość potencjalnych źródeł wiedzy, np. periodyków poruszających tematykę stosowania środków psychoaktywnych.

Problemy z mierzalnością celów, rezultatów i projektów:

- niechęć do wyznaczania wymiernych celów, przekonanie, że cele są niewymierne, obawa przed możliwością rozliczenia celów;
- trudności z identyfikacją wskaźników (czym mierzyć?), określeniem dostępnych (taniach, prostych) metod pozyskiwania danych;
- brak podstaw do określenia konkretnych zakładanych wartości rezultatów i celów;
- niedostateczna wiedza dotycząca planowania działań, np. ile godzin powinny trwać warsztaty dla młodzieży i jaka powinna być wielkość grupy warsztatowej, czym różni się świetlica socjoterapeutyczna od świetlicy środowiskowej, czym zajmuje się punkt konsultacyjny, itd.

Duże trudności z projektowaniem monitoringu i ewaluacji:

- jak zaprojektować monitorowanie w sytuacji, kiedy osoba monitorująca jest jednocześnie wykonawcą wszystkich działań;
- jak zaprojektować monitoring w sytuacji, kiedy wykonywane działania są jednostkowe i mają krótki czas trwania;
- brak wzorów monitorowania i ewaluacji w innych programach, np. w strategii rozwoju, strategii rozwiązywania problemów społecznych;
- brak wzorów (i monitoringu, i ewaluacji) dla małych programów.

Motywacja do udziału w programie

Motywacja do udziału w programie była zróżnicowana, ale generalnie – wysoka. Zespoły pracowały z dużym zaangażowaniem, a program był chwalony. Mówiono, że „po raz pierwszy państwo dało wsparcie samorządom we wdrażaniu nowej ustawy, że właśnie w ten sposób należy wprowadzać w życie nowe rozwiązania, że wreszcie wiadomo, jak te programy trzeba opracowywać”.

Niektóre osoby posiadały dość dużą wiedzę o problemie używania substancji psychoaktywnych i uzależnieniu od nich – i dla nich zajęcia pierwszych sesji nie były potrzebne. Dla innych było to pierwsze spotkanie z tematyką – uważały więc zajęcia za bardzo pomocne. Pojawiały się też głosy: przy zgłaszaniu się do udziału w programie szkoleniowym nie było wiadomo, że będzie to tak absorbująca praca i że trzeba będzie opracować projekt programu.

2. ***Wprowadzenie do problematyki narkotyków i narkomanii***



2.1 Kulturowy i prawny status narkotyków. Rys historyczny

Krzysztof Krajewski

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Od jak dawna dziejom ludzkości towarzyszą substancje psychoaktywne?
- Kiedy rozpoczęła się „prawdziwa” historia narkotyków i narkomanii w Europie?
- Jak ewoluowało podejście społeczne do zjawiska narkomanii?

Początki używania substancji psychoaktywnych

Narkotyki powszechnie uważa się za niezwykle groźne substancje, wykluczające możliwość kontrolowanego ich używania, prowadzące do uzależnienia, poważnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych, destrukcji zdolności jednostki do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie, a często nawet do śmierci. Dlatego z niedowierzaniem przyjmuje się twierdzenie, iż **substancje psychoaktywne towarzyszą dziejom ludzkości od zarania, a dążenie do uzyskiwania zmian świadomości może być uznane u *homo sapiens* za coś powszechnego**. Co więcej, współcześnie termin „narkotyki” kojarzy się najczęściej z takimi substancjami, jak heroina, kokaina, haszysz czy marihuana, które przywędrowały do Europy z innych kontynentów i są traktowane jako substancje „kulturowo obce”, a kulturę europejską traktuje się jako pierwotnie „wolną od narkotyków”. Nic bardziej mylnego. Kulturze europejskiej od zarania towarzyszył powszechnie używany, a równocześnie bardzo niebezpieczny narkotyk, jakim jest alkohol. Inaczej rzecz ujmując, powiedzieć można, iż substancje psychoaktywne stanowią swojego rodzaju normę kulturową. Tak jak w cywilizacji europejskiej powszechnym było i jest używanie alkoholu, tak w wielu krajach Ameryki Południowej – obyczaj żucia liści krzewu coca. W Ameryce Północnej plemiona indiańskie używały z kolei – najczęściej w związku z obrzędami kultowymi – różnego rodzaju substancji halucynogennych, zawartych w pewnych gatunkach kaktusów. W Azji, szczególnie w kręgu cywilizacji arabskiej, rozpowszechnione było rekreacyjne używanie opium i haszyszu. Można więc twierdzić, iż każda kultura ma „swoje narkotyki”.

Stwierdzenie to oznacza, iż **każda kultura wytwarza także określone wzory i mechanizmy kontroli używania niebezpiecznych substancji**. Takie normy – określające kto, w jakich okolicznościach, w jakim celu i w jakich ilościach może używać substancji psychoaktywnych – znane są tak społeczeństwom europejskim w odniesieniu do alkoholu, jak i społecznościom Indian amerykańskich – odnośnie liści coca czy substancji halucynogennych, czy społecznościom arabskim – odnośnie opium i haszyszu. Nie były one w stanie nigdy zapobiec wszystkim negatywnym konsekwencjom używania narkotyków, ale najczęściej utrzymywały szkody w określonych, akceptowalnych granicach. Inaczej mówiąc, występujące w danej kulturze środki psychoaktywne najczęściej ulegają **procesowi kulturowej asymilacji**, mającej na celu społeczną kontrolę ich używania. Stąd też teza – środki odurzające, relatywnie niegroźne w ramach jednej kultury, przeniesione w inny kontekst społeczny, pozbawiony tradycyjnych, nieformalnych mechanizmów kontrolnych – mogą prowadzić do bardziej nasilonych, negatywnych konsekwencji. Przykładem może tu być spustoszenie, jakie w ciągu kilkudziesięciu lat wśród Indian północnoamerykańskich wywołał alkohol.

Substancje psychoaktywne w kulturze europejskiej

Powszechność alkoholu w kulturze europejskiej nie oznacza, iż na naszym kontynencie nieznane były inne substancje odurzające, stymulujące czy halucynogenne – i to takie, które uzyskać można było z lokalnie dostępnych surowców. W średniowieczu zjawiska takie, jak magia, czary i znachorstwo związane były ściśle ze **znajomością psychoaktywnych właściwości roślin, grzybów czy substancji pochodzenia zwierzęcego**. „Sabaty czarownic” były najprawdopodobniej pierwotnymi zbiorowymi „seansami

narkotycznymi”. Wiele bowiem substancji, jakich używały „czarownice”, miało silne właściwości halucynogenne, a ich używanie mogło leżeć u źródeł wiary w zdolność „czarownic” do latania. Trzeba jednak przyznać, że zjawiska te miały niewątpliwie charakter ograniczony do stosunkowo wąskiego kręgu wrażliwych. Równocześnie europejska przyroda, poza nieograniczoną ilością surowca do produkcji alkoholu, dostarczała stosunkowo niewiele innych silnych substancji psychoaktywnych. Prawdą jest więc, że Europa była tu zawsze „zależna” od środków pochodzących z innych obszarów.

Znajomość z takimi substancjami kultura europejska zawarła stosunkowo wcześniej. Pierwszym pośrednikiem była kultura arabska i wyprawy krzyżowe, które zapoznały Europejczyków z haszyszem i opium. Już Paracelsus (1493-1541), jeden z pionierów medycyny, uważał opium za *panaceum* – środek na praktycznie wszelkie znane choroby. Szczególną karierę przez lata robił specyfik o nazwie *Laudanum*, stanowiący roztwór opium w alkoholu, stworzony w roku 1665 przez T. Sydenhama (1624-1689). Przełom XVIII i XIX wieku przyniósł w Europie rozwój zjawiska czysto rekreacyjnego używania opium.

Dzisiaj wymienia się długą listę brytyjskich poetów i pisarzy romantycznych, takich jak George Byron, Percy Bysshe Shelley, John Keats, Walter Scott, Samuel Coleridge, Charles Dickens, Charlotte Brontë czy Elizabeth Barrett-Browning, którzy byli mniej lub bardziej regularnymi użytkownikami *Laudanum* lub palaczami opium. W późniejszym czasie obyczaj ten rozprzestrzenił się także w kręgach artystycznych, czego przykładami byli m.in.: niemiecki poeta romantyczny Novalis, francuski kompozytor Hector Berlioz, poeta Charles Baudelaire, a także amerykański pisarz i poeta Edgar A. Poe. Spośród polskich romantyków od opium nie stronił najprawdopodobniej Juliusz Słowacki.

Romantyczny kult opium niektórzy porównują z kultem LSD, rozpowszechnionym w latach sześćdziesiątych XX w. przez Timothy Leary i ruch hippisów. Innym przykładem może być powszechność palenia *cannabis* wśród amerykańskich muzyków jazzowych w latach 20. i 30. XX stulecia.

„Prawdziwa” historia narkotyków i narkomanii w Europie rozpoczęła się jednak dopiero w momencie, kiedy postępy chemii i farmakologii spowodowały, iż ze środków naturalnych zaczęto wyodrębniać **pół-syntetyczne alkaloidy**, o znacznie silniejszym działaniu i często silniejszej zdolności wywoływania uzależnienia. Proces ten rozpoczął się w roku 1804 wraz z uzyskaniem z maku opiumowego krystalicznej morfiny, a zakończył w roku 1874 uzyskaniem najsilniejszego alkaloidu opium, jakim jest heroina. W roku 1859 uzyskano z liści coca silny alkaloid, zwany kokainą. Przez długi czas od pojawienia się wymienionych środków **nie do końca zdawano sobie sprawę z wszystkich ich właściwości, przede wszystkim zdolności do wywoływania uzależnienia**. Leżało to zresztą u podłoża różnych pomysłów na ich zastosowania, które z punktu widzenia dzisiejszej medycyny brzmią wręcz anegdotycznie. I tak, kiedy zdano sobie sprawę z uzależniających właściwości morfiny, zastosowania dla heroiny upatrywano m.in. w leczeniu uzależnienia od morfiny! Możliwość takiego samego zastosowania dla kokainy widział nie kto inny, jak Zygmunt Freud. Morfina, heroina czy kokaina były również długo dostępne bez jakichkolwiek ograniczeń w aptekach – bądź to w postaci czystej, bądź też jako składnik licznych lekarstw domowych, nalewek i mikstur o działaniu przeciwbólowym, uspokajającym, nasennym, przeciwkaszlowym czy „wzmacniającym”.

Na początku ubiegłego stulecia w USA w całkowicie wolnej sprzedaży znajdowało się około 600 specyfików zawierających opiaty. Znana jest m.in. reklama firmy Bayer z końca XIX w., która jednym tchem propaguje aspirynę oraz heroinę. Tak w Ameryce, jak i w Europie popularne były również napoje orzeźwiające zawierające stymulanty takie jak kokaina. Szczególnym „przebojem rynkowym” było zaprawione kokainą wino, ulubiony napój królowej Wiktorii oraz papieża Leona XIII. Ten ostatni przyznał zresztą twórcy owego napoju, Angelo Marianiemu, złoty medal papieski. Nie można także zapominać, iż coca-cola zawierała według oryginalnej receptury właśnie kokainę, której napój ten zawdzięcza swą nazwę. Kofeiną zastąpiono ją dopiero w roku 1906.

Do niezwyklego rozrostu populacji osób uzależnionych od opiatów w drugiej połowie XIX w. przyczyniło się także kilka **konfliktów zbrojnych**, przede wszystkim amerykańska wojna secesyjna z lat 1861-1865, wojna prusko-austriacka w roku 1866 oraz francusko-pruska (1870-1871). W ich trakcie po raz pierwszy masowo używano morfiny, nie tylko jako środka znieczulającego w chirurgii wojskowej, ale także jako leku na wszelkie dolegliwości żołnierzy. W ten sposób „wyprodukowano” znacznych rozmiarów populację uzależnionych weteranów tych wojen, a narkomania była w owym czasie w USA określana mianem „żołnierskiej choroby”. Najsłynniejszym przedstawicielem tej grupy był niewątpliwie generał Ulisses Grant, dowódca wojsk Północy w czasie wojny domowej i późniejszy prezydent USA.

Podejścia do narkomanii

Charakterystyczną cechą ówczesnego podejścia do narkomanów było także to, że uzależnieni traktowani byli **wyłącznie jako osoby chore**. Oznaczało to wieloletni brak jakichkolwiek elementów represji: nikomu nie przychodziło bowiem do głowy, aby karać za chorobę. **Powolna zmiana rozpoczęła się dopiero w początkach XX wieku**. Przyczynił się do tego nie tylko wzrost świadomości niebezpieczeństw związanych z narkotykami i rosnąca liczba narkomanów, ale także spłot rozmaitych okoliczności o charakterze kulturowym i politycznym, przede wszystkim w USA. To właśnie w tym kraju rozpoczął się proces odchodzenia od czysto medycznego podejścia do narkotyków i narkomanii, i kształtowania podejścia represyjnego. Opierało się ono na wspomnianym założeniu kulturowej obcości narkotyków i braku w kulturze zachodniej dostatecznie efektywnych mechanizmów nieformalnej kontroli używania tych substancji, co oznacza konieczność stworzenia na ich miejsce odpowiednich mechanizmów kontroli formalnej, prawnej, wśród których istotną, jeśli nie najistotniejszą rolę, odgrywa represja. Innym ważnym czynnikiem było odejście od traktowania narkomanii w kategoriach czysto medycznych i nadanie zjawisku wyraźnego **piętna niemoralności**. Takie podejście w okresie międzywojennym rozprzestrzeniło się także w Europie, aby w drugiej połowie XX wieku stać się podejściem globalnym.

U podłoża tego procesu leżał także fakt, że produkcja, dystrybucja i używanie narkotyków zaczęły – zwłaszcza w latach 60. i 70. XX stulecia – przybierać zupełnie nowe formy. Jeszcze w latach 50. najczęściej używanymi narkotykami była morfina i heroina, „wyciekające” z legalnej produkcji i obrotu. Środki te miały bowiem, a morfina ma do dzisiaj, legalne zastosowania medyczne. W latach sześćdziesiątych zaczęło się jednak nasilać **zjawisko nielegalnej produkcji narkotyków**, które stopniowo zrastało się ze zjawiskiem zorganizowanej przestępczości. Zmienił się także obraz przeciętnego narkomana. O ile do lat pięćdziesiątych XX stulecia mówiło się często o tzw. „społecznie ustabilizowanym narkomanie”, osobie o relatywnie wysokim statusie społeczno-ekonomicznym, będącej co najmniej w wieku średnim i posiadającej, pomimo uzależnienia, zdolność do w miarę normalnego funkcjonowania w społeczeństwie – o tyle w latach sześćdziesiątych, wraz z ruchem kontestacji młodzieżowej, pojawił się i zaczął narażać problem **narkomanii młodzieżowej**, o wiele groźniejszy w konsekwencjach.

Współcześni narkomani to w większości ludzie młodzi i bardzo młodzi – fakt ten leży u podłoża przekonania o wyjątkowej szkodliwości indywidualnej i społecznej tego zjawiska. Przyczynia się do tego także to, iż narkotyki stały się elementem niektórych subkultur młodzieżowych, od „dzieci kwiatów” po współczesne subkultury, wyróżniające się preferowaniem określonych gatunków muzyki. Co więcej, w wielu krajach narkomanami stają się osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, a narkomania prowadzi do ich całkowitej marginalizacji społecznej.

Powyższe zjawiska legły u podłoża ukształtowania się, jeszcze w latach międzywojennych, pod auspicjami Ligi Narodów **systemu międzynarodowej kontroli narkotyków**. W okresie powojennym został on zastąpiony funkcjonującym do dzisiaj systemem konwencji ONZ, na który składają się konwencje z lat 1961, 1971 oraz 1988, regulujące tak legalną produkcję i obrót narkotykami do celów medycznych i naukowych, jak i zwalczanie obrotu nielegalnego. W ramach tych konwencji wszelkie formy produkcji, obrotu i używania narkotyków, poza wąsko określonym obszarem zastosowań medycznych i naukowych, są zakazane. Za naruszenie tych zakazów przewidziane są – niekiedy bardzo nawet surowe – kary. Nie oznacza to zresztą, iż wobec osób uzależnionych nie można obok lub zamiast kar stosować różnych środków o charakterze terapeutyczno-leczniczym. Taki system określa się mianem **prohibicyjnego**.

Stronami konwencji ONZ jest dzisiaj przytłaczająca większość państw świata, co oznacza, iż system prohibicji narkotykowej ma charakter autentycznie globalny, a ustawodawstwa wewnętrzne poszczególnych państw muszą być do niego dostosowane.

Pamiętać jednak należy, iż **w ramach systemu prohibicyjnego można dostrzec istotne różnice podejścia**. Na przykład ustawodawstwa amerykańskie oraz większości krajów Azji uważane są za przykład rozwiązań dających jednoznaczny prymat represji, podczas gdy ustawodawstwa większości krajów europejskich, w tym także należących do UE, nie rezygnując z represji, przykładają znacznie większą wagę do działań profilaktycznych, leczniczych, a także redukcji indywidualnych i społecznych szkód związanych z narkomanią.

Warto zapamiętać!

- Substancje psychoaktywne towarzyszą cywilizacjom od ich zarania.
- Dopiero w początkach XX wieku, wraz ze wzrostem świadomości niebezpieczeństw związanych z narkotykami, rozpoczęło się kształtować represyjne podejście do zjawiska narkomanii.
- System prohibicji narkotykowej ma obecnie charakter globalny, a ustawodawstwa wewnętrzne poszczególnych państw muszą być do niego dostosowane.

2.2 Podstawowe pojęcia używane w odniesieniu do nielegalnych substancji psychoaktywnych i problemów związanych z ich używaniem

Bogusław Habrat

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Na ile adekwatne są powszechnie stosowane pojęcia służące opisowi zjawiska używania substancji psychoaktywnych?
- Jakie są objawy uzależnienia od substancji psychoaktywnych?
- Jak można scharakteryzować główne modele używania substancji psychoaktywnych?

Pojęcia podstawowe

„**Narkotyki**” i terminy wywodzące się z tego pojęcia (narkomania, narkoman) są najpowszechniej stosowane w odniesieniu do różnego rodzaju najczęściej nielegalnie wytwarzanych i dystrybuowanych substancji, które są używane i nadużywane w celu osiągnięcia pożądanej zmiany stanu psychiki. Choć są to terminy w Polsce najpowszechniejsze, zwraca się uwagę na ich nieadekwatność. M.in. źródłostów pojęcia „narkotyki” wskazuje na ich działanie nasenne i kojące, podczas gdy znaczna część substancji psychoaktywnych, określanych jako narkotyki, nie działa nasennie, a czasami przeciwdziała senności i działa pobudzająco. Poza tym część substancji psychoaktywnych, stosowana w celach „narkotycznych”, wytwarzana jest legalnie jako leki (**medyczne leki narkotyczne**, jak morfina, petydyna, kodeina, fentanyl; leki uspokajające i nasenne; leki przeciw objawom zespołu Parkinsona; leki przeciwastmatyczne i in.) lub np. środki czyszczące (lotne rozpuszczalniki), a dopiero ich niezgodne z przeznaczeniem użycie czyni z nich „narkotyki”.

Także pojęcie **narkomanii** jest niejednoznaczne. W medycynie pod pojęciem tym rozumie się raczej **uzależnienie od substancji psychoaktywnych** (czasami także ich używanie szkodliwe). Potocznie narkomanią nazywa się pewien **styl życia**, polegający na mniej lub bardziej **niekontrolowanym używaniu substancji psychoaktywnych** i preferowaniu ich używania nad inne, akceptowane społecznie sposoby spędzania czasu przeznaczonego na rozrywkę, pracę lub naukę. W naukach społecznych, a także w polityce zdrowotnej i wymiarze sprawiedliwości, pojęcie narkomanii rozszerza się na całokształt zagadnień związanych z problemami zdrowotnymi, funkcjonowaniem w rolach społecznych, konfliktami z prawem i dobrymi obyczajami, ekonomią.

W polskim prawodawstwie funkcjonuje niezbyt trafny termin „**substancje psychotropowe i środki odurzające**”. Pod pierwszą częścią tego terminu kryją się głównie leki o właściwościach psychoaktywnych używane niewłaściwie (bez wskazań lekarskich i w celach niemedycznych). Pod nazwą „środków odurzających” kryją się pozostałe substancje psychoaktywne (z wyłączeniem alkoholu i tytoniu), które objęte są innymi ustawami. Termin ten jest o tyle nietrafny, że znaczna część „środków odurzających” jest używana w innych celach niż „odurzanie się” (nie jest to zresztą pojęcie medyczne). Nie powinien on być używany w innych celach niż prawne.

Światowa Organizacja Zdrowia, a za nią wiele instytucji i organizacji, zaleca używanie zamiast terminu „narkotyki” określenia „**substancje psychoaktywne**”. Zaletami tego terminu są: lepsza, bardziej precyzyjna definicja; odejście od pejoratywnej konotacji „narkotyzowania się”; uwzględnienie zróżnicowania działania substancji na psychikę. Termin „substancje psychoaktywne” dotyczy jednak również wytwarzanych i dystrybuowanych legalnie takich substancji psychoaktywnych, jak: alkohol i wyroby tytoniowe, leki i substancje produkowane w celach technicznych. Pomieszczenie w jednym pojęciu tak różnych substancji jest wyrazem coraz częstszego rozumienia, że problemy związane z alkoholem, tytoniem, niewłaściwym używaniem leków o właściwościach psychotropowych i nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi **mają więcej cech wspólnych niż odrębnych**. Wydaje się, że powinno to być przyczyną

refleksji nad niespójnością i brakiem konsekwencji społeczeństw w podejściu do rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Część substancji, np. alkohol i tytoń, stała się częścią kultury i stanowi źródło mniejszego niepokoju niż zjawiska związane z używaniem względnie nowych substancji. Efektem takiego niekonsekwentnego podejścia jest zazwyczaj powstawanie odrębnych instytucji i programów w celu przeciwdziałania zjawiskom spowodowanym piciem alkoholu i paleniem tytoniu oraz używaniem innych substancji psychoaktywnych („narkotyków”).

W celu rozróżnienia tego niekonsekwentnego, ale jednak realnie istniejącego podejścia, **substancje psychoaktywne** dzieli się na **legalne** (alkohol, tytoń, leki, substancje do stosowania technicznego) i **nielegalne** (narkotyki). Podział ten jest nieprecyzyjny, bo część substancji wytwarzanych legalnie może być używana niewłaściwie (leki używane bez wskazań lekarskich lub inaczej niż zalecono, rozpuszczalniki techniczne używane do oszłamiania się) i przybliża się do kategorii substancji nielegalnych. Sztuczności podziału na substancje legalne i nielegalne dowodzi także fakt, że większość użytkowników substancji nielegalnych ma również problemy z kontrolowaniem używania substancji legalnych, a osoby uzależnione od alkoholu i tytoniu częściej używają substancji nielegalnych niż pozostałe.

Medyczne modele zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

Współczesne klasyfikacje problemów medycznych bazują na zbliżonych opracowaniach Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM IV).

Obszarem zainteresowań medycyny prewencyjnej (ale również innych służb społecznych, np. pedagogów, policji) jest **ryzykowne używanie substancji psychoaktywnych**. Mianem tym określa się takie używanie substancji, które potencjalnie naraża użytkownika na ryzyko szkód zdrowotnych i społecznych. W przeciwieństwie do substancji legalnych, gdzie jednorazowe lub sporadyczne picie alkoholu lub palenie papierosów nie wiąże się ze szczególnym ryzykiem (o ile osoba jest zdrowa i np. nie prowadzi pojazdu albo nie pracuje na wysokości lub z maszynami, albo nie wda się w bójkę), w przypadku substancji nielegalnych większość epizodów ich używania może wiązać się ze znacznym ryzykiem szkód. Wynika to m.in. z nieczystości chemicznej i mikrobiologicznej preparatów (np. infekcje HIV, żółtaczkę wszczepiennej), braku pewności co do zawartości i wielkości dawki, małej rozpiętości między dawką gwarantującą pożądaną efekt a dawką toksyczną, znacznego wpływu okoliczności, które mogą powodować, że dawka uprzednio „bezpieczna” staje się toksyczna (np. ciężkie powikłania po ecstacy w wysokiej temperaturze otoczenia). Termin „używanie ryzykowne” nie jest jednostką nozologiczną (chorobową), ale pojęciem użytecznym w prewencji: skuteczność interwencji przy używaniu ryzykownym jest znacznie większa niż w przypadku używania szkodliwego lub uzależnienia. Obok podstawowej opieki zdrowotnej, osobami ryzykownie używającymi substancji psychoaktywnych powinni zajmować się m.in. psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni, socjolodzy, m.in. w takich instytucjach, jak placówki oświatowe, policja, wojsko, zakłady karne itp.

Pojęcia **szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych** (wg Światowej Organizacji Zdrowia) albo **nadużywanie substancji** (wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) to jednostka nozologiczna, którą rozpoznaje się w przypadkach, w których stwierdza się konkretne szkody zdrowotne (somatyczne lub psychiczne), spowodowane lub w znaczący sposób potęgowane przez używanie substancji psychoaktywnych u osoby bez objawów uzależnienia. Kategoria ta jest zbyt rzadko rozpoznawana przez lekarzy. Osobami szkodliwie używającymi substancji psychoaktywnych powinni zajmować się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia specjalistycznego – w zależności od rodzaju szkód zdrowotnych, oraz terapeuci i psychologowie. Skuteczność postępowania medycznego i terapeutycznego można zwiększyć dzięki współpracy z innymi służbami społecznymi (np. pracownicy socjalni, opieka społeczna).

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to zespół zazwyczaj dość typowych dla danej substancji objawów psychopatologicznych, somatycznych i zaburzeń funkcjonowania w rolach społecznych, w którym najważniejszymi objawami są:

- silna, trudna do przezwyciężenia, czasami określana jako przymus, chęć używania substancji psychoaktywnej;

- dominowanie używania substancji psychoaktywnej nad innymi, ważnymi uprzednio aktywnościami (nauką, pracą, spędzaniem wolnego czasu);
- skłonność do nawrotów, nawet po długich okresach nieużywania narkotyku.

Uzależnienie rozpoznaje się po stwierdzeniu co najmniej trzech z sześciu poniższych objawów:

- „głód” substancji;
- upośledzenie kontrolowania przyjmowania substancji (niedotrzymywanie dawanych sobie lub osobom z otoczenia obietnic o rozpoczynaniu używania tylko w określonych porach, zakończeniu używania substancji lub ograniczeniu ilości);
- objawy abstynencyjne (powstające po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki narkotyku);
- tolerancja (konieczność przyjmowania zwiększających się dawek narkotyku w celu osiągnięcia oczekiwanego efektu i uniknięcia objawów abstynencyjnych);
- zwiększenie ilości czasu poświęconego na zdobywanie narkotyków, bycie pod ich wpływem i dochodzenie do siebie po ich zażyciu, wypieranie innych aktywności przez te związane z używaniem narkotyków;
- używanie substancji mimo wiedzy o ich konkretnym, szkodliwym wpływie na zdrowie.

Aby leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od narkotyków były skuteczne, powinny oddziaływać na liczne sfery: medyczną, psychologiczno-społeczną i środowiskową. Niekiedy podkreśla się także znaczenie aspektu egzystencjalnego (duchowego) w leczeniu osób uzależnionych. **Efektywność leczenia i rehabilitacji zwiększa się, gdy oddziaływania są nie tylko wszechstronne, ale i zintegrowane.**

Behawioralno-funkcjonalne modele używania substancji psychoaktywnych

Klasyfikacje czy typologie dotyczące różnych form używania substancji psychoaktywnych powstają nie tylko na gruncie nauk medycznych. W naukach społecznych zwraca się przede wszystkim uwagę na wzór, powody i skutki używania substancji psychoaktywnych.

Używanie eksperymentalne – to model rzadkiego używania substancji, najczęściej spowodowanego ciekawością. Zazwyczaj nie prowadzi do powtarzania tego zachowania, szczególnie jeśli efekt był odmienny od oczekiwanego (*bad trip*, napad lęku, złe samopoczucie w trakcie lub po ustąpieniu działania substancji).

W części przypadków takie używanie może być ryzykowne, a nawet szkodliwe, szczególnie jeśli osoba używająca nie ma podstawowej wiedzy o przyjmowanej substancji (dawka, która jest nietoksyczna dla osoby uzależnionej, może być bardzo toksyczna dla osoby bez uprzednich doświadczeń z narkotykami; przyjmowanie w nieodpowiednich warunkach – np. ekstazy w zamkniętym, dusznym pomieszczeniu – przy braku odpowiedniej ilości płynów). Zagrożenie może płynąć również z zanieczyszczenia chemicznego i biologicznego substancji (np. zarazkami HIV lub żółtaczką). Osoba odurzona może też ulec różnego rodzaju wypadkom. Jednym ze sposobów uniknięcia lub ograniczenia ryzyka lub szkód w tej grupie użytkowników jest zachęcanie do zaprzestania dalszych eksperymentów i przekazywanie rzetelnej wiedzy na powyższy temat.

Używanie okazjonalne – to sposób intencjonalnego, celowego przyjmowania substancji, nierzadko pod wpływem otoczenia. Sposób ten jest bardziej niebezpieczny niż użytkowanie eksperymentalne, ponieważ cechuje się powtarzalnością zachowań i częstszym sięganiem po różne substancje. Używanie okazjonalne zazwyczaj związane jest z pozytywnymi doznaniem, które zachęcają do dalszego, często bardziej intensywnego używania. Większość osób używających substancje okazjonalnie nie doznaje szkód ani nie przechodzi do kategorii użytkowników problemowych, ale ryzyko wystąpienia szkód jest znaczne. Wobec użytkowników okazjonalnych powinno się podejmować działania z zakresu wczesnej interwencji, obejmujące edukację, motywowanie do zmiany zachowań oraz rozeznanie i ewentualnie rozwiązywanie problemów psychologicznych, które mogą być powodem używania substancji psychoaktywnych.

Używanie tzw. rekreacyjne – może być rozpatrywane jako szczególna kategoria używania okazjonalnego. Jest to sposób używania substancji psychoaktywnych mniej lub bardziej regularny, ale ograniczony zazwyczaj do określonych dni tygodnia (np. weekendów) – w celu odprężenia lub przyjemności. Ten sposób użytkowania zazwyczaj nie prowadzi do szkód lub uzależnienia (choć ich ryzyko jest większe niż w przypadku poprzednich modeli), m.in. ze względu na to, że zazwyczaj jest ograniczony do substancji o mniejszym potencjale uzależniającym. W przypadku niektórych substancji, np. ekstazy używanej w dyskotekach w weekendy, ryzyko poważnych szkód zdrowotnych (ze zgonem włącznie) jest znaczne. Zalecane sposoby postępowania są oparte na idei redukcji szkód (szerzej opisanej w rozdziale 5.5) i polegają na szerokim informowaniu o ryzyku powstawania szkód zdrowotnych oraz podejmowaniu działań ograniczających prawdopodobieństwo ich wystąpienia. Działania te dotyczą odpowiedniego przygotowania pomieszczeń, przeszkolenia personelu, zapewnienia dostępu do wody pitnej, itp. (więcej szczegółów zostało podanych w rozdziale 5.5).

Używanie funkcjonalne – używanie substancji w celu zwiększenia efektywności i skuteczności uczenia się i pracy. Sposób niekiedy stosowany np. wśród studentów w czasie egzaminów, czy osób z kręgów mediów oraz biznesu. Najczęściej używane substancje to stymulanty. Przykre objawy pojawiające się po zaprzestaniu działania substancji mogą być przyczyną ponawiania dawki lub przyjmowania innych substancji. U części osób może to prowadzić do uzależnienia.

Używanie w celu samoleczenia – to przyjmowanie substancji w celu radzenia sobie z problemami psychologicznymi (oddalanie myśli o kłopotach) i psychopatologicznymi (lęk, depresja, anhedonia czyli upośledzenie odczuwania przyjemności, zaburzenia snu, nieśmiałość). Ten sposób użytkowania cechuje się dużym potencjałem uzależniającym, jest częstszy u kobiet, a używanymi substancjami są zazwyczaj alkohol, leki uspokajające i nasenne, rzadziej opiaty i amfetamina. Zazwyczaj osoby z takim sposobem używania substancji wymagają pilnej i intensywnej specjalistycznej pomocy psychologicznej i medycznej.

Uzależnienie – model używania, wynikający z upośledzenia kontrolowania zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków. Wymaga wszechstronnego leczenia medycznego, psychoterapeutycznego, oddziaływań środowiskowych i – często – pomocy służb społecznych.

Używanie problemowe – regularne używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy. Zakres tego terminu jest bliski zakresowi pojęcia uzależnienia, kryteria definicyjne nie mają jednak medycznego charakteru. Styl życia osób używających narkotyków w sposób problemowy, niezależnie od tego, czy są już uzależnione, czy też bliskie uzależnienia, wyznaczany jest przez rytm zdobywania i używania narkotyków.

Warto zapamiętać!

- Aby leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych były skuteczne, powinny oddziaływać na liczne sfery: medyczną, psychologiczno-społeczną, środowiskową, a nawet egzystencjalną.
- Wyróżnić można wiele modeli używania substancji psychoaktywnych, różniących się powodami, wzorem i skutkami.

Literatura:

- *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Obrazy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Vesalius – Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Leksykon terminów: alkohol i narkotyki*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

2.3 Typy substancji psychoaktywnych i ich działanie farmakologiczne

Bogusław Habrat

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Czym są substancje psychoaktywne?
- Jakie są zasady działania i główne objawy zażywania najważniejszych rodzajów substancji psychoaktywnych?

Substancje psychoaktywne to zbiór substancji o zróżnicowanej budowie chemicznej, otrzymywanych ze źródeł naturalnych, np. roślin (opiaty z maku, substancje halucynogenne z grzybów, marihuana z konopi indyjskich), modyfikowanych chemicznie (np. heroina) i wytwarzanych syntetycznie (np. amfetaminy, LSD, rozpuszczalniki), przyjmowanych różną drogą (doustnie, dożylnie, przez śluzówkę nosa, wdychane), o zróżnicowanym potencjale uzależniającym, o zróżnicowanych mechanizmach farmakologicznych i efektach klinicznych.

Światowa Organizacja Zdrowia pogrupowała substancje psychoaktywne wg właściwości klinicznych (powodowania typowych objawów intoksykacji, skłonności do uzależnienia, objawów odstawiennych, toksyczności, następstw somatycznych i psychicznych).

W X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) wydzielono następujące grupy substancji psychoaktywnych i zaburzeń związanych z ich używaniem:

- alkohol;
- opioidy (opiaty otrzymywane z maku i syntetyczne substancje przeciwbólowe);
- kanabinoły (głównie substancje zawarte w konopiach indyjskich, rzadziej kanabinoły syntetyczne);
- leki nasenne i uspokajające;
- kokaina;
- inne substancje stymulujące;
- substancje halucynogenne;
- tytoń;
- lotne rozpuszczalniki.

W niniejszym opracowaniu pominięto omówienie właściwości alkoholu i tytoniu, a kokainę omówiono łącznie z innymi substancjami stymulującymi.

Opioidy

Opioidy to **wszelkie substancje działające pobudzająco na receptory opioidowe i powodujące przez to efekt przeciwbólowy oraz błogostan (euforię)**. Większość używanych opioidów to opiaty, czyli przetwory maku lekarskiego. Różne narkotyczne substancje uzyskiwane z maku stosowane były w medycynie ludowej, a później w medycynie jako środek przeciwbólowy. Najczęściej nadużywaną substancją jest heroina.

Do niedawna w Polsce dominowało dożylnie (rzadziej domięśniowe, w niektórych rejonach doustne) używanie heroiny w postaci tzw. „kompotu” lub „polskiej heroiny”. Uzyskiwany ze słomy makowej płyn o różnych odcieniach koloru brązowego ma zmienny skład jakościowy i ilościowy oraz zawiera m.in. heroinę i alkaloidy opium. Zmienny skład jest prawdopodobną przyczyną wielu tzw. „przedawkowań”,

nieraz śmiertelnych. Inną cechą „kompotu” są zanieczyszczenia mechaniczne, chemiczne i drobno-ustrojami, powodujące wiele powikłań miejscowych (stany zapalne i ropne skóry i naczyń) i ogólnoustrojowych (uogólnione infekcje bakteryjne, infekcje wirusami HIV i żółtaczkę zakaźną, zatory).

W ostatnich latach „kompot” wypierany jest przez pochodzące głównie z przemytu preparaty: „**brown sugar**” i **czystą heroinę**. Na ogół przyjmowane są one początkowo drogą inhalacji par powstałych z podgrzewania na tyżeczce lub cynfolii (rzadziej za pomocą fajek). Po ok. 2-3 latach znaczna część osób uzależnionych zmienia jednak sposób używania na dożylny – najpierw czystszych preparatów, a potem na „kompot”.

Używanie medycznych preparatów narkotycznych – leków przeciwbólowych (morfiny oraz syntetycznych: petydyny – Dolarganu, fentanylu i tramadolu – Tramalu) – wydaje się w Polsce zjawiskiem marginalnym i ograniczonym do personelu medycznego. Czasami jednak, drogą kradzieży i fałszowania recept, także inne osoby wchodzi w posiadanie preparatów leczniczych. Uzależnienia powstałe w wyniku dłuższego stosowania opioidów w celach medycznych są rzadkie, nie stanowią znacznego problemu klinicznego, a wyniki leczenia są relatywnie dobre. Często uzależnienie przemija bez interwencji lekarskiej.

Każde, nawet jednorazowe, a szczególnie dożylnie użycie opioidów, jest zachowaniem ryzykownym. Szkody zdrowotne w przypadku powtarzającego się używania opioidów są częste. Znaczna część użytkowników opioidów szybko uzależnia się – mają one bowiem **duży potencjał uzależniający**.

Cechami uzależnienia opioidowego są:

- duże zaabsorbowanie używaniem narkotyku;
- odczuwanie silnego głodu narkotycznego i potrzeby jego zaspokojenia;
- znacznie upośledzone kontrolowanie zachowań związanych z używaniem narkotyku;
- nasilone (choć niezagrożające życiu) objawy abstynencyjne, które chorzy bardzo źle znoszą (heroina działa krótko i po kilku godzinach od przyjęcia ostatniej dawki pojawiają się objawy abstynencyjne);
- znaczne zjawisko tolerancji, czyli konieczności zwiększania dawek narkotyku (część osób przyjmuje regularnie dawki, które byłyby śmiertelne dla osób nieuzależnionych);
- postępujące wypieranie różnych aktywności – tak obowiązków, jak i przyjemności, spowodowane poszukiwaniem narkotyku, byciem pod jego wpływem i dochodzeniem do siebie po jego przyjęciu.

Wypadanie z większości akceptowanych ról społecznych jest dość powszechne, podobnie jak konflikty z prawem (m.in. spowodowane koniecznością zdobywania znacznych środków na narkotyki albo w związku z ich wytwarzaniem, dystrybucją lub posiadaniem). Powszechne są liczne medyczne powikłania uzależnienia od opioidów, szczególnie w przypadku ich stosowania dożylnego. Używanie innych substancji razem z opiodami (równoległe lub w pewnej sekwencji) jest powszechne. Uzależnienie od opiatów jest uważane za przebiegające w sposób najbardziej dramatyczny i niosące wiele powikłań somatycznych, psychicznych, a także znacznie pogarszające funkcjonowanie społeczne oraz powodujące wiele innych patologii społecznych (m.in. związanych z narkobiznesem).

Kanabinole

Kanabinole używane są przede wszystkim poprzez **palenie suszu z liści i kwiatostanu konopi indyjskich (marihuana) – w postaci papierosów (skręty) lub w fajkach**. W Polsce mniej rozpowszechnione jest palenie haszyszu (mieszanek żywicy, kwiatostanów, szczytów i pędów konopi indyjskich), jeszcze rzadsze jest używanie oleju haszyszowego i syntetycznych tetrahydrokanabinoli. Sporadycznie konopie spożywane są doustnie (np. w sałatkach, jako dodatek do serków) lub wziewnie, z naparów. Często jest łącznie palenie marihuany z piciem alkoholu.

Palenie marihuany jest w Polsce znacznie rozpowszechnione, **szczególnie w środowiskach wielkomiejskiej młodzieży**. Kanabinole są używane głównie w celach tzw. rekreacyjnych, bowiem mogą potęgować uczucie przyjemności. Powodują zazwyczaj miłą zmianę percepcji czasu i odległości oraz wyostrenie doznań zmysłowych, co jest szczególnie cenione przy słuchaniu muzyki i w aktywności seksualnej. Towarzyszą temu dobre samopoczucie i wysoka samoocena oraz odczuwanie „głębszego” rozumienia i trafnego interpretowania świata. Jest to sprzeczne z obiektywnie upośledzonymi funkcjami poznawczymi i sprawnością psychoruchową. Może to stać się przyczyną wypadków.

Szkodliwość i potencjał uzależniający kanabinoli są przedmiotem kontrowersji. U części osób palenie marihuany (nawet jednorazowe) może powodować stany lękowe, a nawet objawy psychotyczne (zazwyczaj mijają one nawet bez leczenia po kilku godzinach lub dniach). Prawdopodobnie u części predysponowanych osób palenie marihuany może przyspieszać początek schizofrenii.

Choć marihuana może powodować uzależnienie, jej potencjał uzależniający jest mniejszy niż np. opioidów lub substancji stymulujących. Także objawy uzależnienia są mniej dramatyczne. W wielu dyskusjach podkreśla się, że w USA i w Zachodniej Europie palenie marihuany było powszechne w całych generacjach, a mimo to przytłaczająca większość byłych palaczy nie uzależniła się i jest szanowanymi obywatelami. Z drugiej strony – wiele osób uzależnionych od innych substancji podawało, że „karierę narkomańską” zaczynało od palenia marihuany. Kwestia palenia konopi jako wrót do „twardej narkomanii” nie jest jednoznacznie wyjaśniona. Sprawą, która często jest pomijana w dyskusji o szkodliwości konopi, jest tzw. **zespół amotywacyjny**. Jako mniej dramatyczny niż objawy innych uzależnień – jest znacznie bardziej rozpowszechniony i rzadziej rozpoznawany. Polega on na zmniejszonej motywacji do działań. Osoby przewlekłe palące konopie często nie osiągają pozycji społecznej, do których predysponowałyby je zdolności i wykształcenie, nie stają do różnych rywalizacji dnia codziennego, nie aspirują do osiągania pozycji i dóbr powszechnie pożądaných.

Warto odnotować, że w ostatnich latach w krajach „starej” UE zwiększa się zapotrzebowanie na leczenie z powodu używania pochodnych konopi indyjskich jako narkotyku głównego. Szacuje się, że osoby poszukujące pomocy w związku z problemami wynikającymi z używania przetworów konopi stanowią ok. 12% wszystkich leczonych przypadków. W Polsce leczeni z powodu problemowego używania pochodnych konopi indyjskich stanowią zaledwie 4% leczonych. Zwykle podkreśla się, że w krajach, w których istnieją serwisy dostosowane do specyficznych potrzeb osób problemowo używających przetworów konopi, liczba zgłaszanych przypadków jest większa w porównaniu z krajami, w których użytkownicy marihuany korzystają z ogólnych serwisów dla problemowych użytkowników narkotyków.

Leki uspokajające i nasenne

Ta grupa substancji jest stosowana przede wszystkim w celach leczniczych. **Osoby przyjmujące tego typu leki w sposób szkodliwy lub uzależnione od nich rekrutują się z trzech grup.** Pierwsza – to osoby, u których bądź nie było wskazań do ich podawania, bądź były wskazania, jednak leki stosowano niewłaściwie i zbyt długo (uzależnienie jatrogenne). Druga – to osoby wcześniej nadużywające alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, albo od nich uzależnione, które zauważyły, że wcześniej używane środki można zastępować lekami, co jest i tańsze, i legalne, a na ogół nie powoduje przykrych konsekwencji związanych np. z zapachem alkoholu z ust. Trzecia grupa – to osoby uzależnione od innych substancji psychoaktywnych, które leki uspokajające i nasenne przyjmują do korygowania aktualnie występujących lub oczekiwanych objawów stosowania innych substancji. Zjawisko nadużywania i uzależnienia od leków uspokajających i nasennych jest powszechne w innych uzależnieniach. Jest to jednak zjawisko niebezpieczne, ponieważ **leki te wchodzi w groźne interakcje z wieloma substancjami** (w tym z alkoholem) i mogą powodować upośledzenie funkcjonowania ośrodka sterującego oddychaniem i zgon. Używanie leków uspokajających i nasennych sprzyja też występowaniu napadów drgawkowych i zaburzeń świadomości po ich odstawieniu.

Substancje stymulujące

Najważniejszymi substancjami stymulującymi są **amfetamina i jej pochodne** (np. metamfetamina) oraz **kokaina**. Zwłaszcza używanie tej pierwszej jest w Polsce rozpowszechnione. Substancje stymulujące, najczęściej w postaci proszku, mogą być stosowane donosowo, doustnie, dożylnie, mogą być palone oraz wdychane. Powodują one m.in. wzmożone dobre samopoczucie (pewność siebie, lepsza samoocena), odczuwanie poprawy jasności myślenia i zmniejszenia zmęczenia, zapobiegają senności, zwiększają aktywność i sprawność. Z tego względu są używane m.in. przez osoby, które muszą podejmować znaczny wysiłek przez dłuższy czas. Substancje te stosowane są także w celu zwiększenia podniecenia seksualnego i silniejszych doznań w czasie orgazmu (głównie kokaina). W stanach po zażyciu substancji stymulujących często dochodzi do aktów agresji lub innych zaburzeń relacji międzyludzkich.

Jednorazowe (szczególnie dożylnie) przyjęcie kokainy może być przyczyną poważnego zatrucia, nierzadko zgonu. **Po ustąpieniu działania substancji stymulujących zazwyczaj dochodzi do objawów odwrotnych niż ich działanie** (obniżenie nastroju, spowolnienie, nadmierna senność), co może być powodem sięgania po następną dawkę.

Znaczna część osób przyjmuje środki stymulujące „w razie potrzeby” lub okresowo. **Przewlekłe ich używanie często prowadzi do silnej zależności psychicznej** („głodu” narkotyku, myślenia o nim i jego poszukiwania). Kontrolowanie zachowań związanych z używaniem substancji stymulujących jest upośledzone. Odstawienie narkotyku powoduje wystąpienie zespołu abstynencyjnego, polegającego na obniżeniu nastroju, zmniejszonej aktywności, zwiększonej męczliwości, zaburzeń snu (najpierw bezsenność, później nadmierna senność) oraz licznych objawów вегетативnych. Częstość powikłaniem są depresje, a rzadszym – zaburzenia psychiatryczne (urojenia prześladowcze i omamy).

Substancje halucynogenne

Istnieją dwa rodzaje substancji halucynogennych. Jedne (np. leki atropinopodobne, rośliny zawierające atropinę) powodują **majaczenie** (czyli zaburzenia orientacji w miejscu i czasie), **omamy** (halucynacje) – głównie wzrokowe oraz **silne zaburzenia wegetatywne** (rozszerzone źrenice, zaczerwienienie i podwyższona temperatura skóry, przyspieszona akcja serca). Drugą kategorię stanowią substancje syntetyczne niepowodujące majaczeń, ale powodujące „**zmienione stany świadomości**” i różnego rodzaju zaburzenia doświadczania zmysłów (złudzenia, omamy, „wyostrzenie” doznawania bodźców, doświadczanie odczuwania bodźców innymi zmysłami). Do najpowszechniej stosowanych substancji halucynogennych należą **MDMA (ecstasy)**, **LSD**, **psylocybina**, **meskalina**. Substancje te aplikowane bywają różną drogą, najczęściej doustną. Są pochodzenia roślinnego (np. popularne grzyby halucynogenne) lub syntetyzowane (np. MDMA, LSD). Substancje te używane są „rekreacyjnie”, często na dyskotekach.

Reakcje na substancje halucynogenne są bardzo zróżnicowane. Celem używania halucynogenów jest chęć spotęgowania doznań i doświadczenie zjawisk niecodziennych: iluzji, omamów, nastroju ekstazy, przeżyć mistycznych, fantastycznych urojeń oraz zaburzeń percepcji bodźców (zaburzenia poczucia czasu, „słyszenie” barw, „widzenie” dźwięków).

Środki halucynogenne mają mały potencjał uzależniający. **Użycie substancji halucynogennych jest ryzykowne ze względu na możliwość nieprzewidywalnych zachowań** (np. odczuwania możliwości latania). Część substancji (ecstasy) ma **małą rozpiętość między dawką „skuteczną” a dawką toksyczną**. W pewnych przypadkach (np. przegrzanie) nawet „zwykła” dawka może spowodować ciężkie zatrucie, nierzadko prowadzące do śmierci. Rekreatywnie używanie ecstasy i niektórych innych substancji halucynogennych może prowadzić do **uszkodzeń neuronów mózgu**, a co za tym idzie – upośledzenia funkcji poznawczych.

Lotne rozpuszczalniki

To duża grupa substancji lotnych lub cieczy o zdolnościach ulatniania się w temperaturze okotopikowej. W Polsce najczęściej używa się **toluenu**, **acetonu**, **tróchloroetylenu**, rzadziej **benzyn**. Grupa ta nazywana jest „**narkotykami dla ubogich**” i stosowana głównie przez dzieci i młodzież ze środowisk patologicznych.

Lotne rozpuszczalniki zazwyczaj wdycha się z pojemnika, czasami z foliowej torebki – w celu uszczelnienia ułatwiającego się gazu. Znacznym problemem są zgony z niedotlenienia i zatrucia. Zatrucia są zazwyczaj ciężkie i często wiążą się z uszkodzeniami narządów miękkich (wątroby) i nieodwracalnymi uszkodzeniami mózgu.

Warto zapamiętać!

- Działanie oraz potencjał uzależniający poszczególnych substancji psychoaktywnych są silnie zróżnicowane.
- Opioidy (m.in. heroina, „kompot”) posiadają duży potencjał uzależniający.
- Często pomijaną w dyskusjach konsekwencją używania marihuany jest występowanie tzw. zespołu amotywacyjnego u osób zażywających.

Literatura:

- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K., *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999.
- Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H., *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi*. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.), *Psychiatria*, t. II, s. 169-212, Urban, Wrocław 2002.
- Szukalski B., *Narkotyki. Kompendium wiedzy ośrodkach uzależniających*, IPiN, Warszawa 2005.
- *Sprawozdanie roczne 2005. Stan problemu narkotykowego w Europie*, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, dostępne na stronie www.narkomania.gov.pl

2.4 Epidemiologia narkomanii

Janusz Sierosławski

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakie trendy wskaźników problemu narkotyków i narkomanii można zaobserwować w Polsce?
- Jakie substancje psychoaktywne są najbardziej rozpowszechnione w naszym kraju?
- Jaką strukturę ma zjawisko narkomanii w Polsce?

Wprowadzenie

Od początku lat dziewięćdziesiątych obserwujemy w naszym kraju **znaczny wzrost rozmiarów problemu narkotyków**. Szybko rośnie wśród młodzieży rozpowszechnienie eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji nielegalnych. Pojawiły się pierwsze sygnały zainteresowania narkotykami wśród dorosłych, przynajmniej w dużych miastach. Rosły w znacznym tempie wskaźniki narkomanii rozumianej jako regularne używanie narkotyków, powodujące poważne problemy. Zwiększała się podaż narkotyków na nielegalnym rynku – i w ślad za tym ich dostępność. Wraz ze wzrostem ilościowym następowały zmiany jakościowe. **Polska scena narkotykowa zaczęła upodabniać się do zachodnioeuropejskich**. Pojawiły się na szerszą skalę nowe, charakterystyczne dla krajów zachodnich substancje oraz nowe wzory ich używania.

Dynamicznie zmieniająca się sytuacja w zakresie rozmiarów i charakteru problemu narkotyków skłania do baczного śledzenia trendów.

Podstawowymi źródłami danych na temat rozmiarów i trendów problemu narkotyków są:

- statystyki instytucji reagujących na problem (lecznictwo, policja, itp.);
- badania ankietowe na próbach reprezentatywnych mieszkańców lub wyróżnionych grup, np. młodzieży;
- badania metodami jakościowymi (pogłębione wywiady, obserwacje, itp.) wśród wyróżnionych kategorii, np. młodzieży szkolnej lub osób używających narkotyków w sposób rodzący poważne problemy.

Analiza trendów epidemiologicznych dostarcza danych do oceny polityki wobec narkotyków i narkomanii. Wiedza o kierunkach zmian na scenie narkotykowej tworzy podstawy do wyboru najbardziej efektywnej strategii i modyfikacji stosownych rozwiązań.

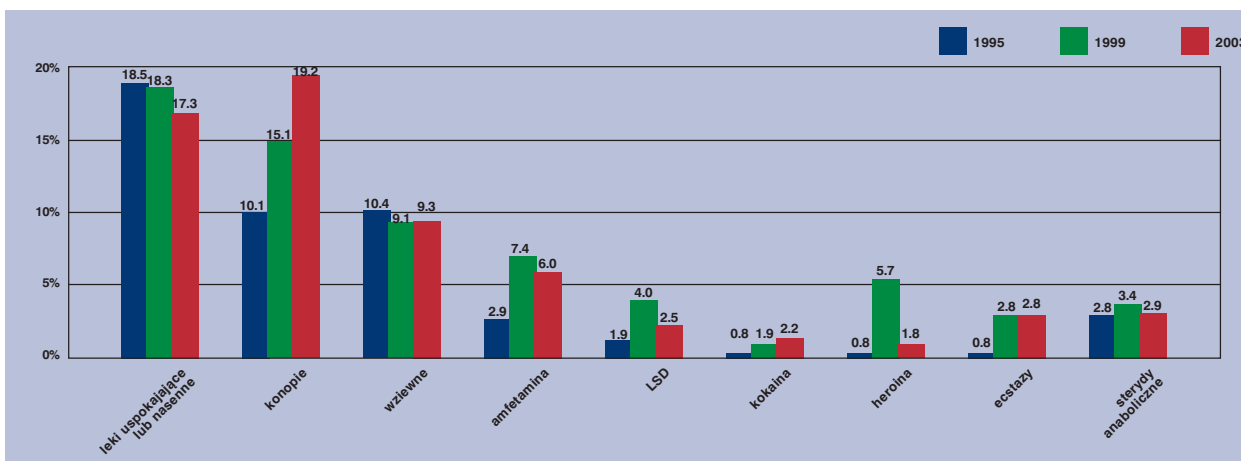
Eksperymentowanie z narkotykami i używanie okazjonalne

Informacji o rozpowszechnieniu eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży dostarczają badania ankietowe, realizowane w szkołach.

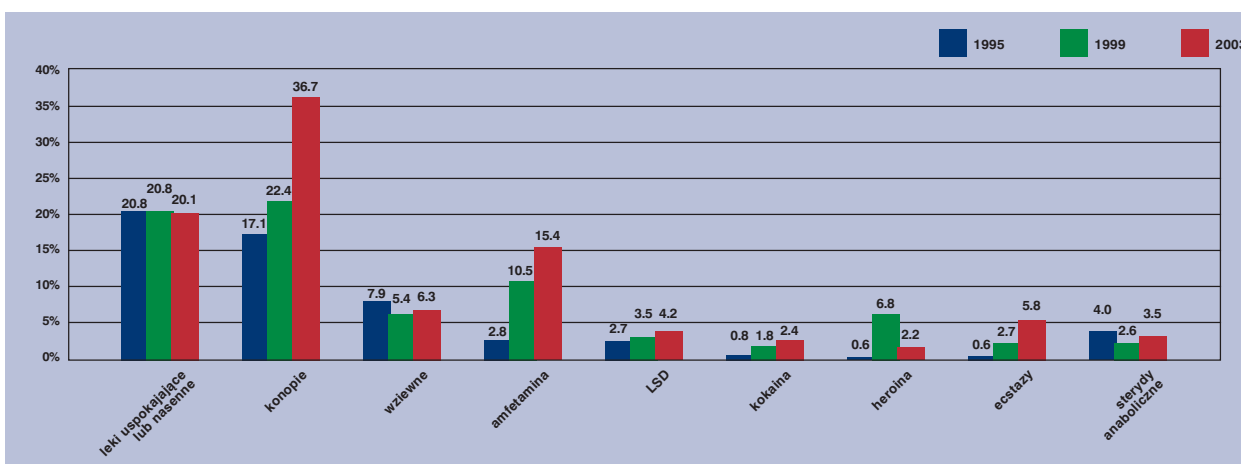
Badania takie przeprowadzano w Polsce wielokrotnie, tutaj przytoczmy **wyniki badań przeprowadzonych w 1995, 1999 i 2003 r. w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież (ESPAD)**. Badania te objęły ogólnopolskie reprezentatywne próby losowe uczniów w wieku 15-16 i 17-18 lat. Jednakowa w każdej edycji tego badania metodologia zapewnia porównywalność danych, a tym samym możliwość śledzenia trendu. Używanie substancji psychoaktywnych badano, przedstawiając respondentom w ankiecie listę środków z prośbą o zaznaczenie tych, których kiedykolwiek używali. Odpowiedzi na tak zadane pytanie traktować można jako wskaźnik co najmniej eksperymentowania z substancjami.

Dane zaprezentowane na wykresie 1. pokazują odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali chociaż raz w życiu poszczególnych substancji. Na wykresie 2. zawarto analogiczne dane dla 17-18-latków.

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



Wykres 2. Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w życiu



Wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (19%), na drugim – leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (17%), a na trzecim substancje wziewne (9%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz (37%), a na drugim leki uspokajające i nasenne, przyjmowane bez zalecenia lekarza (20%). Na trzecim miejscu w tej grupie ułożyła się amfetamina (15%).

W przypadku większości substancji większe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie. Tylko do doświadczeń z substancjami wziewnymi częściej przyznaje się młodzież ze szkół gimnazjalnych.

Porównując wyniki z 2003 roku z wynikami z lat 1999 i 1995, odnotować trzeba **wyraźny wzrost odsetka uczniów, których udziałem stały się doświadczenia z przetworami konopi.** W młodszej grupie wzrost między 2003 r. a 1999 r. był trochę mniejszy niż w poprzednim czteroleciu, chociaż osłabienie tempa wzrostu nie jest zbyt duże. W starszej grupie odsetki uczniów, którzy używali chociaż raz przetworów konopi, wzrosły wyraźnie silniej w latach 1999-2003 niż w latach 1995-1999, mamy tu zatem do czynienia z nasileniem trendu wzrostowego. Zmiany w rozpowszechnieniu eksperymentowania z marihuaną i haszyszem w młodszej i starszej grupie wykazują zatem odmienne tendencje. Podobnie jest z kilkoma innymi środkami.

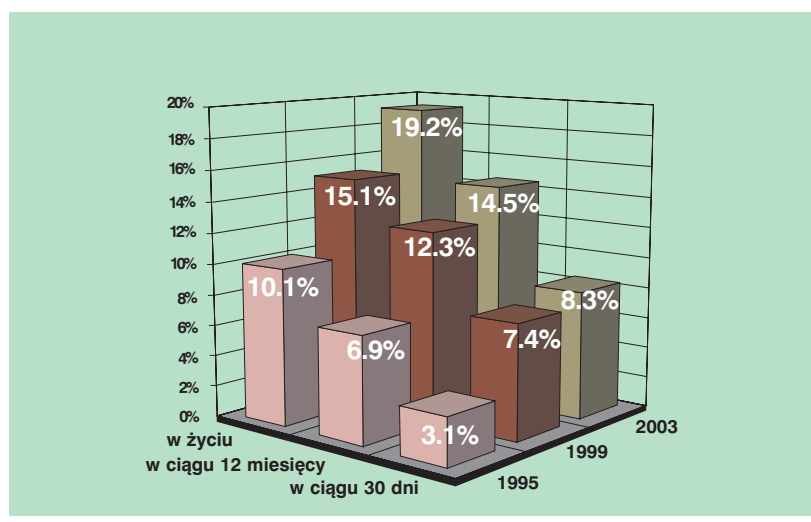
Rozpowszechnienie sięgania po **ecstasy, amfetaminę, LSD i sterydy anaboliczne** wzrosło w obu grupach badanych w latach 1995-1999. W ciągu następnych czterech lat rozpowszechnienie używania amfetaminy, LSD i sterydów anabolicznych w młodszej grupie trochę spadło, w starszej grupie natomiast występuje w dalszym ciągu trend wzrostowy. Natomiast rozpowszechnienie eksperymentowania z **ecstasy** w latach 1999-2003 w młodszej grupie ustabilizowało się, a w starszej nadal rosło. Trend rosnący przez cały ośmioletni okres badań wykazuje w obu grupach rozpowszechnienie doświadczeń z **kokainą**, jednak mimo stałego wzrostu odsetek użytkowników pozostają na bardzo niskim poziomie, nieprzekraczającym 2,5%.

Osobnego komentarza wymagają wyniki odnoszące się do **heroiny**. W obu grupach badanych odsetek sięgających po tę substancję bardzo silnie wzrósł w latach 1995-1999, a następnie spadł w 2003 r. do poziomu niewiele wyższego niż w 1995 r. Za gwałtowny skok odsetka w 1999 r. w pewnym stopniu mogła być odpowiedzialna zmiana w kwestionariuszu dokonana w 1999 r., w 2003 r. powrócono do wersji z 1995 r.

Na koniec trzeba wskazać na brak różnic lub nieznaczny spadek rozpowszechnienia używania tradycyjnych w Polsce substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, tj. leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza oraz substancji wziewnych.

Jak pokazała analiza, **próby z konopiami indyjskimi są zdecydowanie bardziej rozpowszechnione niż z innymi substancjami nielegalnymi**. Odsetki uczniów, którzy chociaż raz w życiu palili marihuanę lub haszysz są zbliżone do odsetków uczniów, którzy próbowali jakiegokolwiek środka nielegalnego. Zobaczmy zatem na przykładzie uczniów w wieku 15-16 lat, jak przedstawia się rozpowszechnienie używania konopi, gdy zawężimy okres obserwacji do ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, a następnie do ostatnich 30 dni.

Wykres 3. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi



Dane na ten temat przedstawione na wykresie 3. pokazują, że odsetki użytkowników konopi spadają w miarę zawężania okresu obserwacji. Używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy traktuje się zwykle jako wskaźnik aktualnego używania okazjonalnego. Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć natomiast za wskaźnikowy dla względnie częstego używania okazjonalnego. Palenie marihuany, jak można przypuszczać, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z konopiami w czasie ostatnich 30 dni, na pewno używają ich co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć z dużym przybliżeniem, że proporcje palących raz na miesiąc wśród tych, którzy nie palili w ostatnim miesiącu, są równe proporcji palących rzadziej, a potwierdzających palenie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu można uznać, że w 2003 r. ok. 8% badanych w wieku 15-16 lat

używało marihuany lub haszyszu co najmniej raz w miesiącu. Porównując ten wynik z wynikami poprzednich lat, odnotować trzeba silny wzrost, jaki nastąpił w latach 1995-1999, i tendencję do stabilizacji w latach następnych. Warto zauważyć, że wzrost odsetka badanych, którzy sięgali po marihuanę lub haszysz w czasie ostatnich 30 dni, był wyższy niż wzrost odsetka okazjonalnych użytkowników czy osób eksperymentujących. Można zatem stwierdzić, że w latach 1995-1999 rozmiary okazjonalnego używania wzrosły bardziej niż eksperymentowania, największej dynamice zaś podlegało rozpowszechnianie względnie częstego używania. Trzeba tu dodać, że nawet ten ostatni wskaźnik nie odnosi się do używania problemowego, a tym bardziej uzależnienia. Można go natomiast traktować jako oznakę zwiększonego ryzyka.

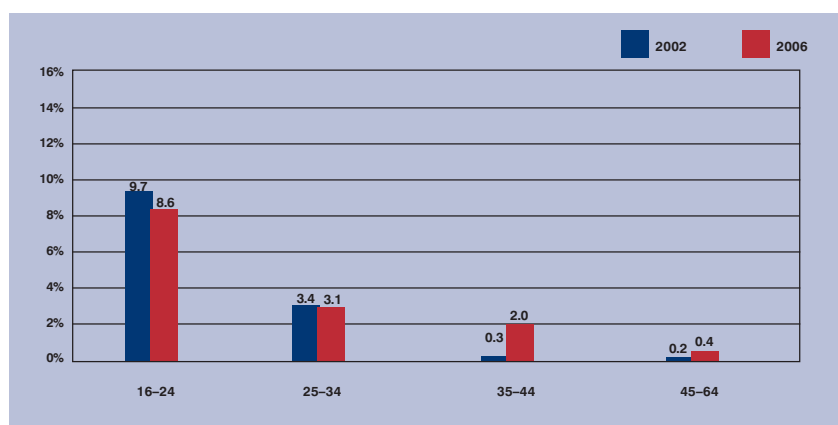
Wyniki badań ankietowych realizowanych na ogólnopolskich próbach reprezentatywnych mieszkańców dowodzą, że problem narkotyków przestaje dotyczyć tylko nastolatków, po narkotyki sięgają również dorośli. Zjawisko używania narkotyków nie ogranicza się też tylko do młodych dorosłych pobierających naukę, czy to w szkołach, czy na uczelniach. Dotyczy ono, jak się wydaje, szerszych kręgów. Na wykresie 4. zestawiono odsetki okazjonalnych użytkowników poszczególnych substancji, odnotowane w dwóch badaniach ankietowych zrealizowanych na reprezentatywnych próbach mieszkańców naszego kraju w wieku 16-64 lata. Jak widać – odsetki te nie są znaczne. Największym rozpowszechnieniem cieszą się przetwory konopi, podobnie jak ma to miejsce w przypadku młodzieży. Trzeba też zauważyć, że odsetki okazjonalnych użytkowników praktycznie nie zmieniły się w czasie ostatnich czterech lat.

Wykres 4. Używanie poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy (odsetki badanych)



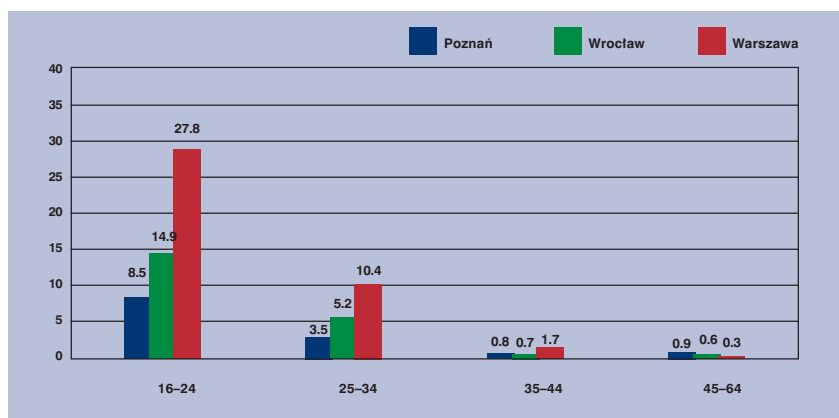
Chociaż okazjonalne używanie narkotyków jest najbardziej rozpowszechnione w młodszych kategoriach wiekowych – do 24 roku życia, to widoczne jest również wśród nieco starszych – 25-34 lat (wykres 5). Porównanie wyników z 2006 r. z wynikami z 2002 r. wskazuje na wzrost rozpowszechnienia używania narkotyków w kategorii wiekowej 35-44 lat. Oznacza to, że narkotyki coraz głębiej wkraczają w świat dorosłych.

Wykres 5. Używanie jakiegokolwiek substancji nielegalnej w czasie ostatnich 12 miesięcy, wg wieku (odsetki badanych)



Używanie narkotyków cechuje bardzo znaczne zróżnicowanie terytorialne. Ze zjawiskiem tym mamy do czynienia przede wszystkim w miastach, a zwłaszcza w metropoliach. Ale nawet w przypadku wielkich miast odnotować trzeba duże różnice. W 2002 r. badanie ankietowe zrealizowane zostało nie tylko na próbie ogólnopolskiej, ale także na próbach trzech wielkich miast: Warszawy, Wrocławia i Poznania. Jak widać z wyników przedstawionych na wykresie 6., rozpowszechnienie okazjonalnego używania narkotyków w Poznaniu lokowało się na poziomie średniej ogólnopolskiej. Było ono wyższe we Wrocławiu oraz najwyższe w Warszawie. Wyniki w stolicy były około trzykrotnie wyższe niż w Poznaniu.

Wykres 6. Używanie jakiegokolwiek substancji nielegalnej w czasie ostatnich 12 miesięcy wg wieku (odsetki badanych)

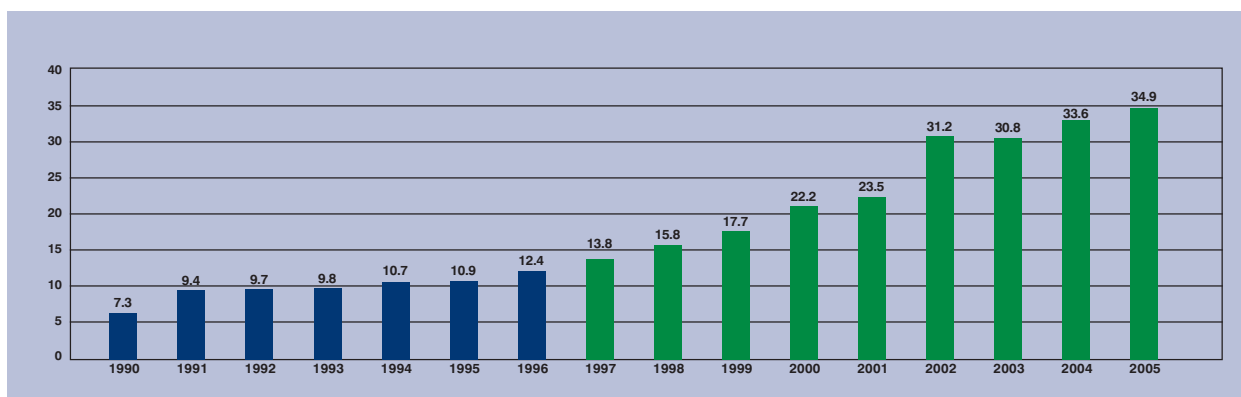


Problemowe używanie narkotyków

Informacji o trendach w narkomanii, rozumianej jako uzależnienie bądź regularne używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy, dostarczają dane statystyczne lecznictwa.

Informacje o liczbie leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń pochodzą ze stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego. Dane obejmują również specjalistyczne lecznictwo uzależnień od substancji innych niż alkohol lub tytoń, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia. Dane prezentowane na wykresie 7. obejmują zatem wszystkich przyjętych do stacjonarnych placówek psychiatrycznych, w tym do oddziałów detoksykacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków, a także do ośrodków rehabilitacyjnych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej.

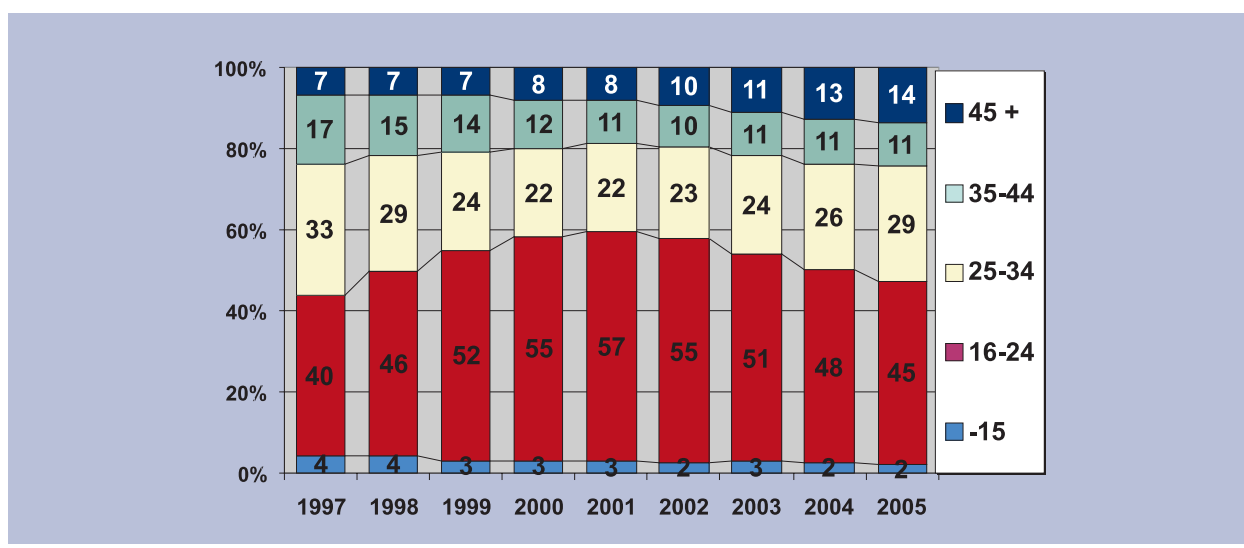
Wykres 7. Osoby przyjęte do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2005 z powodu problemu narkotyków (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców)



W 2005 r. przyjęto do leczenia stacjonarnego 13 320 osób. Oznacza to wzrost o 3,7% w stosunku do 2004 r., kiedy to przyjęto 12 836 pacjentów. Trzeba przypomnieć, że w 2004 r. wskaźnik wzrósł o 9% w stosunku do 2003 r. (11 778 pacjentów) po spadku o 1% w stosunku do 2002 r. (11 915 pacjentów). Spadek ten stanowił przełom w trendzie wzrostowym notowanym od początku lat dziewięćdziesiątych. Wykres 7. pokazuje, że wskaźnik¹ zgłaszalności do leczenia w ostatnich latach wzrastał nierównomiernie. Na przykład między 2000 a 2001 rokiem zwiększył się o 6%, a między 2001 i 2002 r. – o prawie 33%. Dane za 2004 r. przekonują, że spadek odnotowany w 2003 r. był przejawem fluktuacji trendu, a nie jego trwałym odwróceniem.

Znaczne zmiany obserwuje się w strukturze wieku pacjentów (wykres 8.).

Wykres 8. Osoby przyjęte do leczenia stacjonarnego z powodu problemu narkotyków w latach 1997-2005



W latach 1997–2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lat i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wynosił już 57%. Proporcje najmłodszych (do 15. roku życia) i najstarszych (powyżej 45. roku życia) były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, drugie – 7-8%. W 2002 r. nastąpiła zmiana opisanej wyżej tendencji. Do 2005 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat spadł do 45%, czyli do poziomu niższego niż w 1998 r. Jednocześnie wzrosły odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44. roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 24-25 lat.

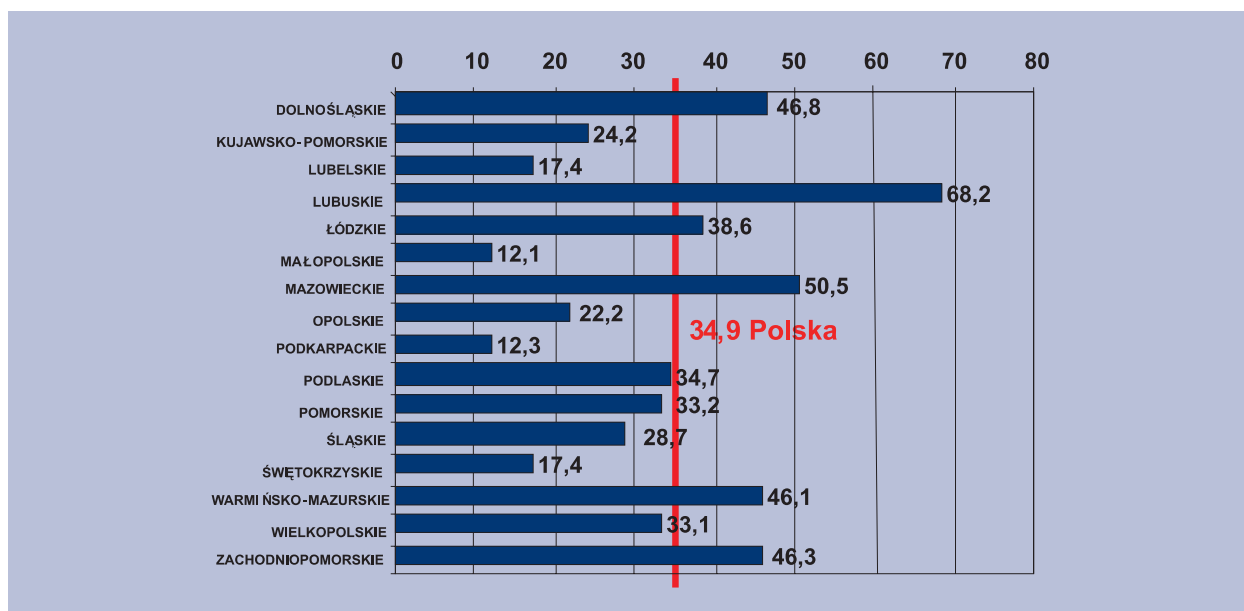
Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania zjawiska. Odwrócenie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji rozmiarów problemowego używania narkotyków.

Przez cały analizowany okres utrzymuje się stały, stosunkowo niewielki odsetek osób poniżej 15. roku życia (2-4%). Nie potwierdza to potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci. Nawet jeśli po narkotyki zaczyna sięgać młodzież poniżej 16. roku życia, to do regularnego, problemowego używania, skłaniającego do podjęcia leczenia stacjonarnego, dochodzi zwykle później.

O ogromnej skali zróżnicowań terytorialnych przekonują dane z wykresu 9., gdzie zamieszczono wskaźniki przyjętych do leczenia na 100 tys. mieszkańców.

¹Wskaźnik zgłaszalności do leczenia – liczba przyjętych do leczenia na 100 tys. mieszkańców

Wykres 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2005 r. z powodu problemu narkotyków wg miejsca zamieszkania pacjentów (współczynnik na 100 000 mieszkańców)



Wskazuje na to rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do lecznictwa stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym (lubuskie – 68,2) i najniższym rozpowszechnieniu (małopolskie – 12,1). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych, oprócz lubuskiego, należą: mazowieckie (50,5), dolnośląskie (46,8), zachodniopomorskie (46,3) oraz warmińsko-mazurskie (46,1). Wszystkie one, z wyjątkiem mazowieckiego, położone są w zachodniej bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach, z wyjątkiem łódzkiego (38,6), wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski (34,9).

Oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków dokonano metodą punktu odniesienia (**benchmark**). Metoda ta jest dokładnie opisana w rozdziale 6. Tu wspomnijmy jedynie, że obliczenia są prowadzone w oparciu o dane zebrane w badaniach terenowych. Badania dostarczają informacji o tym, jaki w badanej próbie jest odsetek osób posiadających interesującą nas cechę (np. podjęcie leczenia, zakażenie HIV, itp.). Gdy 1 podzielimy przez ten odsetek, uzyskamy tzw. „wskaźnik doszacowania”. Następnie wskaźnik ten mnożymy przez liczbę pochodzącą ze statystyk (np. liczbę przyjętych do leczenia stacjonarnego lub zakażonych HIV) – i uzyskujemy szacowaną wielkość.

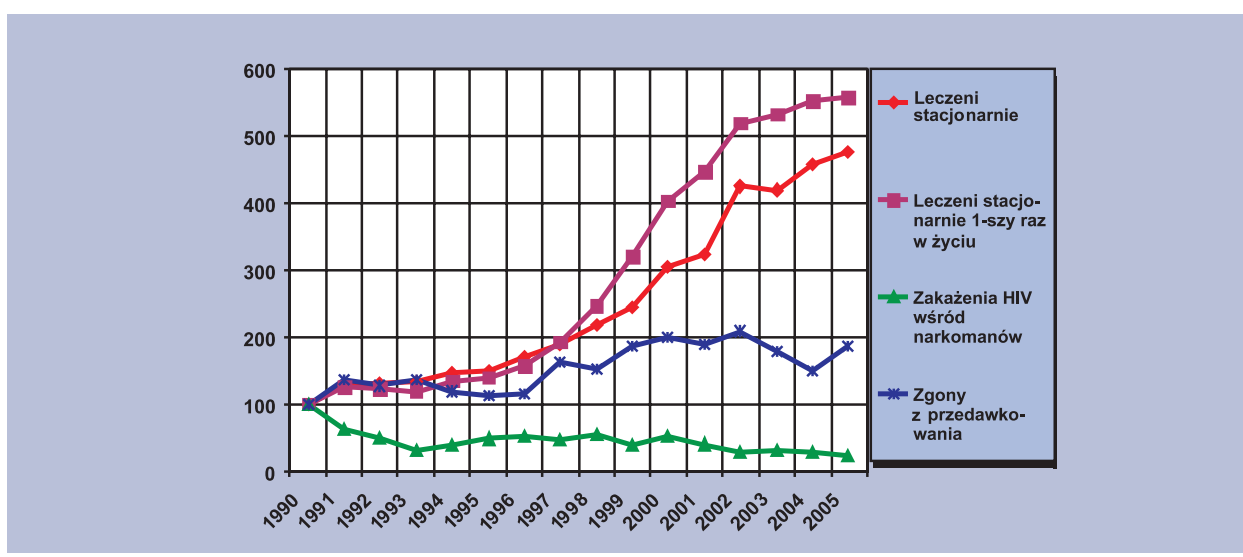
Tabela 1. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków metodą benchmark

Wyszczególnienie	Dane statystyczne	Odsetek z badań terenowych w 2002 r.	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2001)	10 993	33,2	3,01	33 089
Leczeni ambulatoryjnie (2001)	25 124	33,8	2,96	74 367
Zakażeni HIV (2001)	4 553	7,1	14,08	64 196

Prezentowane w tabeli 1. wyniki oszacowań pochodzą z zestawienia danych (nominacji) uzyskanych z badania populacji generalnej mieszkańców Polski, przeprowadzonego w 2002 r., z danymi leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego oraz danymi o zakażeniach HIV notowanymi dla 2001 r. Jak pokazują dane z tabeli, liczbę problemowych użytkowników narkotyków w naszym kraju w 2001 r. szacować można na 33 000-74 000. Obecnie jest ona zapewne jeszcze wyższa.

Spośród problemów zdrowotnych, związanych z używaniem narkotyków, do najgroźniejszych należą zgony oraz zakażenia HIV. Na wykresie 10. zestawiono wskaźniki dynamiki przyjęć ogółem z powodu narkomanii do leczenia stacjonarnego, przyjęć pierwszorazowych, zgonów związanych z narkotykami oraz nowych zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach. Aby zestawzić te bardzo różne wskaźniki, wartości z 1990 roku każdego z wskaźników przyjęto tu za 100. Dane z kolejnych lat przedstawiono w relacji do roku wyjściowego.

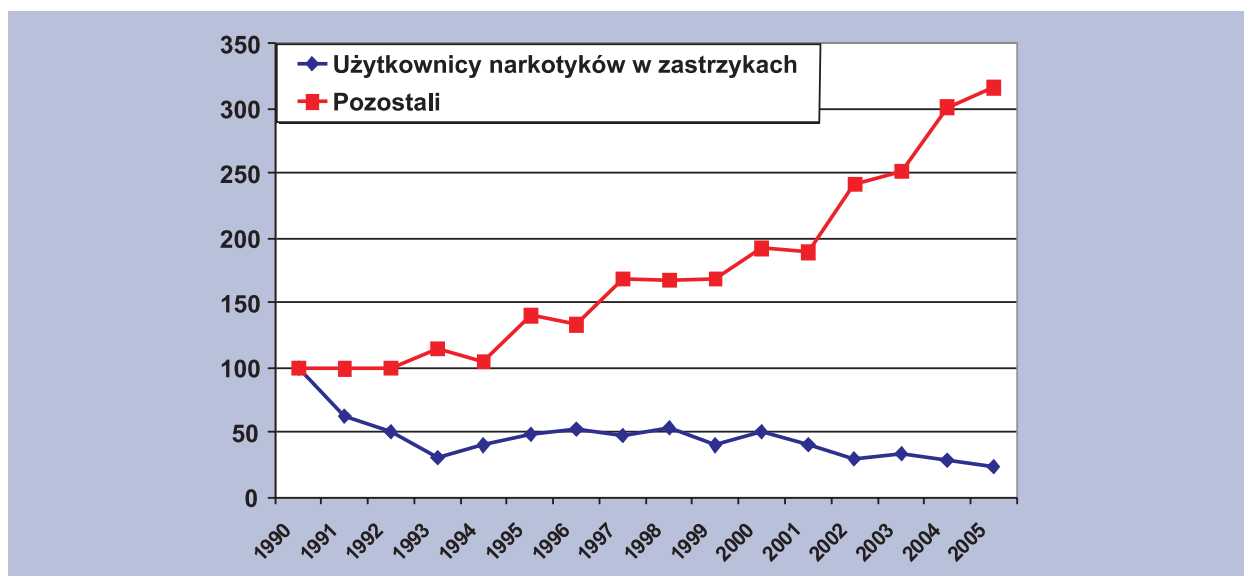
Wykres 10. Problemy zdrowotne związane z narkotykami (Index 1990 = 100)



Dane na wykresie pokazują, że **choć zgłaszalność do leczenia** traktowana jako wskaźnik narastania liczby problemowych użytkowników narkotyków **szybko zwiększa się, to zarówno liczba nowych zakażeń HIV, jak i liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków pozostają względnie stabilne**. Oznacza to, że mimo wzrostu rozpowszechnienia narkomanii nasilenie problemów związanych z narkotykami, przynajmniej tych najbardziej dramatycznych, nie ulega większym zmianom. Stabilizacja rozpowszechnienia tych problemów w dużej części jest efektem realizacji redukujących szkody programów, takich jak wymiana igieł i strzykawek lub edukacja użytkowników narkotyków w zakresie zwiększania bezpieczeństwa przy używaniu substancji. Ta interpretacja znajduje dodatkowe uzasadnienie w trendach zakażeń HIV.

Trend nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków w zastrzykach na tle trendu nowych zakażeń wśród pozostałych grup ryzyka można prześledzić na wykresie 11. Prezentuje on wskaźniki dynamiki nowych zakażeń związanych z narkotykami w zestawieniu z trendem wskaźników wśród wszystkich pozostałych użytkowników. Trend zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach przebiega zupełnie inaczej niż wśród pozostałych. W pierwszym przypadku możemy mówić o lekkiej tendencji spadkowej w ostatnich latach, w drugim – odnotować trzeba wyraźny trend wzrostowy.

Wykres 11. Nowe zakażenia HIV wśród używających narkotyków w zastrzykach i wśród pozostałych 1990-2005 (Index 1990 = 100)

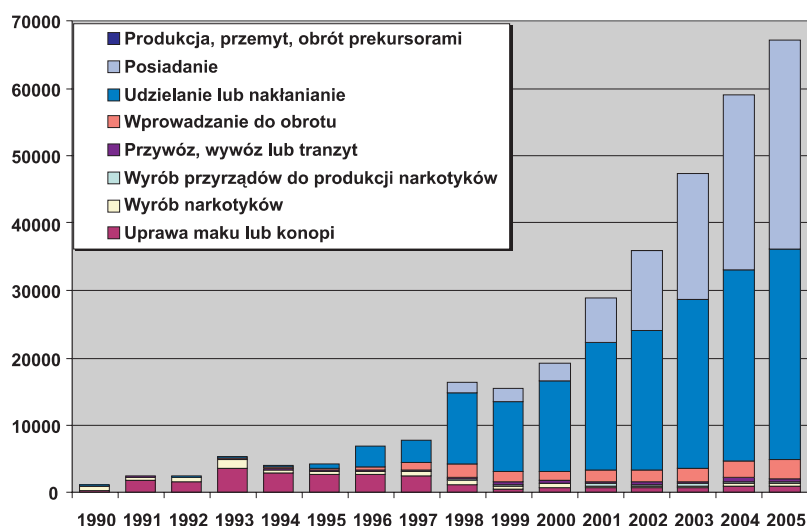


Dostępność narkotyków

Od 1997 roku, po znacznym wzmocnieniu sił policyjnych skierowanych do zwalczania nielegalnego rynku narkotyków, wielokrotnie wzrosły liczby wykrytych przestępstw przeciw postanowieniom ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (wykres 12). Pewne znaczenie miało też rozszerzenie uprawnień policji (np. dostawa kontrolowana, zakup kontrolowany) oraz współpraca międzynarodowa w zakresie ścigania przestępczości związanej z narkotykami.

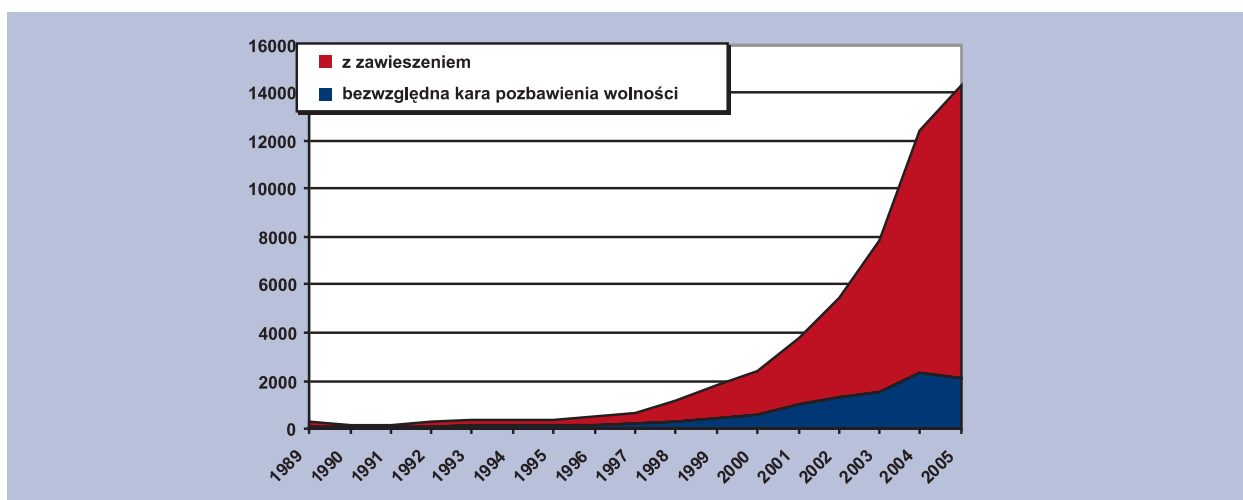
Dane z wykresu 12. pokazują, że **pod względem ilościowym w obrazie przestępczości przeważają czyny polegające na udostępnieniu narkotyków lub nakłanianiu do ich używania**. Znaczny udział mają też takie czyny, jak posiadanie narkotyków i wprowadzanie ich do obrotu. W ostatnich latach **szczególnie szybko rośnie liczba wykrytych przypadków posiadania narkotyków**. Znaczny wzrost charakterystyczny jest też dla udostępnienia narkotyków lub nakłaniania do ich użycia. Generalnie – w obrazie stwierdzonej przestępczości przeciw ustawie dominują przestępstwa charakterystyczne dla popełnianych przez użytkowników narkotyków.

Wykres 12. Liczba przestępstw przeciwko ustawie, stwierdzonych przez policję w latach 1990-2005



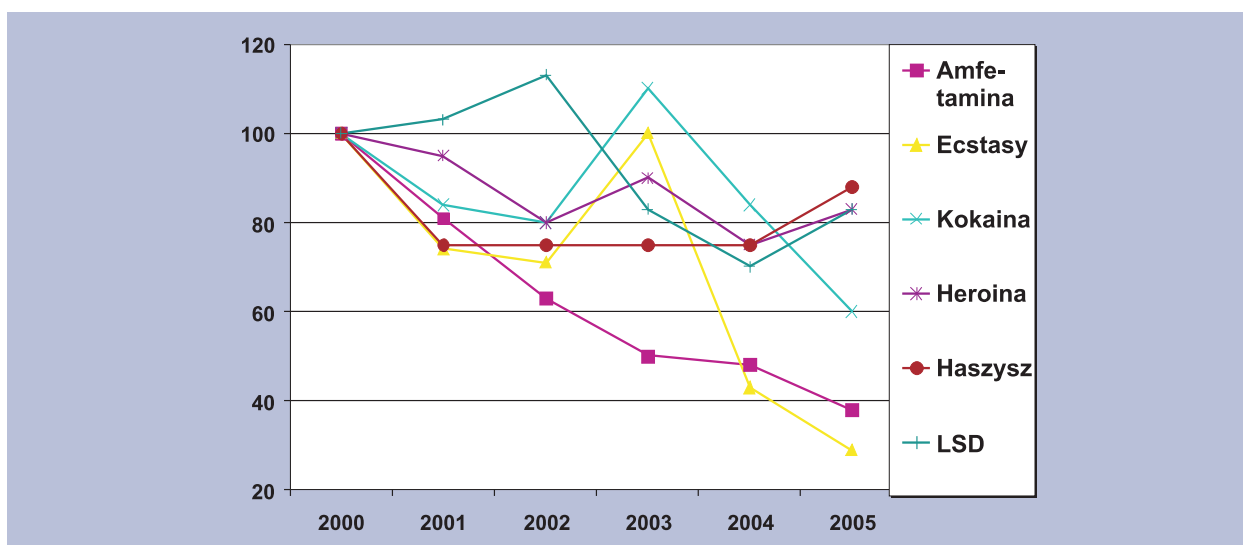
Zwiększona aktywność policji oraz znajdujące potwierdzenie w statystykach jej sukcesy wydają się mieć ograniczony wpływ na dynamikę rynku substancji nielegalnych. Także wzrost represyjności sądów, przejawiający się w rosnącej liczbie wyroków skazujących na karę pozbawienia wolności (wykres 13.), zapewne nie wpływa w sposób znaczący na podaż narkotyków na nielegalnym rynku. Rosnąca szybko liczba osób skazanych za przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oznacza poważne obciążenie dla systemu penitencjarnego. Znaczna część skazanych to użytkownicy narkotyków, z których nie wszyscy chcą się pogodzić z koniecznością rezygnacji z sięgania po substancje w warunkach odbywania kary pozbawienia wolności. Sprzyja to tworzeniu się narkotykowego podziemia w zakładach karnych, co stanowi nowe wyzwanie dla systemu penitencjarnego.

Wykres 13. Skazani na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii 1989-2005



Jednym z najlepszych wskaźników dostępności substancji są ceny. Dane o cenach narkotyków na nielegalnym rynku w naszym kraju zbierane są przez policję. Reprezentatywność i rzetelność tych danych jest trudna do oceny, jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że zbierane są one od pewnego czasu w podobny sposób – mogą posłużyć do śledzenia trendu. Zaprezentowane na wykresie 14. wskaźniki dynamiki cen narkotyków w latach 2000-2005 wskazują na stabilizację lub spadek. W 2001 r. ceny większości narkotyków spadły, a następnie ustabilizowały się lub podlegały tendencji spadkowej, najwyraźniej widocznej w przypadku amfetaminy i ekstazy.

Wykres 14. Ceny narkotyków (w PLN) w sprzedaży ulicznej w latach 2000-2005 według danych policji (Index 2000 = 100)

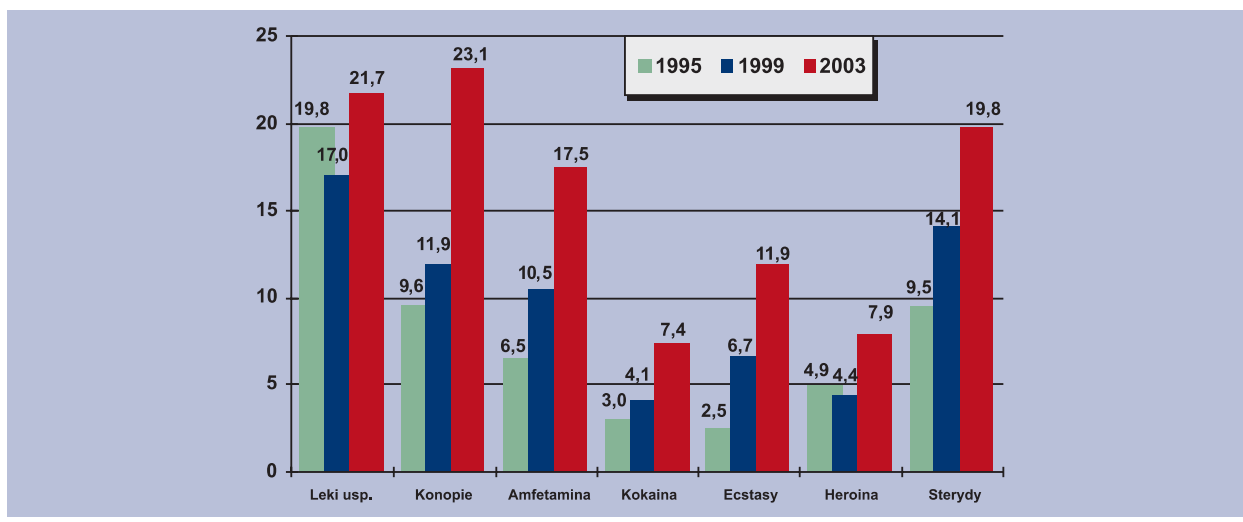


Spadek cen w wartościach nominalnych oznacza *de facto* jeszcze większy spadek ich wartości realnej. Ograniczenie podaży wynikające ze wzmożonej aktywności organów ścigania powinno spowodować wzrost cen. Jeśli wzrost nie następuje, a notuje się nawet ich spadek, można przypuszczać, że podaży nie udało się w istotny sposób zredukować. **Niższe ceny oznaczają większą dostępność.** Możemy powiedzieć, że dalsze zaostrenie prawa dokonane pod koniec 2000 r. nie wywarło założonego wpływu na nielegalną podaż narkotyków.

O zmianach w dostępności narkotyków możemy także wnioskować na podstawie wyników badań ankietowych wśród młodzieży i dorosłych. Opinie i przekonania o dostępności narkotyków są wprawdzie pośrednim wskaźnikiem podaży, ich zmiany mogą jednak dostarczyć użytecznych informacji o dynamice nielegalnego rynku narkotyków.

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych sondowano w badaniach ankietowych. Pytano respondentów, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była od „niemożliwe” do „bardzo łatwe”. Pozostawiano też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Odsetki uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat), którzy w badaniach ESPAD z 1995, 1999 i 2003 r. zadeklarowali bardzo łatwy dostęp do poszczególnych substancji, zaprezentowano na wykresie 15.

Wykres 15. Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy uznali poszczególne substancje za bardzo łatwe do zdobycia

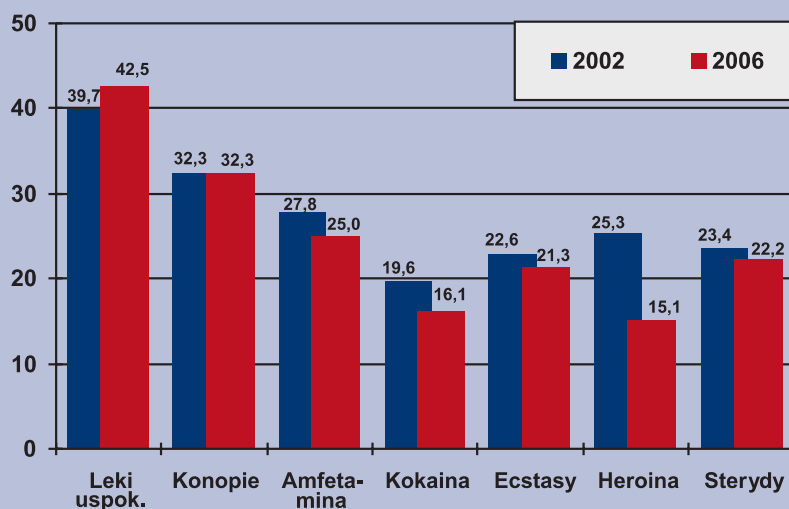


Jak wynika z porównania rezultatów badania z 2003 r. z wynikami z 1999 i 1995 roku, **w ocenach młodzieży dostępność większości narkotyków w czasie ośmiu lat dzielących badania wyraźnie wzrosła.** Także wyniki badań prowadzonych w Warszawie na próbie losowej pełnoletnich mieszkańców (18-54 lat) w 1997 r. i 2002 r. pokazały wzrost dostępności narkotyków w stolicy.

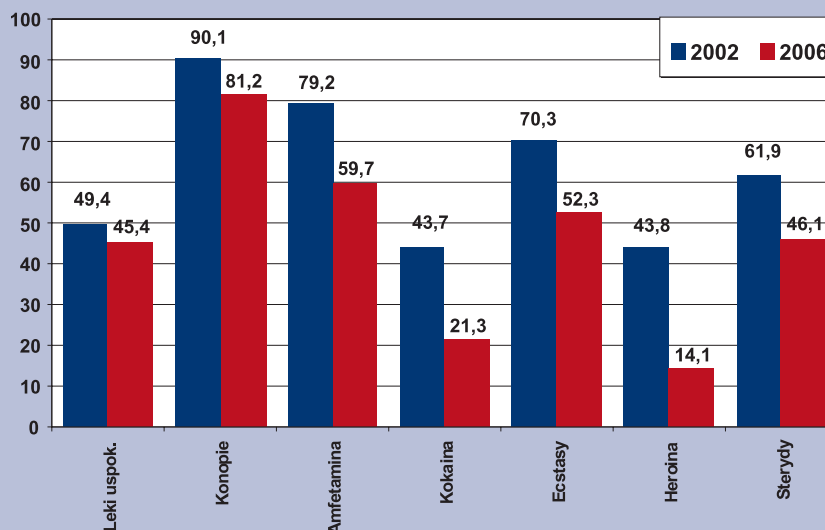
Z porównania wyników nowszych badań, zrealizowanych w 2002 i 2006 r. na reprezentatywnych próbach mieszkańców naszego kraju w wieku 16-64 lat, wyłania się inny obraz. Dane z wykresu 16 wskazują na stabilizację, a nawet lekki spadek wskaźników dostępności większości substancji. Z najsilniejszym spadkiem mamy do czynienia w przypadku dostępności heroiny.

Tezę o co najmniej zahamowaniu trendu wzrostowego dostępności narkotyków potwierdza analiza postrzeganej dostępności wśród respondentów, którzy chociaż raz używali jakiejś substancji nielegalnej w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (wykres 16). Można założyć, że w grupie tej oceny dostępu do substancji, przynajmniej w jakimś stopniu, dokonywane są na podstawie własnych doświadczeń, a nie potocznej wiedzy czerpanej z mediów. Dane z wykresu 17. przekonują o wyraźnym spadku dostępności niemal wszystkich substancji, najsilniejszym w przypadku heroiny, a następnie kokainy.

Wykres 16. Postrzegana dostępność substancji – wyniki badań ankietowych mieszkańców Polski w wieku 16-64 lat (odsetki badanych deklarujących łatwy lub bardzo łatwy dostęp)



Wykres 17. Postrzegana dostępność substancji – wyniki badań ankietowych mieszkańców Polski w wieku 16-64 lat (odsetki deklarujących łatwy lub bardzo łatwy dostęp wśród badanych, którzy używali narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem)



Badania, zrealizowane w ostatnich latach wśród problemowych użytkowników narkotyków metodami jakościowymi, w kilku miastach wskazują na zmiany na nielegalnym rynku narkotyków, przede wszystkim dotyczą one jego funkcjonowania. **Zanika uliczna sprzedaż narkotyków, handel narkotykami schodzi do głębokiego podziemia.** Generalnie dostępność narkotyków dla osób posiadających kontakty ze sprzedawcami oceniana jest jako duża, chociaż odnotować tu trzeba zróżnicowanie terytorialne.

Chociaż wysiłki organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości w walce z podażą narkotyków przynoszą pewne sukcesy, nie są w stanie przyczynić się do rozstrzygającego ograniczania podaży. Jeśli nasilanie i rozszerzanie zakresu represji jest skuteczne, powoduje schodzenie zjawiska do głębszego podziemia, utrudnia jego kontrolę oraz pomoc osobom uzależnionym. Dystrybucja narkotyków ma charakter sieci rozproszonej, w której narkotyki, zanim trafiają do konsumenta, przechodzą przez wielu, często incydentalnych pośredników. Brak stałej, sztywnej struktury utrudnia jej unieszkodliwienie i ułatwia szybkie odtwarzanie się sieci sprzedaży.

Wnioski

Analizy danych statystycznych i wyników badań ankietowych z zakresu problematyki narkotyków i narkomanii wykazują **zahamowanie trendu wzrostowego problemu, a przynajmniej wyraźne zmniejszenie dynamiki tego wzrostu**. Od dłuższego czasu stabilne pozostają wskaźniki najgroźniejszych problemów zdrowotnych, związanych z używaniem narkotyków, takich jak zgony z powodu przedawkowania oraz zakażenia HIV.

Szybko rosną wskaźniki przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii wykrywanych przez policję, zwłaszcza dotyczących posiadania narkotyków. Obrazuje to stały wzrost aktywności policji w zwalczaniu nielegalnego rynku. Odnotować trzeba pierwsze sygnały odwrócenia tendencji wzrostowej postrzeganej dostępności narkotyków, chociaż poziom ich cen na nielegalnym rynku wykazuje trend spadkowy. Rozbieżności w trendach wskaźników dostępności wskazują na zmiany jakościowe nielegalnego rynku narkotyków. Wydaje się, że reorganizacja nielegalnego rynku w wyniku wzrostu aktywności policji prowadzi do wzrostu utrudnień w dostępie do tego rynku dla potencjalnych konsumentów, przy wzroście dostępności cenowej dla stałych uczestników rynku.

Warto zapamiętać!

Największe sukcesy można zaobserwować na polu ograniczania szkód. Mimo wzrostu liczby osób regularnie używających narkotyków w sposób problemowy wskaźniki najbardziej dramatycznych problemów zdrowotnych, takich jak zgony z powodu przedawkowania oraz zakażenia HIV, nie wykazują trendu wzrostowego.

2.5 Problem narkotyków i narkomanii a inne problemy w percepcji społecznej

Grażyna Świątkiewicz

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jak zjawisko narkomanii postrzegane jest w społeczeństwie?
- Jakie występują relacje pomiędzy postrzeganiem zjawiska alkoholizmu i narkomanii w Polsce?

Społeczna widoczność i ranga problemów często nie odzwierciedlają ich realnego rozpowszechnienia i zagrożeń, jakie one stwarzają. Na percepcję społeczną istotny wpływ ma toczona za pośrednictwem mediów debata publiczna. Jednak niektóre bardzo intensywnie propagowane kwestie nigdy nie zaistniały w społecznej świadomości jako palące problemy społeczne. W Polsce dotyczy to m.in. palenia papierosów, aborcji, prostytucji czy problemu narkomanii.

Wiedza na temat społecznej widoczności jakiegos problemu może być szczególnie użyteczna, jeśli planowane są strategie i działania, mające na celu jego ograniczenie lub zapobieganie rozpowszechnianiu się. Dotyczy to zwłaszcza strategii budowanych na poziomie lokalnym. Społeczności udzielają poparcia, jeśli w kontekście realnych, lokalnych uwarunkowań postrzegają problem jako istotny. **Brak akceptacji lokalnej społeczności dla proponowanych działań, czy to profilaktycznych, czy terapeutycznych, znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych rezultatów.**

Liczne badania wykazują, że opinia publiczna na temat istotności problemów zmienia się w zależności od tego, czy w pytaniu chodzi o wagę problemu na poziomie kraju, czy na poziomie lokalnym. Zasada ta dotyczy także problemu narkomanii. Tabela poniżej zestawia wyniki trzech badań ogólnopolskich, których respondenci odpowiedzieli na pytanie: jakie problemy na poziomie lokalnym wymagają w ich opinii najpilniejszych rozwiązań? W roku 1994, wśród kwestii priorytetowych, narkomanię wskazało nieco ponad 7%, w badaniu w roku 2000 prawie 18%, a w 2002 proporcja tak myślących spadła do 11%. W trzech cytowanych badaniach pytano również o najpilniejsze problemy na poziomie kraju. Przy tak sformułowanym pytaniu narkomanię wskazywało odpowiednio: 14,3%, 20,9% i 17,5%.

Tabela 2. Odsetki respondentów lokujących poszczególne problemy wśród trzech najważniejszych na poziomie lokalnym

Problem	1994*	2000**	2002***
Przestępczość pospolita	28,8	40,6	15,1
Przestępczość gospodarcza	15,8	12,9	11,0
Narkomania	7,3	17,7	11,3
Zanieczyszczenie środowiska	41,3	16,3	9,0
Alkoholizm	36,7	31,5	27,7
Zły stan zdrowia	40,6	35,5	19,4
Spadek stopy życiowej/bieda	37,2	44,9	50,1
Bezrobocie	66,8	73,8	80,5
Przemoc w rodzinie	7,9	12,4	9,2
Palenie papierosów	11,5	5,3	
Prostytucja	2,2	2,4	
Problemy narodowościowe	1,4	0,6	

Źródła: * Moskalewicz, Świątkiewicz 1998, ** Świątkiewicz 2000, *** Sierosławski 2002 [BB1].

W latach dzielących poszczególne badania zmienił się ranking najpilniejszych problemów do rozwiązania na poziomie lokalnym. W roku 1994 zdecydowanie pierwsze miejsce zajmowało bezrobocie, które uznano za priorytetowe prawie 70% respondentów. Ponad 40% umieściło na swojej liście zanieczyszczenie środowiska i zły stan zdrowia ludności, a ponad jedna trzecia – alkoholizm i biedę. W dwóch kolejnych badaniach bezrobocie wzmocniło swoją wysoką rangę, na drugie miejsce przesunęła się bieda. Te dwa problemy wyraźnie dominują wśród priorytetów, wskazywanych na poziomie lokalnym. Na ich tle obniżyła się ranga wszystkich pozostałych problemów, w tym narkomanii.

Zmienione w okresie transformacji uwarunkowania ekonomiczno-ustrojowe sprzyjały wzrostowi podaży tzw. prawdziwych narkotyków, wpływowi zachodniego stylu życia i mody na narkotyki syntetyczne. Od początku lat dziewięćdziesiątych do chwili obecnej kwestia narkomanii jest często podnoszona w mediach. Towarzyszyły temu szeroko zakrojone działania informacyjne, skierowane do całego społeczeństwa. Dane obiektywne, statystyki medyczne i ogólnopolskie badania ankietowe systematycznie potwierdzały rosnące rozpowszechnienie eksperymentów z narkotykami i wzrost liczby osób uzależnionych. Warto jednak zauważyć, że w okresie transformacji kwestie wcześniej nie postrzegane jako polskie problemy, np. bezrobocie i bieda, oraz wzrost rozpowszechnienia „starych” problemów, jak przestępczość pospolita – tworzyły kontekst, który utrudniał przebicie się do świadomości społecznej problemu narkomanii. Ta „konkurencja” wpłynęła zapewne na to, że mimo częstej obecności w debacie publicznej, **narkomania w percepcji społecznej nie jest postrzegana jako problem wysokiej rangi.**

Warto zauważyć także, że mimo rosnącego rozpowszechnienia problemów związanych z używaniem alkoholu ranga tego problemu na poziomie lokalnym wyraźnie się zmniejszała. Spośród trzech problemów związanych z używaniem substancji (alkoholizm, narkomania, palenie papierosów), tylko problem narkomanii był na początku nowego milenium wymieniany częściej niż w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych.

W polskiej tradycji alkoholizm i narkomania są traktowane jako oddzielne problemy społeczne. Tymczasem istnieje wiele argumentów za tym, aby **nadużywanie przez społeczeństwo substancji psychoaktywnych traktować jako jeden problem.**

Te same mechanizmy zwiększają konsumpcję zarówno legalnych substancji, jak alkohol i leki psychoaktywne, jak i nielegalnych narkotyków. Od wielu lat obserwujemy tendencję do medykalizacji życia codziennego. Proces ten jest oparty na skutecznym lansowaniu wiary w to, że nauka i medycyna dysponują odpowiednimi pigułkami na wszelkie problemy. W tym kontekście współczesna popularność amfetaminy („pomaga się uczyć”) lub ekstazy („pozwala długo tańczyć”) powinna być postrzegana jako szczególny przejaw bardziej ogólnego zjawiska.

Wąska specjalizacja i podział na problemy alkoholowe i te związane z narkotykami są przyczyną braku spójnej polityki wobec substancji psychoaktywnych. W okresie, gdy poziom kontroli nad produkcją, dystrybucją i reklamą alkoholu i leków psychoaktywnych został w znacznym stopniu zliberalizowany, regulacje prawne dotyczące narkotyków stały się bardziej represyjne.

Popytowi na substancje psychoaktywne, kreowanemu zarówno przez ich producentów i przez media czy popularne zespoły muzyczne, niełatwo przeciwstawić atrakcyjne rozwiązania. Zmniejszanie konsumpcji, a co za tym idzie – zasięgu społecznych i zdrowotnych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu, papierosów, leków i narkotyków – **wymaga spójnej i przemyślanej strategii.**

Sporą szansę na bardziej zintegrowane podejście do problemu nadużywania substancji psychoaktywnych mają społeczności lokalne. Jednym z trwałych skutków zmian, zainicjowanych w latach dziewięćdziesiątych, jest większa potencjalna swoboda i samodzielność gmin w kształtowaniu i realizacji lokalnej polityki społecznej. Zintegrowane podejście mogłoby wpłynąć na społeczną percepcję problemu i ułokować go na wyższej pozycji w hierarchii kwestii społecznych, co może zwiększać poziom społecznej akceptacji dla strategii i działań zapobiegawczych.

Warto zapamiętać!

- Brak akceptacji lokalnej społeczności dla jakichkolwiek działań znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych celów.
- Istnieje wiele argumentów za tym, aby traktować zjawisko alkoholizmu i narkomanii jako jeden problem.

Literatura:

- Kirschner H., Kopczyński J. (red.), *Aktualne problemy zdrowotne. Zagrożenia i szanse*. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999.
- Świątkiewicz G., *Zmienna opinia publiczna na temat rangi alkoholizmu na tle innych problemów społecznych*. „Alkohol a Społeczeństwo. Alkohol a Zdrowie” 2004, nr 30, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- Moskalewicz J., Świątkiewicz G., *Nadużywanie substancji psychoaktywnych na tle innych problemów społecznych w Polsce*, w: Piątkowski W., Brodński W. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Milenium, Dębica 2005, s. 203-218.

2.6 Reakcje społeczne (postawy, reakcje nieformalne, dylematy etyczne)

Grażyna Świątkiewicz

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jaka jest rola reakcji społecznej w kształtowaniu kierunków działań profilaktycznych?

Wszędzie tam, gdzie toczy się życie społeczne, **pojawiają się zjawiska i zachowania, które mogą zakłócać harmonijne funkcjonowanie społeczeństwa czy społeczności**. Na niektóre z nich społeczeństwo reaguje. Reakcję społeczną inicjuje debata społeczna, w wyniku której uzgadniana jest definicja problemu, będąca punktem wyjścia do tworzenia programu jego ograniczania lub zapobiegania. Program jest instrumentem przemiany na lepsze jakiegoś niekorzystnego aspektu życia społeczności. Proponowane w nim cele i działania ingerują w bardzo delikatną tkankę życia społecznego i mają na celu dokonanie założonych zmian.

Wczesna reakcja społeczna umożliwia wypracowanie strategii profilaktycznej, a więc podejmowanie działań, zanim niepożądane zjawisko się rozprzestrzeni. Jeśli reakcja następuje bardzo późno, istnieje większe prawdopodobieństwo przyjęcia drastycznych, restrykcyjnych rozwiązań problemu. **Brak reakcji społecznej** na pojawiające się w społeczeństwie negatywne, szkodliwe zjawiska **może być przyczyną szybkiego ich rozpowszechniania się i narastania szkód**.

Generalnie – społeczne reagowanie na problem jest zjawiskiem korzystnym, niemniej warto pamiętać, że możliwe są takie reakcje, które nie tylko nie ograniczają występowania niepożądanych zjawisk, ale wręcz przeciwnie – przynoszą społeczne szkody, jak np. negatywne naznaczanie tak zwanych nosicieli problemu (np. osób uzależnionych od narkotyków) lub naruszenie przyjaznych relacji między dorosłymi a młodzieżą.

Już pierwszy etap reakcji społecznej na poziomie definiowania problemu może na lata określić kierunki działań i warunkować ich skuteczność. **Konsekwencją definiowania narkomanii jako zjawiska kryminalnego** może być proponowanie rozwiązań o charakterze represyjnym. Taka definicja sprzyjać będzie tworzeniu uproszczonego stereotypu osoby problemowo używającej narkotyków, jako godnej jedynie potępienia. Definiowanie zjawiska używania przez młodzież narkotyków jako **całkowicie oddzielnego i nieporównanie bardziej groźnego od eksperymentowania z innymi substancjami może mieć poważne konsekwencje**:

- Sprzyja forsowaniu w strategiach profilaktycznych rozwiązań polegających na piętnowaniu, wyszukiwaniu i karaniu niewłaściwych zachowań. Dobrą ilustracją takiego podejścia jest stosowanie testów na obecność narkotyków w niektórych szkołach. Główną wątpliwość wobec takich działań wyrażana jest zwykle w związku z tym, że wyniki mogą być fałszywie pozytywne albo fałszywie negatywne. Nawet gdyby testy były niezawodne, ich stosowanie burzy relacje zaufania między uczniami i nauczycielami. Bez tych relacji jakiegokolwiek wysiłki wychowawcze, w tym profilaktyczne, nie mogą być skuteczne.
- Upowszechnia wśród dorosłych silny lęk o przyszłość ich dzieci. W konsekwencji rodzice i wychowawcy nie są w stanie na ten temat z rozmawiać młodzieżą, a jeśli młodzi ludzie zaczynają mieć związane z narkotykami problemy, nie mają się do kogo zwrócić.
- Wiąże się z liberalizacją postaw wobec nadużywania przez młodzież substancji legalnych. Jak w prowadzonych ostatnio badaniach jakościowych stwierdzili uczniowie szkół średnich – „dorośli tak panicznie boją się narkotyków, że przysmykają oczy na nasze picie i palenie”.

Działania zmierzające do ograniczania problemów związanych z używaniem narkotyków lub ich zapobiegania powinny być prowadzone w kontekście używania innych substancji psychoaktywnych, a także wiedzy na temat ogólnej skłonności młodych ludzi do podejmowania ryzykownych eksperymentów. Działania takie mogą zmierzać do ochrony zdrowia publicznego. Oczywiście, wszelkie podejmowane

w tej dziedzinie działania niosą ze sobą **ryzyko ograniczania praw jednostki do dokonywania swobodnych wyborów**. Społeczna reakcja na problem to także objęcie społeczną kontrolą niektórych zachowań, wskazywanie, co jest legalne, a co nielegalne, wyciąganie konsekwencji wobec osób niestosujących się do ustalonych zakazów. Dlatego przed podjęciem działań potrzebna jest jak najszersza społeczna dyskusja, w której uwzględniano by kwestię gotowości społeczeństwa do dobrowolnego stosowania się do zakazu palenia czy ograniczenia liczby punktów sprzedaży alkoholu.

Tak więc inicjatorzy reakcji społecznej, a tym samym społecznej debaty wokół jakiegoś problemu, powinni starać się **angażować jak najszerze kręgi społeczne**. Zwiększa to od początku prawdopodobieństwo późniejszej społecznej akceptacji dla proponowanych rozwiązań, a także szerokiej partycypacji w realizowanych działaniach. Dość powszechnie uważa się, że skuteczną metodą podnoszenia społecznej wrażliwości na problem są kampanie medialne. Warto jednak pamiętać, że treść medialnych anonsów nie tylko zwiększa widoczność problemu, ale także wpływa na ukształtowanie się jego społecznej definicji.

Nie da się dzisiaj prowadzić społecznej debaty bez użycia **mediów**. Warto jednak pamiętać, że interesy kreatorów mądrych strategii profilaktycznych pozostają w sprzeczności z interesami mediów. Mądra profilaktyka unika sensacji, szokowania drastycznymi przykładami czy wielkimi liczbami, a więc tego, co najlepiej sprzedaje się w mediach. Warto bardzo starannie przygotowywać wszelkie wypowiedzi i argumenty, które mają być upowszechniane za pomocą mediów. Wydaje się, że odpowiedzialne informowanie o problemach jest łatwiejsze w mediach lokalnych niż w znacznie ostrzej konkurujących ogólnokrajowych gazetach, tygodnikach czy programach telewizyjnych.

W przypadku narkomanii potrzebę społecznej reakcji często próbuje się dokumentować **wynikami badań** na temat ogromnego rozpowszechnienia zjawiska eksperymentowania z narkotykami. Media informują, że narkotyki są w każdej szkole, że używa ich większość młodzieży. Systematyczna prezentacja takich argumentów inaczej działa na młodzież, a inaczej na dorosłych. U dorosłych, których wiedza o narkotykach jest bardzo mała, podnoszą one poziom lęku i skłaniają do poszukiwania radykalnych środków zaradczych. W przypadku młodzieży ciągłe powtarzanie, że narkotyki są wszędzie, jest kreowaniem nowych postaw normatywnych. Postawa normatywna w tym przypadku to przekonanie, że dane zjawisko jest w życiu społecznym czymś „normalnym”, a nie marginalnym. Przekonanie o tym, że eksperymentowanie z narkotykami jest zjawiskiem powszechnym, może sprzyjać podjęciu takich eksperymentów przez osoby, które chcą dołączyć do grona swoich „normalnych” rówieśników.

Warto zapamiętać!

- Definiowanie narkomanii jako zjawiska całkowicie oddzielnego i nieporównanie groźniejszego od eksperymentowania np. z alkoholem i papierosami może w niezamierzony sposób prowadzić do popularyzacji tego drugiego zagrożenia.
- Ciągłe powtarzanie informacji o powszechności narkotyków może sprzyjać podjęciu eksperymentów z narkotykami przez osoby, które chcą w ten sposób dołączyć do grona swoich „normalnych” rówieśników.



3. ***Polityka wobec narkomanii***





3.1 Strategie (ograniczanie popytu, redukcja podaży, minimalizacja szkód)

Jacek Moskalewicz

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakie czynniki miały wpływ na ukształtowanie strategii ograniczania popytu, podaży i minimalizowania szkód?

Politykę wobec narkotyków można określić jako zespół środków, których stosowanie ma na celu ograniczenie **problemów związanych z konsumpcją narkotyków poprzez zmniejszenie popytu, podaży oraz bezpośrednio poprzez redukcję szkód**.

W drugiej połowie XX wieku w polityce wobec narkotyków dominowało na świecie **ograniczanie podaży**, zwane także walką z narkomanią czy też wojną przeciwko narkotykom (ang. *war on drugs*). Wprowadzając całkowity zakaz narkotyków, polityka wobec narkomanii pozbawiła się całej gamy instrumentów (kontrola produkcji, jakości, dystrybucji, reklamy), które okazały się skuteczne w ograniczaniu podaży legalnych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol czy papierosy. Przyjęto model prohibicyjny, którego implementacja jest kosztowna, skuteczność – niewielka, a efekty uboczne przerastają często szkody wynikające z właściwości farmakologicznych substancji psychoaktywnych.

Niepowodzenia kolejnych wojen z narkotykami, na które mogły sobie pozwolić tylko najbogatsze państwa, spowodowały wzrost zainteresowania **strategią ograniczania popytu na narkotyki**. Wyrazem tej zmiany jest **Deklaracja w sprawie ograniczania popytu na narkotyki**, przyjęta w 1998 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Podkreśla ona komplementarny charakter i równorzędną wagę strategii ograniczania podaży i popytu, wzywa także do zwiększenia nakładów na edukację – alternatywy wobec narkotyków, oraz na leczenie i rehabilitację.

Zagrożenie AIDS pobudziło rozwój **strategii ograniczania szkód** (ang. *harm reduction*). Zakłada ona, że pełna abstynencja od narkotyków nie jest możliwa do natychmiastowego osiągnięcia przez wielu ich użytkowników. Dlatego też zmierza się bezpośrednio do ograniczenia negatywnych zjawisk wśród problemowych użytkowników narkotyków, nie stawiając warunku przerwania konsumpcji. Najbardziej skuteczne instrumenty ograniczania szkód – to programy wymiany igieł i strzykawek, powiązane z edukacją w zakresie bezpieczniejszych wzorów konsumpcji oraz bezpiecznego seksu. Ogromną rolę w zmniejszaniu ryzyka mogą odegrać – i odgrywają w wielu krajach – programy leczenia substytucyjnego.

3.2 Kontekst międzynarodowy

Bogusława Bukowska
Piotr Jabłoński

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakież są najważniejsze zasady działania w odniesieniu do narkotyków w Unii Europejskiej?
- Jakież organizacje międzynarodowe aktywnie angażują się we współpracę związaną z problematyką narkotyków?

Współpraca w zakresie narkotyków na poziomie unijnym opiera się w dużej mierze na osiągnięciach wypracowanych przez wspólnotę międzynarodową **pod auspicjami Narodów Zjednoczonych**. Ponadto w traktatach konstytuujących **Unię Europejską** znajdują się bezpośrednie odniesienia do problemu narkotyków i narkomanii (Traktat o Wspólnocie Europejskiej, Traktat o Unii Europejskiej). Praktyczna aktywność antynarkotykowa Unii opiera się na realizacji *Strategii Unii Europejskiej wobec narkotyków* (obecnie na lata 2005-2012) oraz *Planów Działania dotyczących Narkotyków*.

W polityce antynarkotykowej Unii wyróżnić można dwa cele:

- zapewnienie wysokiego poziomu zdrowia publicznego poprzez wsparcie państw członkowskich w ograniczaniu szkód zdrowotnych powodowanych przez narkotyki, szczególnie przy pomocy profilaktyki i informacji;
- zagwarantowanie przez Unię i państwa członkowskie wysokiego poziomu bezpieczeństwa poprzez podejmowanie działań wymierzonych w przestępczość narkotykową oraz intensyfikowanie działań ukierunkowanych na prewencję karną.

Zintegrowane, multidyscyplinarne, zrównoważone podejście, łączące w sobie ograniczanie podaży i popytu na narkotyki, odzwierciedla długoterminowe priorytety Unii Europejskiej w polityce antynarkotykowej.

Szczególne role w realizacji polityki Unii przypada **Komisji Europejskiej**, która podejmuje inicjatywy w zakresie spraw dotyczących zdrowia publicznego, współpracy międzynarodowej, pomocy i rozwoju oraz informacji. Działania, zmierzające do budowy „obszaru wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości” (walka z przestępczością zorganizowaną i przemytem narkotyków), podejmowane są wspólnie przez Komisję Europejską oraz państwa członkowskie.

W Unii Europejskiej problem narkotykowy jest rozproszony merytorycznie, co stanowi wypadkową jego multidyscyplinarnego charakteru. Na poziomie grup roboczych głównym ciałem koordynacyjnym w zakresie problemu narkotyków jest w Sekretariacie Generalnym Rady tzw. **Horyzontalna Grupa ds. Narkotyków**. Głównymi celami jej prac są: wymiana informacji, ocena polityk narkotykowych i problemów na poziomie UE, identyfikacja kluczowych zagadnień obejmujących więcej niż jedno państwo członkowskie, poprawa koordynacji działań podejmowanych przez państwa członkowskie w ramach Unii, a także poza nią.

Zagadnienia dotyczące narkomanii i narkotyków omawiane są ponadto w ramach Grupy ds. Zdrowia Publicznego, Grupy ds. Współpracy Policyjnej, Multidyscyplinarnej Grupy Roboczej ds. Przestępczości Zorganizowanej oraz grup roboczych do spraw współpracy celnej.

W celu zapewnienia Wspólnocie Europejskiej oraz krajom członkowskim obiektywnej, rzetelnej i porównywalnej informacji z zakresu narkotyków powołane zostało **Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii** z siedzibą w Lizbonie, którego immanentną częścią jest sieć krajowych centrów monitorujących.

Kwestia zwalczania przestępczości narkotykowej została wpisana także w kompetencje **Europejskiego Urzędu Policji EUROPOL** oraz agencji **EUROJUST**:

- EUROPOL jest europejską organizacją właściwą w sprawach zwalczania terroryzmu, przestępczości narkotykowej oraz innych poważnych form przestępczości zorganizowanej;
- EUROJUST powstał w celu wzmocnienia zwalczania przestępczości zorganizowanej na terytorium Unii Europejskiej.

Poza Unią zagadnienia współpracy w zakresie narkotyków są realizowane w ramach działań innych organizacji międzynarodowych:

- **Międzynarodowe Biuro Kontroli Narkotyków** jest niezależnym ciałem ustanowionym przez konwencję prawa międzynarodowego do monitorowania, promowania i udzielania pomocy w implementacji prawa międzynarodowego na poziom krajowy.
- **Komisja Środków Odurzających Narodów Zjednoczonych** jest ciałem wyspecjalizowanym do przygotowywania międzynarodowych uregulowań dotyczących kontroli nad środkami odurzającymi. Jej mandat obejmuje monitorowanie światowego planu działania przeciw narkotynom i narkomanii. Polska jest członkiem Komisji od 1 stycznia 2006 r.
- **Biuro ds. Narkotyków i Przestępczości Narodów Zjednoczonych** zajmuje się badaniami i pracą analityczną nad zjawiskiem przestępczości i narkotyków.
- **Światowa Organizacja Zdrowia**, jako agencja Narodów Zjednoczonych, wyznacza kierunki rozwoju w zakresie ochrony zdrowia, współpracuje z rządami przy opracowywaniu i realizacji narodowych planów ochrony zdrowia i pomaga w ich transferze i implementacji.
- **Grupa Pompidou**, działająca w ramach Rady Europy, jest ciałem międzynarodowym, niepolitycznym, spełniającym rolę pomostową w promowaniu multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkotyków. Obecnie funkcje wiceprzewodniczącego pełni przedstawiciel Polski.
- **Grupa Dublińska** – jest nieformalną inicjatywą państw członkowskich UE oraz państw Grupy G7. Celem jej działania jest poprawa koordynacji w zakresie kontroli nad narkotykami oraz powiązanych z tym projektów. Polska obecnie przewodniczy Minigrupie Dublińskiej na Europę Wschodnią.

Współpraca w ramach narkotyków – ze względu na swój multidyscyplinarny i wielosektorowy charakter – wymaga przede wszystkim skutecznych mechanizmów koordynacyjnych, łączących wszystkie istotne elementy zagadnienia: zdrowie publiczne, edukację i sprawy społeczne, ściganie i zwalczanie przestępczości, współpracę międzynarodową.

Więcej o omówionych powyżej organizacjach i programach można przeczytać na następujących stronach internetowych:

- Commission on Narcotic Drugs (Komisja Środków Odurzających Narodów Zjednoczonych) <http://www.unodc.org/unodc/cnd.html>
- Pompidou Group – http://www.coe.int/T/dg3/pompidou/Default_en.asp
- International Narcotic Control Board (Międzynarodowe Biuro Kontroli Narkotyków) – <http://www.incb.org/incb/index.html>, <http://www.unodc.org/unodc/en/incb.html>
- World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia) – <http://www.who.int/en/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii) <http://www.emcdda.europa.eu/>
- EUROPOL – <http://www.europol.europa.eu/>
- EUROJUST – <http://eurojust.europa.eu/>
- United Nations Office on Drugs and Crime (Biuro ds. Narkotyków i Przestępczości Narodów Zjednoczonych) – <http://www.unodc.org/unodc/index.html>
- Dublin Group (Grupa Dublińska) – http://ec.europa.eu/comm/external_relations/drugs/dublin/

3.3 Prawne aspekty przeciwdziałania narkomanii

Bogusława Bukowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jak *cele* przyświecały przyjęciu przez ONZ i państwa-sygnatariuszy międzynarodowego prawa dotyczącego kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych?
- Jak *są* najistotniejsze postanowienia ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku?
- Jak *idee* leżą u podstaw Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 oraz jakie *są* jego główne założenia?

Uregulowania międzynarodowe

Już w początkach XX w. społeczność międzynarodowa podejmowała próby kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych. Uzasadnieniem dla podjęcia pierwszych prac, których celem było stworzenie międzynarodowych przepisów prawnych, regulujących kwestie obrotu środkami odurzającymi, był problem coraz powszechniejszego używania opium. W okresie międzywojennym opracowano szereg międzynarodowych konwencji, regulujących kwestie nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Obowiązywały one społeczność międzynarodową do **1961 r.**, kiedy to przyjęto **Jednolitą Konwencję**, która obecnie stanowi podstawowy akt prawny w zakresie międzynarodowej kontroli narkotyków. W oparciu o jej postanowienia systemem kontroli objęto przede wszystkim środki odurzające pochodzenia naturalnego w postaci produktów roślinnych (mak opiumowy, opium, liście koka, konopie indyjskie) oraz w postaci półsyntetycznej, stanowiące rezultat poddania środków naturalnych obróbce chemicznej (morfina, heroina, kokaina). Obowiązuje także **Konwencja o substancjach psychotropowych**, przyjęta w **1971 r.** Obejmuje ona kontrolą substancje psychotropowe, przede wszystkim produkty przemysłu farmaceutycznego. Konwencje z lat 1961 oraz 1971 określają w swoich załącznikach, jakie środki i substancje są środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Kontrolowane przez konwencje substancje dzielą się na grupy, a każda z nich podlega innemu zakresowi kontroli. Konwencje nakładają także obowiązki dotyczące kontroli upraw roślin, wykorzystywanych do produkcji środków odurzających, oraz obowiązek prowadzenia obrotu detalicznego leków zawierających środki odurzające w oparciu o recepty lekarskie.

Powyższe dwie konwencje uzupełnione zostały w **1988 r.** kolejną **Konwencją Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi**. Kładzie ona nacisk na harmonizację krajowych legislacji w zakresie stosowanych środków represji karnej oraz na wzmocnienie współpracy międzynarodowej w zwalczaniu nielegalnego handlu narkotykami.

Chociaż omówione powyżej konwencje są niekiedy krytykowane przez część społeczności międzynarodowej (np. Holandię) za zbyt dużą ingerencję w określaniu celów polityki antynarkotykowej na szczeblu krajowym, stanowią obecnie podstawowe ramy prawne, w których mieścić się powinny ustawodawstwa krajowe państw-sygnatariuszy konwencji i wdrażane przez nie rozwiązania praktyczne.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. w sposób kompleksowy odnosi się do zagadnień związanych z problematyką ograniczania popytu i podaży narkotyków. Poniżej omówimy niektóre ważne kwestie, regulowane przepisami tej ustawy.

Koordinacja polityki przeciwdziałania narkomanii

Koordinowanie polityki przeciwdziałania narkomanii należy **do zadań Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii**. Jej uprawnienia polegają zarówno na doradzaniu Prezesowi Rady Ministrów, jak i na prowadzeniu koordynacji „w sprawach z zakresu przeciwdziałania narkomanii”. Członkami Rady mogą być wyłącznie sekretarze lub podsekretarze stanu w odpowiednich resortach.

Rola i zadania Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Krajowe Biuro jest instytucją podległą ministrowi zdrowia. Zostało utworzone w 1993 r. Od tego czasu zakres kompetencji Biura ulegał znacznym modyfikacjom. Wpływ na to miały zwłaszcza reformy społeczno-administracyjne, wprowadzone w Polsce pod koniec lat 90., proces akcesji do Unii Europejskiej oraz pełnoprawne członkostwo w Unii od 2004 r. Misją Krajowego Biura jest podejmowanie działań na rzecz ograniczania używania narkotyków. Najważniejszym zadaniem postawionym przez ustawodawcę wydaje się być **opracowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz koordynowanie i monitorowanie jego wykonania**.

Zadanie to niejako organizuje inne kierunki działań, nałożone na Biuro, m.in.:

- prowadzenie badań dotyczących problematyki używania narkotyków;
- inicjowanie i prowadzenie prac nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi;
- podejmowanie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych, w tym wspieranie i prowadzenie szkoleń dla różnych grup zawodowych;
- udzielanie merytorycznego wsparcia instytucjom, placówkom i osobom zajmującym się problematyką narkomanii;
- udzielanie w imieniu ministra zdrowia dotacji na realizację programów z zakresu zapobiegania narkomanii.

W strukturze Krajowego Biura funkcjonuje także **Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii**, pełniące funkcję punktu obserwacyjnego dla Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Do najważniejszych zadań Centrum należy prowadzenie krajowego systemu informacji o narkotykach oraz monitorowanie działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania narkomanii na poziomie krajowym i międzynarodowym. Centrum współpracuje na poziomie regionalnym z ekspertami wojewódzkimi.

Ekspert wojewódzki

W okresie przygotowań do członkostwa w Unii Europejskiej Polska była zobowiązana do utworzenia Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, pełniącego funkcję ośrodka badawczo-monitorującego w obszarze narkomanii. Wydawało się wówczas, że aby Centrum mogło wypełniać swoje funkcje w sposób efektywny, powinno posiadać właściwe odniesienia na poziomie województw. W ten sposób doszło do powołania przez marszałków ekspertów regionalnych (obecnie nazwanych ekspertami wojewódzkimi), których funkcjonowanie zostało prawnie usankcjonowane przepisami obecnej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Do ich **zadań** należy m.in. zbieranie danych oraz wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii objętych badaniami statystyki publicznej, inicjowanie oraz prowadzenie badań dotyczących narkomanii oraz formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii na poziomie województwa. Wydaje się, że nowe przepisy prawne dają władzom samorządowym instrument, który właściwie wykorzystywany może przyczynić się do zwiększania racjonalności podejmowanych działań profilaktycznych oraz podnoszenia ich jakości.

Wojewódzkie i Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii

Ustawa wprowadza obowiązek uchwalania Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii – odpowiednio przez sejmik województwa lub radę gminy. Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii **powinny uwzględniać zadania własne gminy wymienione w ustawie, kierunki działań przewidziane do realizacji dla gmin określone w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii oraz zadania ogólne z obszaru przeciwdziałania narkomanii określone w art. 2 ust. 1 pkt 1- 3. ustawy.** Organy wykonawcze samorządu województwa i gminy odpowiadają za przygotowanie odpowiednich projektów programu. W odniesieniu do gminy ustawodawca wskazał także katalog zadań własnych gminy (omówione zostały one w rozdziale 4.2), które są kompatybilne z wymienionymi w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Nowo obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, zmieniając przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, wskazuje także źródła finansowania zadań ujętych w Wojewódzkim i Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Są to opłaty i dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną i hurtową alkoholu.

Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od narkotyków

Ustawa utrzymała wcześniejsze przepisy, mówiące o **możliwości podejmowania leczenia przez osoby uzależnione od narkotyków niezależnie od ich miejsca zamieszkania w kraju oraz niepobierania opłat za leczenie i rehabilitację.** Zachowano także **zasadę dobrowolności leczenia i rehabilitacji**, z wyłączeniem osób niepełnoletnich, które sąd może skierować na leczenie.

Przepisy ustawy określają także specjalistyczne **kwalifikacje, uprawniające do prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków**, którą może prowadzić lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii lub osoba, która ukończyła specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków, w zakresie instruktora lub specjalisty terapii uzależnień.

W sprawie **leczenia substytucyjnego** – ustawa wprowadziła nowe rozwiązania organizacyjne. Uprawnienia do prowadzenia tej formy terapii może otrzymać zarówno publiczny, jak i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, po uzyskaniu odpowiedniej zgody i spełnieniu warunków określonych w ustawie i rozporządzeniu w sprawie leczenia substytucyjnego.

Przepisy karne

Kwestią budzącą najwięcej kontrowersji w toku prac nad ustawą były **przepisy dotyczące karania za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek.** Ostatecznie art. 62 ustawy przyjęto w brzmieniu wprowadzonym w 2000 r.: „Kto posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeśli przedmiotem czynu jest (...) znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5. W przypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Nowa ustawa poszerzyła także **katalog środków probacyjnych.** W myśl nowych przepisów – prokurator może zawiesić postępowanie, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancji szkodliwych, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub weźmie udział w programie profilaktyczno-leczniczym. Analogiczne rozwiązania można zastosować na etapie postępowania sądowego.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN)

KPPN stanowi **podstawę działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii.** Powinien on uwzględniać zadania określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, sytuację epidemiologiczną w zakresie za-

groźen narkomanią oraz strategię działań wynikającą z Europejskiego Planu Walki z Narkotykami. Ustawa nakłada na administrację rządową obowiązek szczegółowego formułowania kierunków i rodzajów działań służących osiągnięciu celów KPPN. Równocześnie ustawodawca określił, że koszty realizacji działań wynikających z Krajowego Programu są finansowane z budżetu państwa, z części pozostających w dyspozycji właściwych ministrów. Oznacza to, że na realizację Krajowego Programu nie przewidziano specjalnego, odrębnego budżetu.

W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego zrezygnowano ze szczegółowego określania zadań do realizacji, ograniczając się do definiowania kierunków działań. Tym samym pozostawiono władzom samorządowym samodzielność w podejmowaniu decyzji w sprawach szczegółowych problemów, którymi należy się zająć, i sposobów ich rozwiązywania. Powyższe rozwiązanie zastosowano w polskim ustawodawstwie po raz pierwszy. Kierowano się przy tym doświadczeniem z lat poprzednich, które wskazywało, że określenie uniwersalnego dla wszystkich gmin katalogu zadań i działań do realizacji jest niemożliwe i nieuzasadnione, ponieważ charakter problemów związanych z narkotykami, ich skala oraz dostępne zasoby są bardzo różnicowane. Bardziej szczegółowe omówienie KPPN na lata 2006-2010 znajduje się w rozdziale 4.2.

Warto zapamiętać!

- Konwencje ONZ stanowią podstawowe międzynarodowe akty prawne, które określają ramy prawne dla ustawodawstwa krajowego.
- Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. wprowadziła szereg zmian w obowiązujących przepisach, a w szczególności: wskazała Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako ciało odpowiedzialne za koordynowanie krajowej polityki przeciwdziałania narkomanii, nałożyła obowiązek tworzenia Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii oraz wskazała źródła finansowania tych programów.

Literatura:

- Krajewski K., *Sens i bezsens prohibicji – prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Zakamycze 2001.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.), dostępna na stronie www.narkomania.gov.pl
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033), dostępne na stronie www.narkomania.gov.pl



4. ***Rola i zadania poziomu lokalnego***



4.1 Gmina płaszczyzną współpracy

Anna Hejda
Beata Kozłowska

Zgodnie z **idea subsydiarności**, która sięga swymi korzeniami czasów starożytnych, wszelkie decyzje powinny zapadać na szczeblu możliwie najbliższym obywatelom, a więc raczej w gminach czy regionach, a nie w instytucjach administracji rządowej. Ma to swoje uzasadnienie – mieszkańcy najlepiej wiedzą, jakie problemy ich dotyczą, i sami – przy pewnej pomocy z zewnątrz – są w stanie skutecznie je rozwiązać. Społeczność lokalna nie tylko podejmuje decyzje bezpośrednio jej dotyczące, ale także z zaangażowaniem decyzje te realizuje i za nie odpowiada.

Rozwiązywanie problemów lokalnych przez instytucje centralne – zewnętrzne wobec wspólnoty lokalnej, w sytuacji, kiedy samorząd jest w stanie sobie z danym problemem poradzić – jest niecelowe. Prowadzi do tego, że mieszkańcy przestają się angażować w życie własnej społeczności, a niejednokrotnie sprzeciwiają się narzuconym odgórnie rozwiązaniom. Wątpliwa wydaje się też możliwość postawienia trafnej diagnozy problemu przez kogoś z zewnątrz, kto nie zna specyfiki lokalnej.

Najlepszym miejscem na podjęcie działań na rzecz przeciwdziałania narkomanii wydaje się być gmina. Czy jednak gmina powinna ten problem rozwiązywać sama?

Kiedy mówimy o gminie, najczęściej myślimy o jej władzach, które wykonują swoje zadania przy pomocy urzędu oraz innych jednostek organizacyjnych, powoływanych do określonych celów. A przecież gmina to wspólnota lokalna, czyli grupa społeczna o uświadomionym poczuciu wspólnej tożsamości. Idei subsydiarności nie należy rozumieć tylko jako rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji przez najniższe szczeble władzy, nawet jeżeli chodzi o władzę samorządową. Subsydiarność to także udzielanie pomocy samej społeczności w tym, aby samodzielnie rozwiązywała swoje problemy. I tu idea subsydiarności łączy się z **idea partnerstwa**. Podjęcie takiego problemu, jak przeciwdziałanie narkomanii musi uwzględniać współudział partnerów społecznych, którzy są najbardziej zaangażowani w planowane działania, co przyczynia się do zwiększenia efektywności i celowości podejmowanych działań.

Działalność organizacji pozarządowych w zakresie spraw społecznych znacząco uzupełnia działalność instytucji administracji publicznej – rządowej i samorządowej. Współdziałanie z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego i partnerami społecznymi umożliwia członkom społeczności lokalnych podejmowanie decyzji w sprawach dotyczących jakości ich życia oraz wzmacnia budowę więzi społecznych.

4.2 Zadania ustawowe gminy oraz kierunki wyznaczone przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010

Bogusława Bukowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakiek zadania określono jako zadania własne gminy w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii?
- Jak zakres odpowiedzialności gmin został określony w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010?
- Jakiek zadania powinien uwzględniać Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii?

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. określa **zadania własne gminy** w tym zakresie. Powinny one być uwzględnione w **Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii**.

Do zadań własnych gminy należą:

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem;
- udzielanie pomocy psychospołecznej i prawnej rodzinom, w których występują problemy narkomanii;
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności skierowanej do dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- pomoc społeczna osobom uzależnionym i ich rodzinom dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym, integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

W celu realizacji powyższych zadań, wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać **pełnomocnika**.

Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii powinien także obejmować kierunki działań zaplanowane do realizacji dla samorządów w KPPN, które podporządkowane są realizacji celu ogólnego KPPN. W przyjętym przez Radę Ministrów rozporządzeniu w sprawie KPPN na lata 2006-2010 cel ogólny sformułowano jako „Ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych”.

Cel ogólny realizowany jest przez jednostki samorządu terytorialnego w trzech z pięciu obszarów:

- profilaktyka;
- leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna;
- badania i monitoring.

Jeśli chodzi o dwa pozostałe obszary (ograniczanie podaży i współpraca międzynarodowa), uznano, że pozostają one przede wszystkim w kompetencjach administracji rządowej i dlatego nie będą omówione w tym rozdziale. Dla każdego z obszarów sformułowano cel główny, którego osiągnięcie powinno przyczynić się do zrealizowania celu ogólnego.

Profilaktyka

W obszarze profilaktyki celem jest „**zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki**”. Jednostki samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do zwiększenia zainteresowania problematyką zapobiegania narkomanii na szczeblu samorządowym poprzez wdrażanie gminnych i wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii oraz do większej troski o jakość tych programów.

Rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna

W części „rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna” celem głównym jest „**poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od narkotyków**”. Samorządy zobowiązano do podejmowania działań służących polepszeniu jakości postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i ograniczania szkód, przede wszystkim poprzez wspieranie szkoleń adresowanych do różnych grup realizatorów: lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, pracowników ulicznych. W gestii samorządów pozostaje także troska o poprawę dostępności świadczeń, w szczególności poprzez wspieranie rozwoju placówek ambulatoryjnych, programów redukcji szkód i działań ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.

Badania i monitoring

W obszarze „badania i monitoring” cel główny zdefiniowano jako „**wsparcie informacyjne realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii**”. Kierunki działań wyznaczone do realizacji dla jednostek samorządu to monitorowanie epidemiologiczne problemów narkotyków i narkomanii na szczeblu wojewódzkim i lokalnym, w szczególności poprzez zbieranie i analizę danych statystycznych, prowadzenie badań ankietowych w populacji ogólnej i młodzieży szkolnej oraz szacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków. Ponadto samorządy zobowiązano do monitorowania reakcji społecznych na problem narkotyków i narkomanii, oraz do konsolidacji systemu informacji o powyższych zjawiskach poprzez prowadzenie corocznych monitoringów na poziomie wojewódzkim oraz w miastach powyżej 100 000 mieszkańców.

Warto zapamiętać!

- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii wyznacza jednostkom samorządu terytorialnego wyłącznie kierunki działań, rezygnując z określenia szczegółowych zadań, i umieszcza te decyzje w wyłącznej kompetencji samorządów.
- Zadania własne gminy określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oraz kierunki działań dla gmin wskazane w Krajowym Programie powinny być uwzględnione w Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii.

Literatura:

- Krajewski K., *Sens i bezsens prohibicji – prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Zakamycze 2001.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033).

4.3 Organizacja systemu leczenia, rehabilitacji i opieki postterapeutycznej dla osób używających narkotyki w sposób ryzykowny, szkodliwy i uzależnionych od nich

Bogusława Bukowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jak zorganizowany jest system leczenia, rehabilitacji i opieki postrehabilitacyjnej w Polsce?
- W jaki sposób gminy mogą wpływać na kształt systemu pomocy dla osób problemowo używających narkotyki?

Zróżnicowanie problemów osób używających narkotyki wynikające ze zmieniających się wzorów używania substancji, rozpowszechniania nowych narkotyków oraz wieku osób używających powoduje, że system pomocy, leczenia i rehabilitacji staje przed coraz to nowymi wyzwaniami. W Polsce świadczenia zdrowotne dla osób używających narkotyki w sposób problemowy udzielają przede wszystkim zakłady opieki zdrowotnej, finansowane przez oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Wśród nich około 70% stanowią niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim pozostają organizacje pozarządowe. Pozostałe 30% to **placówki publicznej służby zdrowia**, zakładane przez jednostki samorządu terytorialnego różnego poziomu. Zakłady opieki zdrowotnej zajmujące się leczeniem i rehabilitacją osób problemowo używających narkotyków to przede wszystkim **placówki specjalistyczne**, dla których osoby z problemem narkotykowym stanowią główny typ pacjenta. Leczenie i rehabilitacja prowadzona jest także przez **placówki psychiatrycznej służby zdrowia** – poradnie zdrowia psychicznego i szpitale psychiatryczne, do których trafiają przede wszystkim osoby wymagające detoksykacji lub ujawniające poważne zaburzenia psychiczne w związku z używaniem narkotyków. W ostatnich latach coraz częściej powstają także placówki, które przyjmują pacjentów uzależnionych zarówno od nielegalnych, jak i legalnych substancji psychoaktywnych (alkoholu). Jednak trzon lecznictwa i rehabilitacji dla osób uzależnionych od narkotyków stanowią specjalistyczne, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę formy udzielania świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym, wyodrębnić możemy **lecznictwo stacjonarne i ambulatoryjne**. W trybie świadczeń całodobowych (stacjonarnych) prowadzona jest detoksykacja, leczenie poważnych zaburzeń psychiatrycznych oraz stacjonarna rehabilitacja w ośrodkach leczniczych, trwająca przeciętnie od 8 miesięcy do 2 lat. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są przede wszystkim przez poradnie leczenia uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego oraz oddziały dzienne. Pomoc ambulatoryjną oferują także punkty konsultacyjne, niebędące placówkami służby zdrowia, prowadzone przez organizacje pozarządowe i fundacje. Punkty konsultacyjne finansowane są przez samorząd lokalny i Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Pacjenci kierowani są do placówek stacjonarnych za pośrednictwem poradni, punktów konsultacyjnych oraz oddziałów detoksykacyjnych na podstawie skierowania od lekarza-psychiatry.

W leczeniu i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków **nie obowiązuje zasada rejonizacji**. Oznacza to, że osoba z problemem narkotykowym może być leczona w dowolnej placówce na terenie kraju, niezależnie od miejsca zamieszkania. Tak też dzieje się najczęściej w lecznictwie stacjonarnym. W przypadku świadczeń ambulatoryjnych oczywiste jest, że muszą być one prowadzone jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Od osób uzależnionych leczonych w zakładach opieki zdrowotnej, które mają podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, **nie pobiera się opłat**. W przypadku osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym leczenie i rehabilitacja finansowana jest z budżetu państwa, ze środków będących w dyspozycji ministra zdrowia.

Integralną częścią opieki nad osobami uzależnionymi od narkotyków powinny pozostawać **programy postrehabilitacyjne**, które utrwalają efekty leczenia oraz stanowią niezbędne wsparcie w procesie reintegracji społecznej. Programy te mogą obejmować całe spektrum oddziaływań: od wsparcia terapeutycznego (np. grupy wsparcia, grupy zapobiegania nawrotom choroby), poprzez pomoc w uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji zawodowych (kursy zawodowe) i znalezieniu miejsca pracy, a skończywszy

na finansowaniu hostelu lub mieszkań readaptacyjnych. Całość oferty postterapeutycznej finansowana jest ze środków samorządu lokalnego, chociaż pobyt w hostelu osoby po zakończonym leczeniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami może być także finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Właściwe zorganizowanie opieki postrehabilitacyjnej i działań z obszaru reintegracji społecznej to poważne wyzwanie dla samorządu gminy.

W opisanym powyżej modelu opieki nad osobami problemowo używającymi narkotyków istnieją istotne luki, które wymagają pilnych interwencji, w czym niemałą rolę powinny odegrać samorządy lokalne. W istniejącym modelu leczenia nadmierną rolę przypisuje się stacjonarnym placówkom leczniczym. Organami założycielskimi dla placówek udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym pozostają samorządowe władze powiatu i województwa oraz organizacje pozarządowe. Gminy nie mają zatem bezpośredniego wpływu na kreowanie dostępu do placówek stacjonarnych. Odwrotna jest sytuacja placówek ambulatoryjnych – poradni oraz oddziałów dziennych, które mogą i powinny być tworzone i finansowo wspierane przez samorząd gminny. Biorąc pod uwagę fakt, że sieć lecznictwa ambulatoryjnego oferującego świadczenia z obszaru leczenia uzależnień nie jest w Polsce dostatecznie rozwinięta – należy zachęcać samorząd gminny do większej aktywności na tym polu, zwłaszcza, że jest to oferta nie mniej skuteczna, a znacznie tańsza. Ważnym argumentem na rzecz tworzenia placówek ambulatoryjnych jest fakt, że ich klientami są ludzie młodzi (pomiędzy 16 a 24 rokiem życia), którzy nie musieliby trafiać do placówek stacjonarnych, często niepotrzebnie wyrwywających ich ze środowiska rodzinnego i szkolnego. W tym kontekście szczególna rola powinna przypadać oddziałom dziennym.

Samorządy gminne mogą mieć także wpływ na zwiększanie dostępności programów leczenia substytucyjnego, ponieważ programy te mogą stanowić część oferty publicznych zakładów opieki zdrowotnej (także niepublicznych). Gmina może mieć wpływ na poszerzenie oferty w placówkach, dla których jest organem założycielskim, a także wspierać finansowo programy substytucyjne w części, która nie jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli w zakresie opieki socjalnej.

W Polsce w zakresie opieki nad osobami problemowo używającymi narkotyków **często mamy do czynienia z paradoksami**. Jeden z nich polega na tym, że pacjent, który spełnia kliniczne kryteria kwalifikacji do programu substytucyjnego, często nie jest do niego przyjmowany z powodu braku stałego miejsca pobytu. W tym kontekście na gminie spoczywać powinna odpowiedzialność takiego zorganizowania pomocy, aby brak miejsca zamieszkania nie stał się przeszkodą w podejmowaniu terapii substytucyjnej (finansowanie schronisk, noclegowni, mieszkań readaptacyjnych).

W gminach liczących kilka tysięcy mieszkańców można tworzyć wspólne punkty konsultacyjne na mocy porozumień pomiędzy zainteresowanymi gminami, które dzielą się także kosztami utrzymania placówki. W wielu wypadkach takie rozwiązanie jest wystarczające.

Reasumując – należy stwierdzić, że gminy nie zawsze korzystają z dostępnych instrumentów wpływania na kształt systemu pomocy dla osób ryzykownie i problemowo używających narkotyków.

Warto zapamiętać!

- Świadczenia ambulatoryjne udzielane w poradniach i oddziałach dziennych mogą być nie mniej efektywne od wyników lecznictwa stacjonarnego.
- Lecznictwo ambulatoryjne wymaga znacznie mniejszych nakładów finansowych niż inne formy udzielania świadczeń (placówki stacjonarne, lecznicze oddziały więzienne).
- Gmina może mieć znaczny wpływ na dostępność ambulatoryjnych form pomocy dla osób ryzykownie i problemowo używających narkotyków, w tym programów leczenia substytucyjnego.
- Gmina pełni istotną rolę w organizacji i finansowaniu opieki postrehabilitacyjnej i reintegracji społecznej.

5. ***Przegląd działań o udokumentowanej skuteczności***



5.1 Profilaktyka i wczesna interwencja

Katarzyna Okulicz-Kozaryn
Agnieszka Pisarska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- *Jakie są główne teorie wyjaśniające zjawisko używania substancji psychoaktywnych?*
- *Za pomocą jakich strategii profilaktycznych można skutecznie przeciwdziałać narkomanii?*
- *W jaki sposób różne instytucje działają na polu profilaktyki uzależnień (dobre praktyki)?*

Profilaktyka uzależnień jest jednym z szeregu działań służących ochronie zdrowia psychicznego i zmierza do **zapobiegania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych, zanim te problemy wystąpią.**

Początki działań profilaktycznych trudno dokładnie umiejscowić w czasie – od czasów starożytnych ludzie starali się przestrzegać nawzajem przed zgubnymi skutkami nadużywania środków odurzających, a osoby niezachowujące powściągliwości potępiano i piętnowano. Pierwszą systematycznie wdrażaną strategią profilaktyczną była tzw. **edukacja negatywna**, opracowana w początkach XX wieku. Działania polegały na przekazywaniu informacjami o zgubnych konsekwencjach picia alkoholu – a raczej straszeniu nimi. U ich podłoża leżało bowiem przekonanie, że wzbudzenie strachu może skłonić ludzi do unikania napojów alkoholowych. Niestety, nie brano pod uwagę tego, że „korzyści” wynikające z psychoaktywnych właściwości alkoholu mogą skutecznie tłumić strach. Badania ewaluacyjne dotyczące skuteczności programów opartych na edukacji negatywnej wykazały, że tego rodzaju działania nie tylko są nieskuteczne, ale mogą wręcz przynosić szkody.

Wnioski badaczy szły jednak znacznie dalej. Stały się bowiem podstawą rozwoju **współczesnej profilaktyki**, która jest obecnie rozbudowaną dziedziną, obejmującą teoretyczną i praktyczną wiedzę na temat:

- **Czynników ryzyka i czynników chroniących** przed problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Czynniki ryzyka są to te cechy jednostki i jej środowiska, które wiążą się z dużym ryzykiem wystąpienia chorób i problemów oraz dłuższym czasem ich trwania i nasilenia. Natomiast czynniki chroniące – to te z właściwości jednostki lub środowiska, które wzmacniają potencjał zdrowotny oraz odporność na działanie czynników ryzyka.
- **Modeli teoretycznych** wyjaśniających zjawisko używania substancji psychoaktywnych. Wiedza teoretyczna pozwala uniknąć „radosnej twórczości”, czyli opracowywania planu działań na podstawie wyobrażeń i intuicji autorów. Umożliwia też skoncentrowanie się na tych czynnikach i mechanizmach, które rzeczywiście mają wpływ na używanie substancji psychoaktywnych.
- **Skutecznych strategii profilaktycznych**, czyli sposobów postępowania o zasadniczym znaczeniu dla realizacji celów programu. Skuteczność poszczególnych strategii jest określana na podstawie analizy wyników badań ewaluacyjnych różnych programów, w których dany sposób postępowania został wykorzystany.

Poniżej scharakteryzowane zostały teorie najczęściej wykorzystywane w praktyce profilaktycznej na wszystkich poziomach, tzn. w profilaktyce uniwersalnej, selektywnej i wskazującej (por. załącznik 1.). Teorie te dały podstawy opracowania strategii, których skuteczność została potwierdzona w działaniach wobec różnych grup odbiorców i w różnych środowiskach.

Ramka 1

Teoria przywiązania Johna Bowlby'ego (1973) opisuje proces rozwoju więzi pomiędzy jednostką a otoczeniem w kolejnych etapach życia. Podstawą rozwoju tej więzi są relacje z matką (lub osobą pełniącą tę rolę) we wczesnym dzieciństwie. Oddzielenie od matki czy odrzucenie z jej strony prowadzą do „zerwania podstawowej więzi łączącej jedną istotę ludzką z drugą” (Marchwicki 2006). Dzieci niechciane i zaniedbane rosną w przekonaniu, że bliscy są nieprzewidywalni i niegodni zaufania, a one same niegodne miłości. Prowadzi to do poważnych zaburzeń emocjonalnych u dziecka – w tym trudności w nawiązywaniu konstruktywnych związków oraz problemów z zachowaniem, a w wieku dorosłym – do zaburzeń psychicznych. W kolejnych fazach rozwoju dziecka, a następnie nastolatka coraz większego znaczenia nabierają relacje z innymi osobami, dalszą rodziną, wychowawcami, rówieśnikami, partnerem. Poczucie więzi z otoczeniem pozwala skutecznie radzić sobie w trudnych sytuacjach. Jest również koniecznym warunkiem kształtowania umiejętności udzielania wsparcia innym osobom. Teoria przywiązania wskazuje na kluczowe znaczenie, jakie w profilaktyce ma **Strategia Rozwijania Umiejętności Wychowawczych** oraz **Strategia Rozwoju Zasobów Środowiskowych** (opisana w ramce 5, dotyczącej teorii odporności).



W **Strategii Rozwijania Umiejętności Wychowawczych** kluczowe znaczenie ma wzmacnianie więzi z rodzicami i wychowawcami. Działania polegają na rozwijaniu u osób dorosłych takich umiejętności, jak:

- porozumiewanie się z dzieckiem (także w sprawach związanych z substancjami psychoaktywnymi);
- okazywanie miłości i troski;
- rozwiązywanie konfliktów;
- wspieranie nastolatka w osiąganiu celów życiowych i radzeniu sobie z trudnościami;
- ustalanie i konsekwentne egzekwowanie zasad, jakich dziecko powinno przestrzegać.

Elementem programów może być również przygotowanie rodziców do aktywnego włączania się i pomocy w realizacji działań prowadzonych w szkołach.

W programach dla rodzin proponuje się rodzicom treningi umiejętności rodzicielskich, spotkania grup wsparcia, poradnictwo rodzinne czy terapię rodzinną.

Ramka 2

Teoria społecznego uczenia się Alfreda Bandury (1986) wyjaśnia proces nabywania umiejętności nowych zachowań – również sięgania po środki psychoaktywne – poprzez modelowanie, czyli obserwację i naśladowanie osób ważnych i atrakcyjnych. Uczenie się poprzez modelowanie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie, a pierwszymi modelami są rodzice i najbliższa rodzina. Wraz z dorastaniem modelami dla nastolatków stają się rówieśnicy oraz popularne postacie kultury masowej. Bandura rozwinął również – ważną z profilaktycznego punktu widzenia – koncepcję oczekiwań – czyli przechowywanych w pamięci informacji na temat: wyniku danego działania (np. używania narkotyków), jego subiektywnej użyteczności (np. uczucie odprężenia) i własnej skuteczności w radzeniu sobie w różnych sytuacjach życiowych (np. unikaniu ryzyka związanego ze zdobywaniem narkotyków). W praktyce profilaktycznej teoria społecznego uczenia się przyczyniła się do rozwoju Strategii Rozwoju Umiejętności Wychowawczych (opisanej w ramce nr 1) oraz Strategii Edukacji Rówieśniczej, a także do udoskonalenia Strategii Przekazu Informacji.

W Strategii Edukacji Rówieśniczej wykorzystywany jest wpływ grupy oraz liderów młodzieżowych, czyli znaczących i atrakcyjnych nastolatków. Naturalne grupy rówieśnicze są bowiem miejscem, w którym nastolatki mogą bezpiecznie podejmować nowe role i „testować” sposoby rozwiązywania problemów, z jakimi zetkną się w przyszłości. Młodzi liderzy:

- prowadzą zajęcia w grupach;
- modelują postawy i zachowania sprzyjające zdrowiu;
- podejmują dyskusje na tematy, w których dorośli mają ograniczone możliwości nawiązania kontaktu z młodzieżą.

Udział liderów może więc stanowić ważne i przydatne uzupełnienie działań prowadzonych przez nauczycieli, wychowawców i innych profesjonalistów. W przypadku starszych nastolatków możliwe staje się ograniczenie udziału dorosłych w prowadzeniu działań i przejęcie tej roli przez liderów.

O skuteczności edukacji rówieśniczej decyduje:

- odpowiednie przygotowywanie liderów do zadań – liderzy powinni zostać objęci intensywnym treningiem umiejętności prowadzenia zajęć w grupach;
- systematyczne wsparcie ze strony dorosłych i pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów;
- systematyczne monitorowanie pracy liderów.

Strategia Przekazu Informacji, która polega na przekazywaniu wiedzy na temat:

- rozpowszechnienia używania i nadużywania narkotyków,
- indywidualnych, rodzinnych i społecznych konsekwencji ich używania,
- możliwości uzyskania pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem narkotyków.

Działania te prowadzone są najczęściej w ramach programów realizowanych w szkołach (przy czym odbiorcami są nie tylko uczniowie, ale również ich rodzice) oraz w trakcie kampanii w środkach masowego przekazu. Wiedza na temat substancji psychoaktywnych oraz zagrożeń związanych z ich używaniem jest ważnym, lecz niewystarczającym elementem oddziaływań profilaktycznych. Dostarczenie przekonujących dla odbiorcy informacji może bowiem sprzyjać kształtowaniu odpowiednich postaw – jednak wiedza „sama w sobie” w niewielkim stopniu wpływa na zmianę zachowania. Ponadto niewłaściwie przekazane informacje mogą wywoływać niepożądane efekty – wzbudzać ciekawość i chęć eksperymentowania. Wiedza powinna być więc oparta na faktach i odnosić się przede wszystkim do bezpośrednich negatywnych konsekwencji – tak by przeciwdziałać utrwalaniu pozytywnych oczekiwań dotyczących efektów działania substancji psychoaktywnych.

Ramka 3

Teoria uzasadnionego działania Icka Ajzena i Martina Fishbeina (1980) (por. Ostaszewski, 2003) opiera się na założeniu, że ludzie postępują w sposób racjonalny i decydując się na podjęcie (lub zaniechanie) danej aktywności, rozważają możliwe jej konsekwencje. Rachunek „zysków i strat” determinuje pozytywną bądź negatywną postawę wobec tejże aktywności. Z kolei postawy oraz tzw. subiektywne normy, które odzwierciedlają aprobatę dla danego zachowania, leżą u podstaw intencji, która bezpośrednio poprzedza zachowanie. Subiektywne normy kształtują się natomiast na bazie przekonań normatywnych, czyli przekonań, czy i na ile znaczące osoby akceptują bądź nie akceptują danego zachowania oraz motywacji, by kierować się opinią i oczekiwaniami tych osób. Zachowanie zaś może zostać wprowadzone w czyn, gdy pojawią się sprzyjające okoliczności. Można to ująć w następujący sposób: „marihuana to nieszkodliwe ziółko” (postawa), „nie ma nic złego w tym, że zapalę skręta” (norma), „spróbuję, gdy nadarzy się okazja” (intencja), „kolega proponuje marihuanę” (sprzyjające okoliczności).

Na podstawie tej teorii rozwinięta została **Strategia Edukacji Normatywnej**.



Strategia Edukacji Normatywnej polega na kształtowaniu i wzmacnianiu norm przeciwnych picciu alkoholu, paleniu papierosów i używaniu narkotyków przez dzieci i młodzież.

Podejmowane działania zmierzają do:

- modyfikacji norm sprzyjających używaniu substancji psychoaktywnych;
- korygowania błędnych wyobrażeń na temat rozpowszechnienia zjawiska (młodzież, a także dorośli zawyżają bowiem liczbę osób, które w ich mniemaniu sięgają po substancje psychoaktywne).

Ważnym aspektem programów, w których wykorzystywana jest edukacja normatywna, jest również udział znaczących osób – rodziców oraz liderów rówieśniczych. Strategia edukacji normatywnej jest uznawana za jedną z najbardziej skutecznych w zakresie wpływu na używanie przez młodzież substancji psychoaktywnych.

Ramka 4

Teoria zachowań problemowych Richarda Jessora (1987) zwraca uwagę na funkcję, jaką w przypadku nastolatków pełnią zachowania naruszające normy prawne lub obyczajowe. Używanie substancji psychoaktywnych, wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego, zachowania buntownicze czy przestępcze mogą prowadzić do poważnych konsekwencji bezpośrednich – zarówno zdrowotnych, jak i społecznych – oraz zaważyć na całym dalszym życiu młodego człowieka. Zachowania problemowe współwystępują ze sobą – podjęcie przez nastolatka jednego z takich zachowań sprzyja wniknięciu się w następne, co oczywiście zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych następstw. Jednak podejmowanie zachowań problemowych może służyć również zaspokajaniu ważnych potrzeb, takich jak potrzeba niezależności, autonomii i dojrzałości, pomagać w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi, czy wreszcie pozwala dać upust niechęci wobec tradycyjnych norm i wartości. Teoria zachowań problemowych przyczyniła się do rozwoju **Strategii Kształtowania Umiejętności Życiowych** oraz **Strategii Alternatyw**.

Strategia Kształtowania Umiejętności Życiowych koncentruje się na uczeniu bądź wzmacnianiu umiejętności życiowych sprzyjających realizacji celów i zaspokajaniu potrzeb w konstruktywny sposób. Programy dotyczą, między innymi, takich umiejętności jak:

- ustalanie celów i rozwiązywanie problemów;
- nawiązywanie kontaktów;
- podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie;
- budowanie pozytywnej samooceny;
- wzmacnianie samokontroli;
- radzenie sobie z trudnościami życiowymi i stresem;
- asertywność, czyli odporność na negatywne wpływy społeczne i umiejętność odmawiania.

Warto podkreślić, że termin „wpływy negatywne” odnosi się zarówno do bezpośrednich namów skłaniających do sięgania po substancje psychoaktywne, jak również do bardziej ukrytych form zachęcania, jak normy i preferowane w gronie młodzieży wzory zachowań czy przekazy upowszechniane w środkach masowego przekazu.

Strategia Alternatyw polega na angażowaniu młodych ludzi do udziału w atrakcyjnych formach spędzania czasu, które sprzyjają osobistemu rozwojowi, wzmacniają poczucie odpowiedzialności, własnej wartości oraz umożliwiają włączenie się do grup realizujących pozytywne cele.

Oferta może dotyczyć:

- zajęć sportowych,
- zajęć artystycznych,
- przedsięwzięć „biznesowych”,
- wolontariatu.

Programy oparte na tej strategii przynoszą dobre efekty w pracy z młodzieżą z grup ryzyka (profilaktyka wskazująca), której możliwości konstruktywnego spędzania czasu wolnego i – co o wiele ważniejsze: tworzenia pozytywnych więzi społecznych – są ograniczone.

Ramka 5

Teoria odporności (Resilience), której pionierami byli Michael Rutter (1979) i Norman Garmezy (1985), dotyczy czynników i mechanizmów sprzyjających pozytywnemu rozwojowi dzieci dorastających w bardzo trudnych warunkach – pochodzących z rodzin z problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym, uzależnieniami, żyjących w ubóstwie. Dzieci „odporne” to takie, które mimo splotu szeregu niekorzystnych okoliczności zachowują dobre zdrowie i prawidłowo się rozwijają. Do wzmocnienia odporności może przyczynić się szereg czynników chroniących – nazywanych też zasobami odpornościowymi. Należą do nich: zasoby indywidualne (zrównoważony temperament, zdolności poznawcze, pogoda ducha, poczucie humoru), zasoby najbliższego otoczenia (więź przynajmniej z jednym z rodziców, konstruktywni rówieśnicy, zaufana, wspierająca osoba dorosła spoza rodziny), zasoby środowiska lokalnego (wsparcie nauczycieli, możliwość konstruktywnego spędzania wolnego czasu, przyjazne i oferujące pomoc sąsiedztwo). Teoria odporności wskazuje, między innymi, na konieczność rozwijania **Strategii Rozwoju Zasobów Środowiskowych** oraz **Strategii Kształtowania Umiejętności Życiowych** (opisanej w ramce 4 – Teoria zachowań problemowych).



Strategia Rozwoju Zasobów Środowiskowych polega na kształtowaniu postaw i zachowań, w tym zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, poprzez zmianę warunków życia w społeczności. Działania środowiskowe mogą mieć szerszy lub węższy zakres i najczęściej zmierzają do modyfikacji:

- **systemu organizacji życia społecznego**, w celu poprawy istniejących w społeczności lokalnej możliwości prowadzenia skutecznych działań profilaktycznych i interwencyjnych poprzez lepsze planowanie i organizację działań, usprawnienie współpracy między organizacjami i ułatwienie dostępu do instytucji udzielających pomocy;
- **postaw społecznych i standardów obyczajowych** sprzyjających używaniu środków psychoaktywnych, w tym wprowadzaniu do szkół jasnych i precyzyjnych zasad sprzeciwiających się używaniu narkotyków, ograniczaniu podaży legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych w środowisku lokalnym, zmianom zasad reklamowania alkoholu i papierosów.

Bardzo powszechne są również działania służące tworzeniu atmosfery stymulującej prawidłowy i wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży. Mogą one polegać na poprawie klimatu w szkołach i innych placówkach wychowawczych, wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa i wsparcia ze strony społeczności czy wreszcie rozwijaniu oferty zajęć pozalekcyjnych.

Ramka 6

Teoria substancji torujących drogę Denise Kandel (1992) opisuje kolejne etapy sięgania po substancje psychoaktywne. Pierwsze eksperymenty nastolatków polegają najczęściej na piciu słabych napojów alkoholowych – głównie piwa i wina. Większość młodych ludzi na tym poprzestaje – jednak część zaczyna pić mocniejsze alkohole i palić papierosy. Z grupy sięgających po mocniejsze alkohole i papierosy rekrutują się osoby, które wchodzi w kolejną fazę – używanie marihuany i/lub leków o działaniu psychoaktywnym. Również i w tym przypadku większość osób kończy swoje eksperymenty ze środkami nielegalnymi na marihuanie – znacznie mniejsza grupa zaczyna sięgać po silne narkotyki pobudzające czy pochodne opium. Rzadko zdarza się, by osoba, która nigdy nie piła alkoholu, zaczęła palić marihuanę, a osoba, która nie próbowała marihuany, sięgnęła po heroinę. Co więcej, ryzyko inicjacji używania poszczególnych substancji psychoaktywnych jest największe w okresie dorastania i zmniejsza się wraz z wchodzeniem w wiek dorosły.



Teoria substancji torujących drogę nie znalazła swojego bezpośredniego odzwierciedlenia w opisanych powyżej strategiach profilaktycznych, ale wskazała na dwie bardzo ważne kwestie. Po pierwsze, w praktyce profilaktycznej kluczowe znaczenie ma rozpoczynanie działań profilaktycznych przed momentem inicjacji w używaniu substancji legalnych – czyli w wieku 10-12 lat. Po drugie, przeciwdziałanie używaniu alkoholu i papierosów zmniejsza ryzyko sięgania po narkotyki.

Przykłady

Przedstawione powyżej teorie i strategie znajdują zastosowanie w bardzo zróżnicowanych programach. W **załączniku 1.** zamieszczone są przykłady pokazujące, jak różnorodna, a przez to fascynująca jest profilaktyka uzależnień.

Rekomendacje

Przykłady programów opisane w załączniku 1. służą ilustracji czynników, które, jak się wydaje, mają kluczowe znaczenie dla skuteczności działań profilaktycznych. Zamieszczone poniżej wskazówki dotyczące tego, co i jak warto robić, aby osiągnąć zamierzony efekt profilaktyczny, odwołują się więc do konkretnych przykładów programów.

1. Dobre efekty przynoszą środowiskowe programy przeciwdziałania narkomanii, które integrują różne strategie profilaktyczne oraz **działania wobec określonej grupy odbiorców na wielu poziomach: zmian w otoczeniu, pomocy indywidualnej, opieki nad rodziną, zajęć edukacyjnych w szkole i alternatywnych w czasie wolnym** (por. przykłady 1, 2).
2. Działania z zakresu profilaktyki uzależnień przynoszą zwykle lepsze efekty, gdy są **elementem szerszego programu promocji zdrowia i wychowania** (por. przykłady 3, 4). Programy ograniczania popytu na narkotyki powinny być zintegrowane z istniejącymi planami rozwoju i strategiami w zakresie rozwiązywania innych problemów społecznych.
3. Programy ograniczania popytu na substancje psychoaktywne muszą być **dostosowane do potrzeb danego środowiska i uwzględniać specyfikę lokalną** (por. przykład 20).
4. Szkoły są tradycyjnym środowiskiem prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych.

5. Wprowadzane do szkół **programy profilaktyczne** powinny mieć **solidne podstawy teoretyczne, odpowiadać potrzebom rozwojowym danej grupy wiekowej i być realizowane, zgodnie z scenariuszami, przez dobrze przygotowanych nauczycieli** (por. przykłady 5, 6).
6. Bardzo ważna jest też **atmosfera panująca w szkole i relacje między uczniami a nauczycielami**. Poczucie więzi ze szkołą można wzmacniać poprzez **wspieranie nauczycieli w roli wychowawców, rozwijanie ich umiejętności interpersonalnych** (por. przykład 7). Na poprawę samopoczucia uczniów w szkole wpływ mają również **dobre relacje z innymi, a zwłaszcza starszymi uczniami** (por. przykład 3).
7. W przypadku **szkolnych programów wczesnej interwencji** wobec uczniów sięgających po środki psychoaktywne **ważne jest stosowanie jawnych i powszechnie akceptowanych w środowisku szkoły, z góry ustalonych procedur** (por. przykład 8).
8. **W programach edukacyjnych dla dzieci do 14. roku życia wskazany jest udział rodziców** (por. przykład 3, 5). Z tego względu kluczowe znaczenie ma dobra **współpraca między rodzicami a wychowawcami** i wzajemne wspieranie wysiłków wychowawczych, co może zaowocować **wprowadzeniem daleko idących zmian organizacyjnych** (por. przykład 9).
9. Rodzice raczej nie biorą udziału w edukacji profilaktycznej starszych nastolatków. Natomiast ważnym elementem programów kierowanych **do młodzieży w wieku 14-19 lat są treści dotyczące ich poczucia odpowiedzialności za innych oraz rozwijanie umiejętności ograniczania ryzyka związanego z podejmowanymi zachowaniami** (por. przykłady 6, 10). Rodzina jest pierwszym i najważniejszym w życiu dziecka środowiskiem, w którym kształtuje się jego osobowość, upodobania i zachowania.
10. Programy wspierające rodziców w procesie wychowania dzieci już od pierwszych lat życia powinny być **dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości danej rodziny i prowadzone w jej naturalnym otoczeniu** – najlepiej w domu (por. przykład 11).
11. Programy profilaktyczne, kierowane do rodzin z kilkunastoletnimi dziećmi, powinny przede wszystkim **uwzględniać specyfikę wieku rozwojowego i wzmacniać więzi między rodzicami a dziećmi** (por. przykład 12).
12. Szczególnego **wsparcia w wychowaniu dzieci potrzebują rodzice uzależnieni od środków psychoaktywnych**. Można im i ich dzieciom skutecznie pomóc dzięki **zintegrowanym działaniom współpracujących ze sobą organizacji lokalnych** (por. przykład 13).
13. W rodzinach, w których występują poważne problemy, a relacje interpersonalne są zaburzone, aby zapobiec rozwojowi problemów związanych z używaniem środków odurzających przez dziecko, konieczna bywa terapia rodzinna. Wskazane jest przy tym **dostosowanie działań do sytuacji danej rodziny, „wyjście” terapeuty z ośrodka i nawiązanie współpracy z rodziną „na jej terenie”** (por. przykład 14).
14. W działaniach skierowanych do **młodzieży szczególnie zagrożonej** rozwojem problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych przydatne są metody ułatwiające nastolatkom **wyjście poza własne środowisko, kontakt z osobami mogącymi stanowić wzory pozytywnych zachowań** (por. przykłady 10, 15), a także zrobienia czegoś dla innych (por. przykład 16).
15. Skuteczna **interwencja wobec nastolatków już sięgających po środki psychoaktywne** wymaga pozyskania ich **zaufania, zapewnienia możliwie jak największej dyskrecji, kompetencji i szybkości działania** (por. przykłady 8, 17, 18). Do spełnienia tych warunków niezbędna jest **współpraca różnych instytucji i ośrodków, zajmujących się profilaktyką i leczeniem uzależnień w społeczności lokalnej**. Wskazane jest również poszukiwanie **nowych sposobów docierania z przekazem profilaktycznym do specyficznych grup odbiorców** (por. przykład 19). Więcej informacji o zasadach prowadzenia działań interwencyjnych wobec osób używających narkotyki w sposób ryzykowny zawiera rozdział 5.5.

Zasady wyboru programów profilaktycznych i interwencyjnych do realizacji w ramach GPPN

1. Należy wybierać do realizacji **programy o solidnych podstawach naukowych**. Mogą to być programy oparte na sprawdzonych teoriach – uznawane przez ekspertów za obiecujące (patrz Załącznik 1.) lub takie, których pozytywny wpływ na odbiorców lub problem został wykazany w badaniach ewaluacyjnych – programy **skuteczne** lub będące przykładami **dobrych praktyk**. Informacje na temat dostępnych w Polsce programów, rekomendowanych przez specjalistów, można znaleźć na stronie Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (www.cmppp.edu.pl/programy/przeglad).
2. Należy dążyć do jak najwyższej efektywności działań. Oznacza to poszukiwanie programów, które dają najlepsze, najbardziej wymierne rezultaty przy jak najmniejszych kosztach. Zdecydowanie nie warto wprowadzać programów, które nie spełniają podstawowych standardów jakości.

Standardy jakości programów realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych

(por. www.cmppp.edu.pl/programy/standardy) dotyczą następujących spraw:

a. Bezpieczeństwo uczestników

Realizowane programy mają pomagać, a nie szkodzić ich uczestnikom. Muszą też respektować podstawowe zasady etyki pracy z ludźmi: wyrażenie przez uczestników świadomej zgody na udział w programie, poszanowanie godności i indywidualności, ochronę prywatności i zapewnienie dyskrecji, uwzględnienie posiadanego systemu wartości.

b. Adekwatność

Spełnienie tego warunku wymaga znajomości potrzeb i możliwości lokalnych. Pomocna jest tu wiedza z zakresu epidemiologii, zdrowia publicznego, problemów społecznych, psychologii i pedagogiki. Programy profilaktyczne powinny być bowiem dostosowane do wieku rozwojowego dzieci i młodzieży oraz ukierunkowanie na rzeczywiste zagrożenia. Z tego względu nie jest wskazane oferowanie, szczególnie młodszym dzieciom, programów koncentrujących się na uzależnieniu od alkoholu czy narkotyków. Warto natomiast włączyć rodziców do podejmowania decyzji, dotyczących realizacji konkretnego programu.

c. Skuteczność

Programy powinny wykorzystywać skuteczne strategie profilaktyczne (w niniejszym rozdziale opisane w ramach 1-5). Badania ewaluacyjne programów profilaktycznych wskazują, że najbardziej skuteczne są te odwołujące się do:

- Strategii Rozwijania Umiejętności Wychowawczych,
- Strategii Edukacji Normatywnej,
- Strategii Kształtowania Umiejętności Życiowych.

Natomiast działania oparte na Strategii Edukacji Rówieśniczej, Strategii Przekazu Informacji oraz Strategii Alternatyw należy traktować jako cenne uzupełnienie. Z tego względu nie warto inwestować w programy, w których przekazuje się jedynie wiedzę o konsekwencjach sięgania po środki uzależniające lub zajmuje wyłącznie zapewnianiem atrakcyjnych form spędzania czasu wolnego.

d. Głębokość

Programy powinny być nastawione na niwelowanie negatywnego wpływu czynników ryzyka i wzmacnianie czynników chroniących, jednocześnie być elementem szerszych działań środowiskowych (patrz: „Rekomendacje”).

e. Czas trwania

Wyniki badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych wskazują, że skuteczne są programy o odpowiedniej intensywności zajęć. Za optymalne uznaje się programy zawierające około 10-15 godzin zajęć w pierwszym roku oraz 5 godzin zajęć uzupełniających w kolejnych dwóch latach edukacji (Dusenbury, Falco, 1995). Jednorazowe „akcje” profilaktyczne mogą być więc ciekawym i pożytecznym uzupełnieniem, nie zastępują jednak systematycznych działań.

f. Formy i metody pracy

Aktywny udział w zajęciach i dwustronna komunikacja są kluczowym warunkiem skutecznego przekazywania wiedzy i kształtowania umiejętności. Zastosowanie metod interaktywnych sprawia natomiast, że uczestnicy stają się współtwórcami programu. Metody te polegają bowiem na „inicjowaniu procesu wymiany myśli, dyskusji, zbierania informacji i doświadczeń wewnątrz małej grupy uczniów lub interakcji uczniów z osobami niebędącymi formalnymi uczestnikami procesu edukacji w szkole” (Ostaszewski 2005). Pogadanki, wykłady i inne tego rodzaju formy zajęć, w których dzieci i młodzież są biernymi odbiorcami prezentowanych treści, oczywiście nie spełniają tego ważnego kryterium.

g. Organizacja i przygotowanie realizatorów

Realizatorzy programów profilaktycznych powinni dysponować wiedzą teoretyczną oraz praktyczną z zakresu profilaktyki, a także znać swoich odbiorców. Z tego względu warto wprowadzać programy, które zakładają realizację programu przez osoby znające uczniów i ich rodziców, mające z nimi codzienny kontakt – innymi słowy wychowawców i nauczycieli. Realizatorzy powinni zostać odpowiednio przygotowani i wyposażeni w materiały i pomoce do prowadzenia zajęć. Warto też zapewnić im wsparcie merytoryczne i finansowe. Zatrudnianie do prowadzenia zajęć profilaktycznych specjalistów spoza szkoły (na przykład lekarzy czy specjalistów z dziedziny problemów alkoholowych czy narkotykowych) powinno stanowić uzupełnienie pracy nauczycieli.

h. Monitorowanie

Zbieranie danych na temat realizacji i przebiegu działań pozwala ocenić, czy program został przeprowadzony zgodnie z założeniem. Wprowadzanie modyfikacji do programu, który stanowi przemyślaną konstrukcję i został poddany ewaluacji, może obniżyć jego skuteczność. Monitorowanie pozwala też sprawdzić odbiór programu i jego odpowiedniość w stosunku do potrzeb konkretnych odbiorców.

3. Nie należy realizować programów eksperymentalnych, wcześniej nie sprawdzonych, które mogą wiązać się z jakimkolwiek **ryzykiem wyrządzenia szkód ich uczestnikom**.
4. Koszty i szkody społeczne związane z realizacją nieskutecznych działań profilaktycznych są wysokie. W związku z tym należy ograniczać działania, o których wiadomo, że są mało skuteczne. Do takich należą m.in. pogadanki, spektakle profilaktyczne, festyny, konkursy, czyli wszystkie formy niespełniające przedstawionych powyżej standardów jakości.

Nie ma też dowodów potwierdzających, że działania, których celem jest wykrycie użytkowników środków psychoaktywnych, przynoszą pozytywne efekty w postaci ograniczenia używania narkotyków w danej populacji (grupie). Do takich działań o niepotwierdzonej skuteczności należy wprowadzanie psów policyjnych do szkół lub losowe testowanie uczniów na obecność narkotyków w moczu (por. Bukowska, 2004 [BB2]).

5. Zajęcia sportowe i inne formy organizacji czasu wolnego młodzieży, wprowadzane jako element GPPN, powinny spełniać określone warunki (szerzej omówione w materiale: *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2007 roku*, PARPA, Warszawa, 2006; www.parpa.pl/download/rekomendacje_2007.pdf):
 - być integralnym elementem programu profilaktycznego;
 - opierać się na jasnych zasadach i normach postępowania zapisanych w formie regulaminu;
 - być prowadzone przez kompetentnych realizatorów;
 - być adresowane szczególnie do młodzieży z grup podwyższonego ryzyka;
 - być realizowane przy aktywnym udziale rodziców.

Gdy te warunki nie są spełnione, **zajęcia sportowe nie spełniają funkcji profilaktycznych**.

Literatura:

- Bukowska B., *Testowanie uczniów na obecność narkotyków*, „Remedium” 2004, nr 9 (139), s. 20.
- Dusenbury L., Falco M., *Eleven components of effective drug abuse prevention curricula*, „Journal of School Health” 1995, nr 65 (10), s. 420-425.
- Marchwicki P., *Teoria przywiązania J. Bowlby’ego*. „Seminare” 2006, nr 23, s. 365-383.
- Okulicz-Kozaryn, K., *Teorie psychologiczne w praktyce profilaktycznej*, „Remedium” 2003, nr 12 (120), s. 36-37.
- Okulicz-Kozaryn, K., *Przegląd badań dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2004, nr 4 (27), s. 21-42.
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Ostaszewski K., *Druga strona ryzyka*, „Remedium” 2005, nr 2 (144), s. 1-3 (www.remedium-psychologia.pl).
- Ostaszewski K., *Nowe definicje w profilaktyce*, „Remedium” 2005, nr 7-8 (149-150), s. 40-41, (www.remedium-psychologia.pl).
- Ostaszewski K., *Interaktywna profilaktyka*. „Remedium” 2005, nr 11-12 (153-154), s. 36-37.
- Deptuła M. (red.), *Diagnostyka profilaktyki socjoterapii w teorii i praktyce pedagogicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz (www.wydawnictwo.ukw.edu.pl)

5.2 Leczenie farmakologiczne

Bogusław Habrat

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jak postępować w przypadku szkodliwego używania narkotyków?
- Jakie rodzaje leczenia farmakologicznego powinno się proponować osobom uzależnionym?

Postępowanie lecznicze w stosunku do osób, u których stwierdza się zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, są zróżnicowane w zależności od zaawansowania problemów i rodzaju używanego środka psychoaktywnego.

Leczenie zatruć

Jednym z największych problemów wśród osób uzależnionych są ciężkie intoksykacje (zatrucia, „**przedawkowania**”), stanowiące przyczynę poważnych szkód zdrowotnych i zagrożenia życia. Większość intoksykacji (nawet do kilku dziennie) nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia i nie jest bezwzględnym wskazaniem do interwencji medycznej. Część intoksykacji takiej interwencji wymaga, gdyż może stanowić zagrożenie życia. Nie ma ilościowych granic między zatruciem „banalnym” a „poważnym”. Rozpiętość używanych dawek bywa bardzo duża, osoby głęboko uzależnione przyjmują nieraz dawki, które mogą być śmiertelne dla nowicjuszy, reakcje na narkotyki są zmienne osobniczo i zależne od okoliczności.

Wskazaniem do szukania pomocy medycznej (pogotowie ratunkowe, szpitalne izby przyjęć) **są przede wszystkim następujące objawy:**

- utrata przytomności;
- zaburzenia oddychania;
- znaczne przyspieszenie lub spowolnienie tętna, bądź jego niewyczuwanie;
- napady drgawkowe;
- wysoka temperatura lub wyziębienie;
- pogarszanie się stanu zdrowia.

Intoksykacje powinny być leczone w oddziałach toksykologicznych (ośrodkach ostrych zatruć) lub internistycznych. W przypadku znacznego podniecenia lub tendencji samobójczych wskazane jest rozważenie hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym. **Detoksykacja powinna łączyć się z motywowaniem do podjęcia leczenia i pomocą w znalezieniu odpowiedniej placówki.** W przypadku odrzucenia propozycji można zaproponować pomoc środowiskową i powrócić do motywowania.

Leczenie zespołów abstynencyjnych

Cechą uzależnienia jest pojawianie się **przykrych objawów abstynencyjnych po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki narkotyków**. Część uzależnionych kontynuuje używanie narkotyków m.in. z chęci uniknięcia wystąpienia tych objawów. Zmniejszanie nasilenia objawów abstynencyjnych nieprawidłowo, ale powszechnie, nazywa się „detoksykacją”. Zazwyczaj takie leczenie trwa od kilku do kilkunastu dni, aż do momentu ustąpienia objawów. Wyniki leczenia zespołów abstynencyjnych są prawie zawsze dobre. Leczenie zespołów abstynencyjnych dość powszechnie, ale nieprawdziwie utożsamia się z leczeniem uzależnień. Tymczasem tzw. „detoksykacja”, po której nie następuje właściwe leczenie, praktycznie nie ma wpływu na przebieg uzależnienia. Uważa się, że w takich przypadkach sama tzw. „detoksykacja” służy jedynie humanitarnemu i bezpiecznemu przejściu zespołu abstynencyjnego u osób, które z różnych

przyczyn chcą lub muszą odstawić narkotyki. Okres „detoksykacji” wykorzystuje się do motywowania pacjentów do podjęcia „leczenia właściwego”. W Polsce, ze względu na niedostateczną bazę, w wielu przypadkach kierowanie do odpowiedniego ośrodka lub programu jest trudne.

Leczenie antagonistami receptorów opioidowych oraz leczenie substytucyjne

Istnieją znaczne kontrowersje co do celów leczenia uzależnień. W wersji maksymalistycznej dąży się do utrzymywania całkowitej i wieloletniej abstynencji (tzw. programy *drug free*). Czasami abstynencja jest traktowana jako cel sam w sobie, a czasami uważana jedynie za miernik nabycia przez pacjenta umiejętności psychicznego i społecznego funkcjonowania bez narkotyków. Coraz większa liczba pragmatycznie nastawionych terapeutów, opierając się na obserwacji, że większość pacjentów nie chce lub nie jest w stanie utrzymać całkowitej abstynencji, skłania się ku pogładowi, że należy pacjentom uzależnionym oferować **programy o zróżnicowanych trudnościach i mniej ambitnych, ale realnych do osiągnięcia celach**. W praktyce rozwija się ofertę, w której programy nastawione na utrzymywanie całkowitej abstynencji istnieją obok programów o bardziej ograniczonych celach (zmniejszenie spożycia, zmniejszenie liczby zachowań związanych z ryzykiem szkód zdrowotnych i społecznych).

W uzależnieniach od opiatów terapiami o udowodnionej skuteczności są: **leczenie substytucyjne** (opisane poniżej) i **leczenie antagonistami receptorów opioidowych**. W przypadku tego ostatniego stosuje się naltrekson, który blokuje receptory opioidowe – a co za tym idzie – zapobiega zarówno przedawkowaniu opiatów, jak i wystąpieniu oczekiwanych efektów (euforii) po ich użyciu. Leczenie to, mimo że „idealne” z farmakologicznego punktu widzenia, jest mało skuteczne, ponieważ pacjenci nie akceptują go i odstawiają lek. Na „leczenie blokerem” lepiej reagują osoby z ustabilizowaną sytuacją społeczną i wspierającą rodziną (np. aktywni zawodowo pracownicy służby zdrowia). W celu poprawy skuteczności leczenia naltreksonem, a szczególnie rozwiązania problemu odstawiania leku, opracowuje się preparaty o przedłużonym działaniu, przeznaczone do wstrzyknięć lub implantacji podskórnej.

Leczenie substytucyjne polega na ściśle kontrolowanym podawaniu leków (w Polsce wyłącznie metadonu) o farmakologicznych właściwościach podobnych do opiatów, ale o bardziej korzystnych cechach: lek jest czysty chemicznie i biologicznie, podaje się go tylko raz dziennie lub rzadziej, doustnie, w dobranych indywidualnie dawkach, zazwyczaj nieodpłatnie (w Polsce ustawowo).

W krajach Europy Zachodniej, USA i Australii z leczenia substytucyjnego korzysta ok. 20-70% uzależnionych od opiatów. Podejmuje się liczne działania w celu zwiększenia tej liczby.

W Polsce dostęp do leczenia substytucyjnego ma zaledwie 4% uzależnionych od opiatów. Jest wyzwaniem dla władz samorządowych, aby do roku 2010 zapewnić dostępność do leczenia substytucyjnego dla co najmniej 20% uzależnionych od opioidów. Zakłada to Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.

Za promowaniem tej formy leczenia przemawiają bardzo liczne wyniki badań wykazujące m.in., że ryzyko zgonu zmniejsza się ok. 4-5-krotnie do poziomu zbliżonego do populacji ogólnej, poprawia się stan somatyczny chorych, obserwuje się u nich stabilizację psychiczną, praktycznie do zera zmniejsza się ryzyko infekcji HIV, poprawia się jakość życia, poprawia się funkcjonowanie w różnych rolach społecznych. Zyski społeczne to m.in.: mniejsze wydatki na leczenie powikłań, mniejsze zagrożenie epidemiologiczne infekcjami przenoszonymi drogą krwionośną, mniejsza uciążliwość współżycia społecznego z osobami uzależnionymi od narkotyków, zmniejszenie liczby zachowań kryminalnych.

Leczenie substytucyjne jest możliwe w ramach określonych ustawowo (czasami przed wprowadzeniem specjalnej ustawy odbywa się to w leczniczych programach badawczych). W USA i większości krajów Europy Zachodniej leczenie substytucyjne jest prawnie dozwolone od lat 60., 70. lub 80. XX w., w Polsce od 1996 r. (choć pierwszy program powstał już w 1993 r.). Aktualna ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi: „Art. 28.1. Osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego”, a dalsze jej punkty opisują zasady tego leczenia.

Leczenie substytucyjne i leczenie antagonistami receptorów opioidowych nie stoi w sprzeczności z leczeniem psychoterapeutycznym i oddziaływaniami środowiskowymi. Wprost przeciwnie: znaczny odsetek pacjentów utrzymujących się w programie, stabilność emocjonalna i dobra codzienna współpraca z personelem sprzyjają realizowaniu programów psychoterapeutycznych i zwiększają ich skuteczność.

Warto zapamiętać!

- Postępowanie lecznicze w stosunku do osób mających problemy z substancjami psychoaktywnymi musi być zróżnicowane i dostosowane do stopnia zaawansowania problemów i rodzaju używanego środka psychoaktywnego.
- Detoksykacja powinna łączyć się z motywowaniem do podjęcia leczenia i pomocą w znalezieniu odpowiedniej placówki.
- Leczenie substytucyjne i leczenie antagonistami receptorów opioidowych powinno być uzupełniane leczeniem psychoterapeutycznym i oddziaływaniami środowiskowymi.

Literatura:

- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K., *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*. PZWL, Warszawa 1999.
- Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H., *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi*, w: Bilikiewicz A., Pużyński S., Robakowski J., Wiórka J. (red.): *Psychiatria, t. II. Psychiatria kliniczna*, Urban & Partner, Wrocław 2002.

5.3 Leczenie niefarmakologiczne

Elżbieta Rachowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakiego rodzaju leczenie w zależności od stopnia nasilenia problemów związanych z używaniem narkotyków?
- Jakiego rodzaju metody mogą być wykorzystane, by uczynić leczenie bardziej efektywnym?
- Jakiego rodzaju formy pomocy postrehabilitacyjnej są ważne dla zdrowienia osób uzależnionych?

Mimo wieloletnich działań w zakresie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych, system leczenia i opieki nad osobami uzależnionymi od narkotyków wymaga wprowadzania dalszych systemowych rozwiązań, polegających zwłaszcza na rozwijaniu ambulatoryjnych form pomocy. Mając do czynienia z osobą problemowo zażywającą substancje psychoaktywne i planując dla niej odpowiednie formy pomocy, musimy mieć świadomość istnienia różnych form używania substancji: od nadużywania poprzez szkodliwe używanie do zespołu uzależnienia.

Osoby zażywające narkotyki stanowią bardzo zróżnicowaną grupę pod względem rodzaju przyjmowanego środka psychoaktywnego, wieku, nasilenia problemów związanych z zażywaniem, sytuacji życiowej, czynników psychologicznych i społecznych. Oferta pomocy powinna być zróżnicowana i dostosowana do potrzeb oraz możliwości pacjenta. Pierwsze kontakty dotyczące poszukiwania pomocy przez osoby mające problemy z narkotykami mają miejsce w ambulatoriach (poradnie leczenia uzależnień, punkty konsultacyjne, poradnie zdrowia psychicznego).

Zastanawiając się nad przyjęciem osoby uzależnionej do programu, powinniśmy rozważyć, czy nasza oferta odpowiada jej potrzebom? Czy metody przez nas stosowane i czas terapii pozwolą na osiągnięcie celu – zdobycie umiejętności potrzebnych do zatrzymania rozwoju uzależnienia, ograniczenie szkód z powodu zażywania, życie w trzeźwości.

Pomocne w ustaleniu **potrzeb terapeutycznych** pacjenta mogą być następujące kryteria:

- Ekstensywność używanego środka odurzającego – jego rodzaj, dawki i częstotliwość używania, długość trwania kontaktu z narkotykami (miesiące, lata).
- Stopień kontroli nad zachowaniem – czy osoba wykonuje wyznaczone obowiązki domowe, zawodowe, szkolne, czy robi to, o co jest proszona, czy przestrzega reguł panujących w jej środowisku?
- Chęć współpracy.
- Zaprzeczenie, które determinuje chęć nawiązania współpracy.

Na całościową ocenę powinny składać się wszystkie cztery czynniki.

Ważna jest także ocena **aktualnego stosunku pacjenta do substancji psychoaktywnej**. Można określić ten stosunek na czterech poziomach:

- Osoby, które zażywają duże ilości narkotyków i mimo konsekwencji nie decydują się na abstynencję.
- Osoby, które od czasu do czasu myślą o zredukowaniu ilości zażywanej substancji, pojawiają się u nich wyrzuty sumienia i niepokój przy kontynuowaniu dotychczasowego stylu życia.
- Osoby, które podejmują energiczne kroki w kierunku zerwania z nałogiem.
- Osoby, które utrzymują abstynencję od jakiegoś czasu i chcą przedłużyć taki stan.

Istotą takiej klasyfikacji jest uświadomienie, że interwencja terapeutyczna powinna odnosić się do poziomu, na jakim dana osoba się znajduje. Nakłanianie osób z poziomu pierwszego do szybkiego rozstania się z narkotykiem może być dla nich decyzją zbyt trudną i skazać nasze działania na niepowodzenie. Być może propozycje związane z ograniczeniem szkód pozwolą na osiągnięcie drugiego poziomu.

Leczenie ambulatoryjne

Chociaż leczenie ambulatoryjne jest tańsze i korzysta z niego największa liczba osób mających problemy z narkotykami, zdecydowanie jest to **forma niedostatecznie rozwinięta w naszym kraju**. Rozkład wieku pacjentów poradni jest najbardziej spłaszczony. Poradnia wydaje się być instytucją najbardziej uniwersalną, która musi sprostać w podobnym stopniu potrzebom zarówno młodocianych pacjentów, jak i osób w wieku dojrzałym. Największa reprezentowana kategoria wieku to osoby mające 19-29 lat. Większość poradni nie ma żadnego programu o zdefiniowanej długości i raczej oferuje doraźne wsparcie i pomoc w znalezieniu leczenia detoksykacyjnego lub rehabilitacyjnego.

Tymczasem poradnie powinny oferować świadczenia w zakresie diagnozy uzależnienia, kompleksowej diagnozy zdrowia psychicznego oraz umożliwiać przeprowadzenie badań testowych na zakażenia chorobami infekcyjnymi HCV i HIV. Oferta terapeutyczna powinna obejmować poradnictwo, terapię indywidualną i grupową oraz terapię rodzinną.

Poradnie powinny spełniać następujące warunki, zapewniające dostępność:

- lokalizacja – możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjentów,
- dobre połączenie (komunikacja miejska),
- umieszczenie informacji w innych placówkach ochrony zdrowia,
- dobre oznakowanie placówki,
- godziny otwarcia dostosowane do potrzeb pacjentów.

Istotnym elementem pomocy osobom używającym narkotyków jest szeroka współpraca z instytucjami opieki społecznej, powiatowymi centrami pomocy rodzinie, centrami integracji społecznej, instytucjami oświatowymi i wychowawczymi, kuratorami sądowymi, policją, ośrodkami leczenia stacjonarnego, rejonowym biurem pracy itp. Współpraca tych instytucji gwarantuje pacjentowi w miarę pełne zaspokojenie potrzeb w kwestiach opieki terapeutycznej, psychiatrycznej, opieki w przypadku problemów ze zdrowiem somatycznym, oferty postrehabilitacyjnej. Wymaga to jasno określonych celów terapii, jej modelu i stosowanych procedur terapeutycznych. Wiąże się to z koniecznością prowadzenia dokumentacji opisującej stosowane w terapii procedury, cele i etapy pracy z pacjentem. Przy przyjęciu pacjent powinien być:

- pytany o oczekiwania wobec leczenia;
- informowany o tym, co placówka ma do zaoferowania;
- informowany o obowiązkach i prawach, jakie posiada;
- informowany na temat terapii (na czym ona polega, jaki jest czas jej trwania).

Ważne jest, aby placówki ambulatoryjne wnikliwie dopytywały pacjentów, jakie są ich oczekiwania związane z leczeniem i upewniały się, że osoba zgłaszająca się do leczenia uzyskuje dostęp do świadczenia, które jest w stanie realizować, a cele terapii są zgodne z aspiracjami pacjenta. Cele terapii najogólniej można ująć w następujących kategoriach: **abstynencja, ograniczenie używania, zmiana wzoru zażywania, poprawa jakości życia**.

Z badań przeprowadzonych w latach 2001-2002 na 1000 nowo zgłaszających się pacjentach (Szkocja) wynika, że 56% oczekuje, iż efektem leczenia będzie abstynencja od narkotyku, 7,1% – zmniejszenie używania narkotyku, 2,4% – stabilizacja życiowa, 4,1% nie deklaruje żadnych celów, a 24% badanych wskazało więcej niż jeden oczekiwany cel, w tym 81% spośród nich wymieniło m.in. abstynencję.

W pomocy ambulatoryjnej najważniejsze jest **właściwe poradnictwo**. Dobry doradca potrafi słuchać, wzbudzić zaufanie i nawiązać kontakt. Powinien umieć pomóc w rozwiązaniu problemów pacjenta, nie ograniczając jego autonomii. Z badań wynika, że wzbogacenie poradnictwa o terapię poznawczo-behawioralną i psychoterapię wspierająco-ekspresywną daje lepsze rezultaty niż samo poradnictwo. Zbyt mało także wykorzystywany jest **wywiad motywacyjny**, który polega na zmobilizowaniu pacjenta do przejęcia inicjatywy i wzięcia pełnej odpowiedzialności za swoje czyny i ich konsekwencje. Rola terapeuty sprowadza się do umacniania wiary pacjenta w możliwość kształtowania własnego losu i pomagania mu w osiągnięciu poczucia pewności siebie. Terapeuta na różne sposoby próbuje podnieść samoocenę i pew-

ność siebie pacjenta, oczekując, że lepsze samopoczucie coraz częściej będzie trudne do pogodzenia z samodestrukcyjnym zachowaniem.

Celem **wywiadu motywacyjnego** jest zainicjowanie zmiany poprzez uświadomienie pacjentowi jego ambiwalentnego nastawienia dotyczącego zmiany i pomoc w poradzeniu sobie z nim. Wywiad motywacyjny może być stosowany w różnych celach – aby zbudować motywację do zmiany problemowego zachowania, ale również by zmotywowować pacjenta do podjęcia leczenia.

Inne **metody związane są z terapią poznawczo-behawioralną**. Punktem wyjścia dla tej metody jest zidentyfikowanie samodestrukcyjnych schematów myślenia pacjenta, które prawdopodobnie leżą u podstaw depresji, niepokoju i poczucia winy. Terapeuta stosujący tę metodę analizuje wraz z pacjentem schematy myślowe, które mają wpływ na jego zachowanie. Uświadamia mu, które z nich są pomocne i podnoszą wartość życia, a które stanowią przeszkodę w osiągnięciu satysfakcji.

Poza tym warto wykorzystywać **metodę interwencji**. Proces interwencji oznacza serię działań podejmowanych przez rodzinę i prowadzących do przemiany w sposobach funkcjonowania osoby zażywającej narkotyki. W tym podejściu podkreśla się, że metoda interwencji przyspiesza kryzys, który jest katalizatorem wielu zmian dokonujących się w życiu człowieka.

Procedura interwencji związana jest z następującymi krokami:

- ocena sytuacji;
- edukacja rodziny w zakresie uzależnienia, współuzależnienia i interwencji;
- przećwiczenie interwencji;
- zebranie niezbędnych informacji do podjęcia interwencji;
- zbadanie alternatywnych wobec interwencji możliwości;
- przeprowadzenie interwencji.

Obecność terapeuty gwarantuje, że wszyscy uczestnicy interwencji koncentrują się na problemie i sposobach jego rozwiązania, powstrzymując wszelkie próby zakłócenia tego procesu. Metoda ta w wielu sytuacjach odznacza się znaczną skutecznością.

Inną metodą pomocną w pracy z pacjentem, który nie jest zmotywowany do leczenia, stanowi **metoda prowadzonego samoleczenia**, czyli krótka interwencja behawioralno-poznawcza. Jest to kombinacja wywiadu motywacyjnego i elementów terapii behawioralno-poznawczej. Leczenie to skierowane jest do osób, które podejmują zachowania problemowe, ale nie są poważnie uzależnione. Pacjent monitoruje swoje zachowania wysokiego ryzyka, opracowuje własny plan zmiany oraz wybiera cel terapii, którym nie musi być abstinencja. Pacjent wykonuje między innymi ćwiczenia, które pozwalają mu na uświadomienie sobie korzyści i kosztów wynikających ze zmiany zachowania. Metoda ta może być pomocna dla osób, które z różnych względów nie podejmują leczenia.

Poradnia o zróżnicowanej ofercie może być jednym z najważniejszych miejsc skoncentrowanych na pomaganiu osobie uzależnionej na różnych etapach zdrowienia. Tymczasem, jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych w 2006 r. na zlecenie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, w rzeczywistości obserwujemy zbyt małe zaangażowanie poradni w oddziaływania postrehabilitacyjne, takie jak pomoc w podjęciu nauki (32%), znalezieniu pracy (29%) i mieszkania (18%). Poradnie jako instytucje o charakterze lokalnym mają szansę w znacznym stopniu wziąć na siebie ciężar opieki postrehabilitacyjnej, tymczasem 64,7% poradni nie oferuje żadnych świadczeń z zakresu postrehabilitacji. Poza wymienionymi możliwościami, jakie stoją przed lecznictwem ambulatoryjnym, poradnie mogą realizować jeszcze inne świadczenia:

- wymiana igieł i strzykawek,
- opieka nad zdrowiem somatycznym,
- opieka nad dziećmi pacjentów.

Zdecydowanie brakuje w poradniach programów dalszej pomocy dla pacjentów, którzy ukończyli terapię w ośrodkach stacjonarnych lub przerwali ją i utrzymują abstinencję. Niezbędnym byłoby

stworzenie oferty *after care*, zawierającej pomoc związaną z zapobieganiem nawrotom, monitorowaniem i pomocą w dalszym zdrowieniu.

Leczenie stacjonarne – terapia i rehabilitacja

W przypadku wielu głęboko uzależnionych osób, które chcą utrzymywać abstynencję po detoksykacji, konieczna jest rehabilitacja. W Polsce większość ośrodków stacjonarnych, proponujących terapię i rehabilitację osobom uzależnionym, opiera swoje oddziaływania na zasadach społeczności terapeutycznej (ST). Metoda ta nie jest realizowana w jednakowy sposób we wszystkich placówkach, które deklarują jej wykorzystywanie.

Historia leczenia stacjonarnego dla użytkowników substancji psychoaktywnych miała swój początek w latach 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych, wraz z rozwojem długoterminowych stacjonarnych społeczności terapeutycznych, wzorowanych na społeczności *Synanon*, która była pierwszą społecznością terapeutyczną i stanowi model dla współczesnych społeczności, takich jak *Daytop Village*, *Phenix House*, *Project Return*.

Od tamtej pory stacjonarna społeczność terapeutyczna jest jedną z najciekawszych, ale i kontrowersyjnych form leczenia. Na przestrzeni lat społeczności terapeutyczne dojrzały i na ogół zaczęły stosować rozwiązania bardziej profesjonalne.

Pierwsze w Polsce ośrodki, działające w oparciu o ST, powstawały w połowie lat 80. Założycielem pierwszego ośrodka w Głuskowie był **Marek Kotański**. Początkowo pobyt w społeczności trwał od 18 do 24 miesięcy. Obecnie leczenie w ośrodku ST trwa od 6 miesięcy do roku, chociaż nadal funkcjonują dłuższe programy. Ośrodki rehabilitacyjne mają m.in. na celu zapewnienie bezpiecznego, wolnego od narkotyków środowiska, w którym osoba uzależniona uczy się rozwiązywać swoje problemy. Głównym celem społeczności terapeutycznej jest **wspomaganie rozwoju osobistego jej członków, związane ze zmianą stylu życia na skutek przebywania w grupie współpracujących ze sobą osób**. Społeczność terapeutyczna dostarcza ustrukturalizowanego środowiska z jasno określonymi zasadami moralnymi i etycznymi, w którym wykorzystywane są nie tylko ograniczenia i kary, ale także przywileje i nagrody. Oddziaływanie współmieszkańców staje się katalizatorem, który wyzwala krytycyzm i osobisty wgląd w dokonywanie pozytywnych zmian w zachowaniu i postawach. Dzięki indywidualnym i grupowym interakcjom następuje wgląd we własne problemy. Na ich rozwiązanie mają wpływ: uczenie się przez doświadczenie oraz ponoszenie konsekwencji własnych działań.

Programy terapeutyczne dla osób uzależnionych od narkotyków mają **charakter reedukacyjny i resocjalizacyjny**. Łączą w sobie wiele różnych form oddziaływania: psychoterapię grupową, terapię pracą i ruchem, wszelkiego rodzaju techniki warunkowania instrumentalnego. Wykorzystywane techniki pracy terapeutycznej opierają się na zasadach uczenia się, modelowania, przekazywania informacji zwrotnych oraz treningów umiejętności społecznych. Oddziaływania mają charakter wielopoziomowy, dają możliwość pracy nad schematami poznawczymi, korygowaniem emocji, weryfikowaniem obrazu własnej osoby.

Społeczność terapeutyczna jest szczególnym środowiskiem społecznym. Proces zmiany zachodzi poprzez doświadczenie i refleksję nad tym, co człowiek myśli, mówi o sobie i innych. Społeczność daje szansę na uzdrowienie emocji, łagodzenie cierpienia fizycznego i psychicznego.

Częstym problemem osób uzależnionych są **deficyty w zakresie umiejętności społecznych**. Osoby te mają braki w wykształceniu, kwalifikacjach zawodowych, nie posiadają nawyków potrzebnych do podjęcia pracy, wywiązywania się ze swoich obowiązków. Zmiany w tym obszarze przybierają często charakter rehabilitacji, czyli uzyskania nowej jakości w obszarze skuteczności społecznej, zwiększenia stopnia społecznego potencjału jednostki związanego z edukacją i kwalifikacjami zawodowymi. Udział w terapii pomaga tym osobom w rozwoju i sprzyja budowaniu tożsamości oraz zmianie stylu życia na wolny od narkotyków.

Niektóre ośrodki wzbogacają ofertę społeczności terapeutycznej o metody zaczerpnięte z amerykańskiego programu *Minnesota* oraz z koncepcji zapobiegania nawrotom choroby. Ośrodkiem, który pierwszy wprowadził powyższe metody intensywnej terapii uzależnienia, jest Ośrodek Terapii Uzależnień w Toruniu.

W ośrodku tym ponadto wykorzystywane są metody, które wyłoniły się z nurtu opartego na koncepcjach uczenia się: program treningu umiejętności zaradczych Petera Montiego, teorie behawioralno-poznawcze, psychologia motywacji. Wykorzystywany jest także program *12 Kroków Anonimowych Narkomanów* (NA).

Coraz więcej ośrodków wprowadza **indywidualne plany leczenia**. Daje to szansę na większe dostosowanie strategii pomagania do potrzeb i możliwości pacjentów.

Leczenie profilowane (nastawione na określony cel) może prowadzić do poprawy wyników leczenia w zakresie zażywania substancji. W Europie Van den Brik (1997) dokonał przeglądu skuteczności różnorodnych form psychoterapii w uzależnieniach. Jako skuteczne wymienia on następujące formy:

- trening umiejętności społecznych,
- krótka interwencja,
- zwiększenie motywacji,
- strategie zapobiegania nawrotom,
- grupy samopomocowe,
- terapia poznawcza,
- terapia behawioralna.

W ofercie leczniczej i rehabilitacyjnej muszą znajdować się programy ukierunkowane na utrzymywanie abstynencji, programy adresowane do młodych osób oraz programy redukcji konsekwencji medycznych i społecznych przeznaczone przede wszystkim dla populacji, w której przypadku niepowodzeniem zakończyły się programy nastawione na abstynencję.

Programy postterapeutyczne

Z dostępnej literatury, faktów i obserwacji wynika, że w sytuacji życiowej osób uzależnionych oraz używających narkotyki problemowo albo uzależnionych od nich pojawia się znacznie więcej problemów niż u ogółu ludności. **W przypadku osób, które ukończyły program leczenia zapewnienie dalszego wsparcia w postaci programu postterapeutycznego zwykle w istotny sposób przyczynia się do utrzymania pozytywnego wyniku leczenia.**

Zmiana stylu życia uzyskana podczas terapii stacjonarnej w ośrodku jest warunkiem wstępnym skutecznego korzystania z dalszej opieki. Ważnym elementem programu zajęć w końcowej fazie terapii jest planowanie **opieki postrehabilitacyjnej**. Plan obejmuje zalecenia i procedury uzyskania wsparcia i pomocy w różnych problemach, jakie pojawiają się w okresie powrotu do społeczeństwa. Specyficzne dla końcowego etapu terapii problemy polegają na tym, że osobom, które kończą terapię, często wydaje się, że „są już wyleczone” i powinny umieć same radzić sobie ze stresem, jaki pojawia się w różnych sytuacjach życiowych. Za wszelką cenę chcą one uchodzić za osoby zdrowe (a nie zdrowiejące) i samowystarczalne. Tymczasem ze wszystkich etapów zdrowienia, etap powrotu do społeczeństwa jest najbardziej wymagający, ponieważ niesie konkretne wyzwania, przed którymi osoba w czasie pobytu w ośrodku była chroniona.

W ramach programów postrehabilitacyjnych ważne jest stworzenie **wsparcia terapeutycznego** w formie:

- grup wsparcia,
- zachęcania do korzystania z grup NA/AA,
- grup zapobiegania nawrotom,
- umożliwienia korzystania z pomocy w rozwiązywaniu problemów osobistych.

Wsparcie terapeutyczne dla absolwentów programów powinno być oferowane w ambulatoriach.

Grupy samopomocowe Anonimowych Narkomanów

Część osób uzależnionych, po zakończeniu lub przerwaniu terapii korzysta w ramach wsparcia z grup samopomocowych. Do grup samopomocowych należą ludzie, których łączy wspólny (narkotykowy) problem. Spotykają się one regularnie, żeby zapewnić sobie wzajemne poparcie, zachętę lub radę. Re-

gularne uczestnictwo pomaga w osiągnięciu lub utrzymaniu abstynencji przez sam fakt tego regularnego uczestnictwa i ze względu na presję grupy. Dla wielu uzależnionych **grupy Anonimowych Narkomanów** (ang. *Narcotic Anonymous – NA*) są skuteczne, ponieważ dają poczucie sensu i przynależności. Zapewniają wiarygodny model abstynencji dla tych, którzy przywykli do myśli, że znaleźli się w sytuacji bez wyjścia. To, co dzieje się w NA, ma również miejsce w dobrej psychoterapii – są to postępy w poznaniu samego siebie i pojawienie się gotowości do zmiany osobistej.

Pierwszy mityng inicjujący powstanie NA odbył się w lipcu 1953 w Południowej Kalifornii w USA. Dzisiaj grupy NA funkcjonują w 140 krajach. W Polsce NA rozwija się od 13 lat, obecnie funkcjonuje około 60 grup.

Grupa NA zaspokaja potrzebę zależności od grupy, ale także przypomina stale, że osoby uzależnione ponoszą osobistą odpowiedzialność za każdy swój czyn. Zarówno w grupach NA, jak i w grupie terapeutycznej dowiadują się, że chociaż inni ludzie mogą okazać im chwilową pomoc, to tylko oni sami naprawdę decydują o tym, czy będą utrzymywać abstynencję, czy nie. Program 12 Kroków NA jest podstawą programu wyzdrowienia. Trzeźwienie w oparciu o ten program to nie tylko utrzymywanie abstynencji. To także praca nad swoimi problemami, umiejętnością słuchania innych, wyzwalania się z egocentryzmu, budowaniem nadziei, że można żyć godnie i realizować swoje cele.

Udział w grupach samopomocowych może być dla wielu osób uzależnionych alternatywą do profesjonalnie oferowanej pomocy. Może też być wsparciem w dalszym zdrowieniu dla osób, które odbyły terapię. Pomoc oferowana w grupach samopomocowych jest tym bardziej cenna, gdyż ich funkcjonowanie nie wiąże się z ponoszeniem nakładów finansowych przez państwo.

Warto zapamiętać!

- Postępowanie lecznicze w stosunku do osób mających problemy z substancjami psychoaktywnymi musi być zróżnicowane w zależności od stopnia zaawansowania problemów.
- Ważne jest podjęcie działań zmierzających do zwiększenia efektywności leczenia i jego dostępności, zróżnicowania oferty rehabilitacyjnej i form pomocy ambulatoryjnej oraz wdrożenia standardów postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego.

Literatura:

- *Raport nt. modelu zaspokajania potrzeb leczniczych osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce* – na zlecenie KBdsPN.
- Dąbrowska K., *Wywiad motywacyjny i prowadzone samoleczenie wg Lindy i Marka Sobellów*, Serwis Informacyjny Narkomania nr 3, 2006.
- *Sprawozdanie roczne 2004. Stanu problem narkotykowego Unii Europejskiej i Norwegii*, EMCDDA 2004.
- Leon G. de, *Spółeczność terapeutyczna*, KBdsPN, Warszawa 2003.
- Baran-Furga H., Steinbart-Chmielewska K., *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*. PZWL, Warszawa 1999.
- „Journal of Psychopharmacology” 2004, nr 18 (3), British Association for Psychopharmacology, SAGE Publications Ltd, London.

5.4 Leczenie pacjentów z tzw. podwójną diagnozą

Elżbieta Rachowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakie są przyczyny trudności diagnozowania i leczenia pacjentów z podwójną diagnozą?

W 1995 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała **współzachorowalność**, popularnie zwana podwójną diagnozą, jako „równoczesne występowanie zaburzenia wynikającego z przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz innego zaburzenia natury psychicznej”. Jak informuje Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), zdecydowana większość osób używających narkotyków ma problemy o podłożu psychicznym. Z przeglądu badań wynika, że najczęstszą diagnozą psychiatryczną u osób zażywających narkotyki są **zaburzenia osobowościowe**, dotykające 50-90% tej grupy, **zaburzenia emocjonalne** (20-60%), **zaburzenia psychotyczne** (20%). Od 10% do 50% pacjentów wykazuje więcej niż jedno współwystępujące zaburzenie psychiczne lub osobowościowe. Rozpowszechnienie uzależnień narkotykowych w połączeniu z zaburzeniami umysłowymi jest coraz większe. Przyczyna tego stanu rzeczy być może leży w coraz częstszym używaniu środków psychostymulujących.

Jedną z głównych przeszkód w diagnozowaniu i leczeniu współzachorowalności jest fakt, że **personel psychiatryczny na ogół dysponuje małą wiedzą o leczeniu uzależnień narkotykowych, zaś personel zajmujący się leczeniem uzależnień ma małą wiedzę w dziedzinie psychiatrii**. Podwójna diagnoza jest zatem stanem szczególnie trudnym do rozpoznania i często pozostaje niezidentyfikowana. Uzależnienie często powoduje liczne zachowania destrukcyjne, przesłaniając zaburzenia umysłowe, a syndromy psychiczne myli się z objawami wywołanymi przez zażycie narkotyku. Nawet jeśli podwójna diagnoza została postawiona, często nie jest uwzględniana w interwencjach leczniczych. Najwłaściwsze zatem jest mówienie o wielozachorowalności, ponieważ jednostki nią dotknięte często cierpią również na choroby somatyczne (HIV, HCV i inne) oraz zaburzenia na płaszczyźnie społecznej, takie jak problemy rodzinne, bezrobocie, pobyt w więzieniu lub bezdomność. Placówki opiekuńcze i lecznicze zazwyczaj nie mają wystarczającego zaplecza, by poradzić sobie z problemami w zakresie diagnozowania i leczenia tej grupy pacjentów.

Często powoduje to sytuację tzw. „drzwi obrotowych” – pacjenta wymagającego pilnego leczenia odsyła się od jednego specjalisty do drugiego, podczas gdy jego sytuacja nieustannie się pogarsza. Część tych pacjentów jest trudna do prowadzenia z powodu oporu lub niezdolności do poddania się zasadom i wymogom leczenia (związanym z przyjmowaniem leków, przychodzeniem na umówione wizyty) oraz złych relacji osobistych. Brak procedur obserwacji chorego po zakończeniu leczenia oraz późniejszej opieki prowadzi do częstych nawrotów zażywania i utrzymywania się zaburzeń umysłowych. Pacjenci, mając negatywne doświadczenia z zakładami pomocy, mogą niechętnie poddawać się leczeniu.

W badaniach zwraca się uwagę, iż wyniki leczenia pacjentów z współwystępującymi zaburzeniami mogłyby ulec znacznej poprawie dzięki opracowaniu długoterminowych, elastycznych programów, łączących elementy terapii nadużywania substancji psychoaktywnych oraz leczenia psychiatrycznego.

5.5 Redukcja szkód i ograniczania ryzyka

Bogusława Bukowska
Elżbieta Rachowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Na czym polega strategia redukcji szkód i ograniczania ryzyka w zakresie zjawiska narkomanii?
- Jakie są metody stosowania tych strategii?

Do przełomu lat 80. i 90. rekomendowane były niemal wyłącznie programy, których celem było uzyskanie przez osobę uzależnioną od narkotyków pełnej abstynencji od środków odurzających. Ten cel jednak dla wielu osób uzależnionych okazywał się zbyt trudny i prowadził do zaniechania podejmowania jakichkolwiek działań, związanych z uzależnieniem.

Wraz z pojawieniem się zagrożenia HIV/AIDS jeszcze bardziej aktualne stało się pytanie o cele leczenia osób uzależnionych od narkotyków, w szczególności od opiatów. W toczonych dyskusjach coraz częściej pojawiały się argumenty o istnieniu innych, poza abstynencją, celów w terapii, takich jak: **zwiększenie szans przeżycia osób uzależnionych od narkotyków, stabilizacja stanu zdrowia, poprawa funkcjonowania społecznego, zmniejszenie ryzyka zakażeń HIV, HCV, HBV czy gruźlicy**. Powyższa refleksja bezpośrednio przyczyniła się do powstania programów, których celem nie jest w pierwszej kolejności uzyskanie przez osobę przyjmującą narkotyki abstynencji, ale **redukcja szkód występujących w związku z używaniem narkotyków poprzez zmianę niebezpiecznych wzorów ich przyjmowania**. Oczekuje się, że programy ograniczania czy redukcji szkód zdrowotnych przyczynią się do ograniczenia ryzyka występowania i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób przyjmujących narkotyki, ich transmisji z populacji problemowych użytkowników narkotyków do populacji ogólnej oraz ograniczenia liczby zgonów z powodu przedawkowania.

Obecnie programy ograniczenia szkód są adresowane nie tylko do iniekcyjnych użytkowników opiatów, ale też do tych, którzy używają innych środków psychoaktywnych.

Programy wymiany igieł i strzykawek

Pierwszymi programami ograniczania szkód zdrowotnych adresowanymi do użytkowników narkotyków realizowanymi w Polsce były programy stacjonarnej i ulicznej wymiany igieł i strzykawek oraz rozdawnictwo prezerwatyw, funkcjonujące w Polsce od drugiej połowy lat 80. Poza wymianą sprzętu do iniekcji oferta tych programów może obejmować także informowanie o możliwościach uzyskania pomocy socjalnej, sposobach ograniczania ryzyka zakażeń, prostą pomoc medyczną i doradztwo prawne. Warto pamiętać, że programy te służą także nawiązywaniu kontaktu z osobami czynnie używającymi narkotyków, pozostającymi poza wszelkimi systemami opieki zdrowotnej czy socjalnej. W niektórych krajach członkowskich UE także apteki odgrywają znaczącą rolę w dystrybucji igieł i strzykawek, co w znaczącym stopniu przyczynia się do poszerzania zasięgu i dostępności do tego typu programów.

Badania naukowe w sprawie efektywności programów wymiany igieł i strzykawek w redukowaniu występowania HIV/AIDS w grupie osób zażywających narkotyki dożylnie rozpoczęły się w latach 80. Przegląd literatury opublikowany przez WHO w 2004 r. stwierdza, że istnieją istotne dowody potwierdzające następujące tezy:

- Zwiększenie dostępności sterylnej sprzętu do iniekcji przez osoby wstrzykujące narkotyki **wyraźnie ogranicza rozwój zakażeń wirusem HIV.**
- Nie ma dowodów na istnienie jakichkolwiek niezamierzonych, negatywnych konsekwencji tego działania (WHO, 2004).

Źródło: Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne za 2005 r., EMCDDA.

Inne programy redukcji szkód

Opisane powyżej programy nie wyczerpują współczesnej oferty programów, których głównym celem jest ograniczanie szkód zdrowotnych. W niektórych krajach Europy, takich jak Niemcy, Hiszpania czy Wielka Brytania, oferta ta obejmuje tzw. **pokoje bezpiecznej iniekcji** (ang. *injection room*), w których osoba używająca narkotyków może dokonać iniekcji w higienicznych warunkach. Placówki tego typu zwykle zatrudniają personel pomocniczy (pielęgniarki), który w przypadku pojawienia się niepokojących symptomów związanych z przedawkowaniem narkotyku może udzielić pierwszej pomocy medycznej. Uważa się, że funkcjonowanie tego typu pomieszczeń może mieć pozytywny wpływ na ograniczenie przypadków śmierci z przedawkowania wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków oraz że przyczyniają się one do nawiązania kontaktów z tą niezwykle problematyczną grupą zażywających narkotyki. Pomimo że tzw. *injection room* działają w niektórych krajach Europy od kilku lat, Międzynarodowa Rada ds. Kontroli Środków Odurzających (organ ONZ) podważa legalność ich funkcjonowania, biorąc pod uwagę przepisy **Jednolitej Konwencji o Środkach Odurzających z 1961 r.** Niektóre pokoje bezpiecznej iniekcji pełnią funkcje tzw. pokojów bezpiecznej konsumpcji narkotyków, gdzie dopuszczalne jest używanie narkotyków w higienicznych warunkach bez względu na ich rodzaj i sposób przyjmowania (np. w Niemczech).

Programy ograniczania ryzyka w miejscach rekreacji

W nurcie programów ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych pozostają także programy *party workers*, adresowane do tzw. osób rekreacyjnie przyjmujących narkotyki (ecstasy, amfetaminę) w klubach i dyskotekach. Pracownicy tych programów są przeszkoleni w zakresie nawiązania kontaktu z użytkownikami narkotyków, udzielania pierwszej pomocy, motywowania do refleksji nad używaniem narkotyków, informowania o możliwościach zmiany sposobu używania narkotyków na bardziej bezpieczny oraz możliwościach podjęcia leczenia. Zwracają uwagę, czy w klubach istnieją miejsca dające możliwość ochłodzenia przegrzanego organizmu i wyciszenia oraz czy jest dostęp do wody. W niektórych krajach integralnym elementem tego typu programów jest dopasowanie godzin kursowania pojazdów komunikacji publicznej do czasu trwania imprezy w celu ograniczenia liczby przypadków kierowania pojazdów przez osoby będące pod wpływem działania środków odurzających.

Kolejną propozycją, mieszczącą się w nurcie programów ograniczania szkód zdrowotnych, są specjalne punkty, w których użytkownik narkotyku może poprosić o dokonanie analizy składu chemicznego zakupionego narkotyku (dotyczy to zwłaszcza MDMA – ecstasy) pod kątem występowania w jego składzie szkodliwych lub zagrażających życiu substancji. Punkty testowania narkotyku działają np. w Holandii i Austrii. Legalność ich działania jest także podważana przez Radę ds. Kontroli Środków Odurzających.

Szczególną formą programów związanych z ograniczeniem szkód są programy substytucyjne omówione w rozdziale 5.2 (*Leczenie antagonistami receptorów opioidowych oraz leczenie substytucyjne*), traktowane jako jeden z podstawowych filarów polityki redukcji szkód o szeroko udokumentowanej skuteczności oraz rekomendowane przez WHO.

Podsumowując kwestie ograniczania szkód zdrowotnych, należy stwierdzić, że świadczenia z tego zakresu znalazły się wśród priorytetów antynarkotykowej strategii UE na lata 2005-2012. W Polsce obserwujemy także coraz częstsze zrozumienie dla tych idei wśród decydentów na szczeblu krajowym i samorządowym. Szczególnie istotne wydaje się dalsze zwiększanie nakładów finansowych na ten obszar interwencji przez samorządy gminne, które posiadać powinny najlepsze rozeznanie co do skali potrzeb w zakresie programów redukcji szkód. Wszędzie tam, gdzie istnieje narkomania dożylna oraz funkcjonują miejsca rekreacji, w których młodzież używa narkotyków, samorząd powinien uwzględnić w Gminnych i Wojewódzkich Programach Przeciwdziałania Narkomanii programy redukcji i ograniczania szkód zdrowotnych. Programy te są działaniami o sprawdzonej skuteczności, a nie mogą być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Warto zapamiętać!

- Programy ograniczenia szkód muszą być zróżnicowane w zależności od zaawansowania problemów użytkowników i rodzaju używanego środka psychoaktywnego.
- Redukcja szkód przyczynia się do zmniejszenia jednostkowych i społecznych szkodliwych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych.
- Programy redukcji szkód i ograniczania ryzyka mogą być pomostem prowadzącym do wyboru abstynencji przez pacjentów.

Literatura:

- Tatarsky A. (red.), *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe metody leczenia uzależnień od narkotyków i alkoholu*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.
- *Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne za 2005 r.*, EMCDDA.

5.6 Integracja społeczna

Bogusława Bukowska
Elżbieta Rachowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Na czym polega integracja społeczna osób uzależnionych od narkotyków i dlaczego jest ona tak ważnym działaniem?

Integrację społeczną definiuje się jako „każdą interwencję społeczną mającą na celu integrację ze społecznością osób problemowo używających narkotyków w przeszłości lub obecnie”. Trzy filary integracji społecznej to:

- **mieszkanie, hostele lub inna forma schronienia,**
- **wykształcenie,**
- **zatrudnienie** (w tym szkolenia zawodowe).

Inne stosowane środki to **doradztwo** czy **zajęcia w czasie wolnym**.

Celem **programów hostelowych** realizowanych w Polsce jest pomoc socjalna i terapeutyczna udzielana osobom uzależnionym po podstawowym programie rehabilitacyjnym w pełnym usamodzielnieniu się i utrwaleniu postaw prospołecznych, a także wspieranie zachowań pomocnych w utrzymywaniu abstynencji od alkoholu i narkotyków, a tym samym integracja ze społeczeństwem.

Osoba uzależniona od narkotyków, która ukończyła program terapeutyczno-rehabilitacyjny, nadal wymaga pomocy w zdobyciu pełnej samodzielności. Program hostelowy jest formą pośrednią między terapią w placówce stacjonarnej, jaką jest ośrodek, a samodzielnym funkcjonowaniem osoby uzależnionej. Mieszkanie w hostelu umożliwia osobom uzależnionym bezpieczny powrót do społeczeństwa, zwiększa możliwości podjęcia pracy i nauki. Ta forma pomocy pozwala na nawiązanie nowych, bliskich więzi z osobami spoza ośrodka, uczy korzystania z różnych miejsc wsparcia, m.in. wspólnoty Anonimowych Narkomanów, Anonimowych Alkoholików, konsultacji terapeutycznych poza ośrodkiem. Pozwala na praktyczną naukę planowania, rozwiązywania problemów, prowadzenia treningu finansowego. Czas pobytu w hostelu powinien być stosunkowo krótki (3-6 miesięcy), aby nie zwalniał osoby z niego korzystającej z własnej aktywności w pełnym usamodzielnieniu się. Program skierowany jest głównie do osób mających złą sytuację materialno-bytową oraz tych, które nie chcą wracać do swojego dawnego środowiska.

Mieszkaniec hostelu powinien mieć możliwość uzyskania wsparcia w sytuacji kryzysu i pomocy w wyjściu z nawrotu. W czasie pobytu w hostelu powinien być monitorowany jego program zdrowienia. Hostele prowadzone są najczęściej przez stowarzyszenia i fundacje. Programy te finansowane są przez samorządy lokalne i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W sumie w Polsce funkcjonuje około 16 hosteli o zróżnicowanej liczbie miejsc – od 7 do 60.

Mieszkania readaptacyjne są kolejnym krokiem w usamodzielnianiu się osób uzależnionych, zdrowiejących. Warunkiem korzystania z tej formy pomocy jest posiadanie pracy zawodowej i możliwości pewnej samodzielności finansowej. Ta forma pomocy jest organizowana w całym kraju przy współpracy z organizacjami pozarządowymi i wymaga dalszego rozwoju.

Bardzo ważnym aspektem integracji społecznej jest **wsparcie w uzyskaniu kwalifikacji zawodowych i uzupełnieniu wykształcenia**. Absolwenci programów terapeutycznych mogą korzystać z programów prowadzonych przez Urzędy Pracy, Centra Integracji Społecznej oraz organizacje pozarządowe. Obecnie znaczne możliwości pozyskiwania środków finansowych na szkolenie zawodowe osób uzależnionych oferują programy współfinansowane z funduszy unijnych.

Ostatnim z elementów integracji społecznej jest **wsparcie w znalezieniu pracy** dla osób z problemem narkotykowym, w szczególności tych, które przeszły leczenie lub objęte są substytucyjną terapią podtrzymującą. Niestety, w tym obszarze brak niemal jakiegokolwiek oferty lub jest ona bardzo uboga. Na szczególne uznanie zasługują zatem inicjatywy podejmowane przez niektóre środowiska, aby zatrudniać pacjentów programów substytucyjnych lub absolwentów ośrodków rehabilitacyjnych.

Inna forma pomocy osobom uzależnionym to **schroniska i noclegownie**, do których dostęp powinni mieć także czynni użytkownicy narkotyków, gdzie mieliby możliwość otrzymania posiłku, zmiany odzieży, rozmowy z personelem. Schroniska i noclegownie, a także inne projekty oferujące schronienie, powinny także funkcjonować w każdym mieście, gdzie działają programy leczenia substytucyjnego. Część pacjentów programów terapii podtrzymującej metadonem to osoby, które na skutek uzależnienia straciły mieszkanie oraz zerwały kontakty z rodziną. Ich odbudowanie nie jest łatwe, a często wręcz niemożliwe. Dążąc do zwiększenia efektywności oddziaływań leczniczych oraz przeciwdziałając wykluczeniu społecznemu, konieczne trzeba umożliwić tym osobom zamieszkania co najmniej w warunkach schroniska czy noclegowni. Obecnie takie projekty funkcjonują w Krakowie oraz Warszawie i należy zachęcać samorządy lokalne oraz organizacje pozarządowe do współpracy w zakresie poszerzenia oferty usług w obszarze integracji społecznej wymienionej grupy. Rekomenduje się, aby w każdej gminie, w której przebywają osoby bezdomne uzależnione od narkotyków, zaplanowano działania służące ich integracji społecznej i przeciwdziałające ich dalszej marginalizacji społecznej.

Warto zapamiętać!

- Dobrze realizowany program postrehabilitacyjny daje szansę zwiększenia skuteczności oddziaływań terapeutycznych oraz programów podtrzymującej terapii metadonem. Doświadczenia lokalne w tym względzie są obiecujące.
- Adresatem działań z zakresu integracji społecznej powinni być problemowi użytkownicy narkotyków, którzy używali ich w przeszłości lub obecnie.

Literatura:

- *Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne za 2006 r.*, EMCDDA.

6. ***Wstępna ocena sytuacji, potrzeb i zasobów***



6.1 Metody oceny epidemiologicznej

Janusz Sierosławski

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakie etapy powinna obejmować diagnoza na potrzeby opracowania Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii?
- Jakie metody badawcze wykorzystuje się w działaniach diagnostycznych?

Zakres diagnozy

Jeśli program ma być najlepszą możliwą odpowiedzią na problem narkotyków i narkomanii w społeczności z optymalnym wykorzystaniem sił i środków, jakie społeczność może zmobilizować – **jego projektowanie poprzedzić musi dokładna diagnoza**. Jej przedmiotem winno być zdobycie możliwie pełnego rozeznania co do kształtu i rozmiarów zjawiska w skali lokalnej. Ponadto trzeba wiedzieć, jakimi zasobami się dysponuje i jakie jeszcze można uruchomić. Warto też podsumować doświadczenia zdobyte w dotychczasowych działaniach skierowanych na przeciwdziałanie narkomanii. Ostatnia kwestia, co do której potrzebna jest jakaś orientacja, to kontekst kulturowy, społeczny, ekonomiczny, w jakim rozwija się zjawisko i w jakim projektować będziemy działania zapobiegawcze.

Diagnoza powinna obejmować trzy zasadnicze obszary zagadnień:

1. **Charakterystyka używania substancji psychoaktywnych** (narkotyków) oraz **problemów, jakie się z tym wiążą** w kontekście innych problemów obecnych w społeczności.
2. **Identyfikacja istniejących i potencjalnych zasobów do wykorzystania w programie**.
3. **Lokalny kontekst kulturowy, społeczny i ekonomiczny**, w jakim rozwija się problem i w jakim przyjdzie działać.

Wszystkie wymienione tu kwestie powinny zostać dokładnie rozpoznane, tak aby cele programu i jego aktywności osadzone były w lokalnych realiach i w możliwie najlepszy sposób odpowiadały na lokalne potrzeby. Brak diagnozy lub jej niepoprawne przeprowadzenie grozi przyjęciem błędnych założeń programu i w konsekwencji jego nieskutecznością.

- Ad. 1.** Odpowiedzi na pytania z pierwszego obszaru dostarczyć powinny **podstaw do oceny rozmiarów zjawiska, któremu chcemy zapobiegać, lepszego rozumienia jego struktury oraz mechanizmów rozwoju w warunkach lokalnych**. Osadzenie problemów związanych z narkotykami w kontekście innych problemów pozwoli z jednej strony na właściwą ocenę względnej ważności problemu, z drugiej – na ocenę stopnia uwikłania w inne problemy społeczne. Podjęcie w ramach programu działań z zakresu prewencji pierwotnej, z natury swojej niespecyficznych, oddziałujących profilaktycznie również na inne sfery zachowań, skłania do zdobycia rozeznania również w ich zakresie. Szczególnie istotna wydaje się tu problematyka używania legalnych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, tytoń czy leki uspokajające i nasenne. Zbudowanie w wyniku diagnozy mapy problemów, zarówno w sensie jakościowym, jak rozmieszczenia terytorialnego, powinno pozwolić na właściwy dobór konkretnych środków oraz ich odpowiednią alokację.
- Ad. 2.** Drugi obszar zagadnień diagnozy obejmuje ocenę potencjału społeczności w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Dogodnym punktem wyjścia do jej dokonania jest **identyfikacja i podsumowanie dotychczasowych porażek i osiągnięć profilaktycznych w społeczności**. Inaczej mówiąc – warto zacząć od postawienia pytania: co do tej pory robiono w tym zakresie i jakie to przyniosło rezultaty? Następnie analizie poddać trzeba kwestię: czy i na ile działania podejmowane przez różne instytucje były ze sobą skoordynowane oraz podporządkowane jakiej ogólnej strategii? Jeśli nie były, to w czym tkwi źródło braku współpracy? Oprócz baczного przyjrzenia się instytucjom, które prowadzą czy prowadziły jakieś działania profilaktyczne, trzeba też zdobyć orientację, które instytucje dałyby się w takie działania zaangażować. W zakres

pojęcia potencjału społeczności wchodzi też stopień kompetencji przyszłych wykonawców i realizatorów programu. Zbierać zatem trzeba także dane o stopniu przygotowania do pracy profilaktycznej środowisk, z których rekrutować się będą osoby angażowane do poszczególnych przedsięwzięć.

- Ad. 3.** Trzeci obszar zagadnień poddany diagnozie najslabiej wiąże się z samą akcją, chociaż wydaje się nie mniej istotny niż dwa poprzednie. O ile pierwszy dotyczył przedmiotu akcji, drugi – działających podmiotów, to trzeci **koncentruje się na warunkach działania, czyli na całym otoczeniu środowiskowym**. Obejmuje on pytania o warunki akceptacji przez społeczność zarówno całego programu, jak i poszczególnych planowanych działań. Istotnym czynnikiem powodzenia programu są postawy społeczne wobec narkotyków, waga tego problemu w odczuciach społecznych, wreszcie gotowość wsparcia inicjatyw profilaktycznych. Równie ważna wydaje się wiedza o akceptacji lub jej braku w odniesieniu do planowanych działań. Na etapie wdrażania programu warto wiedzieć, gdzie można znaleźć potencjalnych sojuszników, a gdzie natkniemy się na przeciwników.

Wiedza o stosunku społeczności do problemu narkotyków oraz do planowanych działań służyć może zarówno do modyfikacji programu, jak i do prób wpływania na społeczność. Gdy w wyniku diagnozy dojdziemy do wniosku, że któraś z planowanych inicjatyw nie będzie akceptowana przez mieszkańców, możemy z niej zrezygnować lub zawczasu zaplanować akcję edukacyjną nastawioną na zmianę postaw. Przewidując zawczasu reakcje społeczności, możemy uniknąć konfliktu, który mógłby położyć się cieniem na całym programie.

Na problemy związane z narkotykami należy patrzeć szeroko, widzieć je w kontekście problemów powodowanych przez używanie innych substancji psychoaktywnych, w tym przede wszystkim alkoholu. Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia, wszelkie substancje psychoaktywne, niezależnie od tego, czy legalne, czy nielegalne, są groźne z perspektywy zdrowia publicznego. Wiele działań profilaktycznych ma podobny charakter, niezależnie od tego, czy chcemy zapobiegać narkomanii, czy problemom alkoholowym. Przemawia to za wspólnym ujmowaniem tych kwestii, szczególnie na poziomie lokalnym, gdzie podejmuje się konkretne działania profilaktyczne. Zarówno wzajemne powiązanie problemów używania różnych substancji psychoaktywnych, jak ekonomika prowadzenia badań przemawiają za uwzględnieniem kwestii legalnych substancji w realizacji diagnozy w zakresie problemu narkotyków.

Źródła danych

Przeprowadzenie diagnozy wymaga zgromadzenia informacji, poddania ich analizie i wreszcie sformułowania wniosków. W zależności od wielkości i potencjału gminy diagnoza może zostać przeprowadzona we własnym zakresie lub zlecona specjalistom. Jednak nawet wtedy, gdy diagnozę powierzymy specjalistom, i tak trzeba zdobyć wiedzę o tym, jak powinna być ona prowadzona, choćby po to, żeby wyegzekwować rzetelność w jej realizacji.

Wielkość i charakter gminy wyznaczają także zakres dostępnych danych oraz metody ich pozyskiwania. Gminy miejskie, szczególnie te na prawach powiatu, są w uprzywilejowanej sytuacji, bowiem **wiele danych statystycznych agregowanych jest na poziomie powiatu**. Mniejsze gminy skazane są na analizę dokumentacji źródłowej. Instytucje gromadzące dane o problemie narkotyków i narkomanii mają zwykle charakter ponadgminny (szpitale, policja, SANEPID, szkolnictwo ponadgimnazjalne), stąd często powstaje konieczność wyszukiwania danych o mieszkańcach gminy w dokumentacji źródłowej tych instytucji.

W pierwszej fazie diagnozy należy **zewidencjonować i ocenić dostępne źródła informacji, czyli opracować „mapę informacyjną”**. Stanowić ona będzie punkt wyjścia do zaplanowania przedsięwzięć badawczych oraz posłuży do interpretacji danych. Następnym etapem jest **zebranie danych oraz przeprowadzenie badań**. Ostatnia, najtrudniejsza chyba faza – to **przeprowadzenie analizy zebranych danych oraz sformułowanie wniosków i rekomendacji dla programu**. W tej ostatniej fazie dobrze jest dysponować nie tylko danymi z własnej gminy, ale także danymi ogólnopolskimi, wojewódzkimi lub

danymi z podobnych gmin. Analiza danych z własnej gminy w zestawieniu z analogicznymi danymi z innych miejsc zwykle pozwala na sformułowanie większej liczby bardziej interesujących wniosków.

Zakres diagnozy powinien być możliwie szeroki i wszechstronny. Wykorzystanie jak największej liczby źródeł informacji, stosowanie poprawnych metodologicznie procedur zbierania danych, przeprowadzenie głębokich analiz powinno zaowocować pełnym i adekwatnym obrazem sytuacji oraz sformułowanym na jego podstawie zestawem rekomendacji. Ważne jest, aby decyzje co do finalnego kształtu Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii opierały się na możliwie pełnej, racjonalnie zdobytej wiedzy, a nie obiegowych sądach i stereotypach.

Podstawowe wskaźniki

Przy użyciu różnych metod diagnoza powinna zmierzać do uchwycenia następujących podstawowych wskaźników:

1. Rozpowszechnienie używania narkotyków wśród młodzieży.
2. Wzory okazjonalnego i eksperymentalnego używania narkotyków wśród młodzieży.
3. Rozpowszechnienie używania narkotyków w całej populacji.
4. Wzory okazjonalnego i eksperymentalnego używania narkotyków w całej populacji.
5. Liczba problemowych użytkowników narkotyków.
6. Wzory problemowego używania narkotyków.
7. Zachowania szczególnego ryzyka (iniekcje, dzielenie się igłami i strzykawkami, prowadzenie pojazdów po narkotykach).
8. Zakażenia HIV, HCV i innymi chorobami przenoszonymi przez krew oraz gruźlicą.
9. Przedawkowania narkotyków, w tym ze skutkiem śmiertelnym.
10. Zaburzenia psychiczne związane z używaniem narkotyków.
11. Wykluczenie społeczne związane z problemowym używaniem narkotyków.
12. Przestępstwa popełniane przez użytkowników narkotyków.
13. Uciążliwości dla mieszkańców związane z problemowym używaniem narkotyków.
14. Przestępczość związana z rynkiem narkotyków.
15. Poziom dostępności narkotyków (oceny użytkowników, ceny narkotyków).

Przedsięwzięcia badawcze podejmowane w ramach diagnozy powinny koncentrować się przede wszystkim na problemie narkotyków, ale **ważne jest uwzględnienie w nich również kwestii alkoholu oraz innych problemów społecznych**.

Metody badawcze

W ramach diagnozy sytuacji lokalnej można prowadzić badania z zastosowaniem różnych metod. Badania mogą polegać na:

1. badaniach ankietowych wśród mieszkańców,
2. badaniach ankietowych wśród uczniów w szkołach,
3. zbieraniu i analizie danych statystycznych i dokumentacji instytucji,
4. wywiadach z przedstawicielami instytucji,
5. wywiadach z młodzieżą, w tym z okazjonalnymi użytkownikami narkotyków,
6. wywiadach z problemowymi użytkownikami narkotyków,
7. oszacowaniu liczby problemowych użytkowników narkotyków.

Każda z tych metod została pokrótce omówiona poniżej.

Ad 1. Wstępny zarys problematyki badań ankietowych wśród mieszkańców

Tego typu badania **obejmują zwykle całą dorosłą populację** (w praktyce oznacza to przeważnie osoby w wieku 18-64 lata) **mieszkańców danego obszaru** (miasta, powiatu, kraju, itp.). Ponieważ rzadko zdarza się możliwość włączenia do badań całej populacji (ze względu na jej liczebność, która powodowałaby niewyobrażalnie wysokie koszty takiego przedsięwzięcia), badania powinny obejmować tzw. próbę reprezentatywną. Jest to próba, której przebadanie pozwala formułować wnioski dotyczące całej interesującej nas populacji. To, czy badana próba jest rzeczywiście reprezentatywna, zależy od jej wielkości i sposobu doboru. W badaniach lokalnych zalecana minimalna wielkość próby to 500 osób, a rekomendowany sposób doboru to losowanie (dopuszczalny jest też dobór udziałowy). Dlatego przeprowadzenie badania ankietowego na reprezentatywnej próbie mieszkańców wymaga zaangażowania specjalistów doświadczonych w badaniach epidemiologicznych problemu narkotyków. W zasadzie metodę tę rekomendować można miastom i to raczej większym.

Dla rzetelności wyników badania nie mniej ważne od doboru próby jest **przygotowanie odpowiedniego kwestionariusza oraz zatrudnienie przeszkolonych ankierów**.

Badanie wśród mieszkańców powinny obejmować następujące kwestie:

- **Ocena ważności problemu narkotyków i narkomanii na tle innych problemów społecznych**

Wiedza o stopniu ważności problemu narkotyków i narkomanii w opiniach społecznych może posłużyć do przewidywania stopnia społecznego poparcia dla akcji profilaktycznej. Percepcja społeczna skali problemu dostarczyć też może argumentów przemawiających za potrzebą intensyfikacji działań profilaktycznych.

- **Wzory używania substancji psychoaktywnych:**

- typy środków, częstość używania, itp.;
- dystrybucja rozpowszechnienia używania w różnych segmentach struktury społecznej.

Informacje o wzorach używania narkotyków dominujących w społeczności wyznaczają warunki brzegowe budowania programu profilaktycznego. Wiedza o dystrybucji wzorów szczególnie szkodliwych z perspektywy powstawania problemów zdrowotnych w różnych segmentach struktury społeczno-demograficznej będzie użyteczna do wyboru priorytetów programu.

- **Oszacowanie liczb osób używających problemowo narkotyków metodą *benchmark***

Dane o liczbach osób używających problemowo narkotyków wyznaczają skalę potrzeb w zakresie profilaktyki, leczenia i ograniczania szkód (ang. *harm reduction*). W badaniu ankietowym można zebrać dane użyteczne do przeprowadzenia oszacowania metodą punktu odniesienia – patrz podrozdział *Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Poznaniu*.

- **Ocena dostępności substancji psychoaktywnych**

Ograniczanie dostępności substancji psychoaktywnych jest jedną z najczęściej stosowanych strategii zapobiegania. Poziom dostępności w pewnym stopniu wpływa na rozpowszechnienie używania substancji. Wiedza o dynamice zmian dostępności narkotyków pozwala nie tylko na dokonanie oceny działań zmierzających do ograniczania podaży, ale także na określenie warunków brzegowych działań skierowanych na ograniczanie popytu. Pomiar dostępności substancji powinien opierać się na dwóch wskaźnikach – ogólnych ocenach badanych oraz relacjach o propozycjach kupna czy używania tych substancji.

- **Widoczność profilaktyki nastawionej na ograniczanie popytu:**

- widoczność kampanii edukacyjnych;
- widoczność programów profilaktycznych dla młodzieży.

W ostatnich latach podjęto wiele inicjatyw profilaktycznych, szczególnie skierowanych do młodzieży. Powinny one być kontynuowane i intensyfikowane. Sprzyjać temu będzie duża widoczność społeczna podejmowanych działań. Informowanie mieszkańców o zasięgu działań i ich efektach tworzy sprzyjający klimat do ich kontynuacji. Pomiar widoczności społecznej tych działań dostarczy podstaw do ich promocji wśród społeczeństwa.

- **Poziom wiedzy o dostępności systemu pomocy:**

- lecznictwo dla osób z problemem narkotyków lub alkoholu;
- pomoc społeczna;
- pomoc w przypadkach przemocy w rodzinie.

Podstawowym warunkiem korzystania z systemu pomocy jest szeroko dostępna informacja o nim. Odpowiedzi na pytania dotyczące stopnia poinformowania o dostępnej ofercie dostarczą orientacji w skali potrzeb w zakresie promocji oferty pomocy.

- **Postawy wobec legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych**

- stopień społecznego przyzwolenia dla picia alkoholu i palenia tytoniu przez młodzież;
- wiedza o narkotykach i stosunek do nich;
- reakcje na przejawy używania substancji.

Informacje o postawach wobec narkotyków i innych substancji psychoaktywnych stanowią podstawowy czynnik wyznaczający strategię profilaktyczną. Jednym z warunków skuteczności profilaktyki narkomanii jest stosunek do narkotyków ze strony dorosłych. Brak fundamentalnej wiedzy, lęk graniczący z paniką, agresja – to często spotykane utrudnienia działań profilaktycznych. Ich identyfikacja ma pomóc w zaplanowaniu strategii prewencyjnej.

Ad 2. Wstępny zarys problematyki badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej

Badania ankietowe w szkołach zrealizować można bez angażowania specjalistów, chociaż wskazane jest korzystanie z konsultacji. Także w tym przypadku poza przygotowaniem odpowiedniego kwestionariusza istotne znaczenie dla rzetelności wyników ma dobór próby badawczej oraz zatrudnienie odpowiednio przeszkolonych ankieterów, koniecznie spoza systemu szkolnego.

Aby wyniki badań przeprowadzonych w społeczności lokalnej można było porównać z wynikami badań ogólnopolskich lub zrealizowanych w innych miastach lub województwach, należy zastosować podobną metodologię. Ponieważ największy zasięg i długą tradycję mają **badania ESPAD** (ich wyniki z lat 1995, 1999 i 2003 zostały omówione w rozdziale 2.4), warto wykorzystać metodologię właśnie tych badań. Oznacza to:

- objęcie badaniami uczniów trzecich klas gimnazjów i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych;
- włączenie do badań minimum po 1000 uczniów z każdego poziomu;
- zastosowanie losowego, klastrowego doboru próby (klasa szkolna jednostką losowania).

Badania szkolne nie są dobrą metodą badawczą w małych miejscowościach, gdzie istnieje tylko kilka szkół. W takich miejscowościach należy poprzestać na przeprowadzeniu badania metodami jakościowymi, opisanymi w punkcie 5.

Badania szkolne powinny obejmować następujące kwestie:

- **Oszacowanie rozpowszechnienia używania narkotyków, picia alkoholu i palenia papierosów**

Określenie skali zjawisk używania przez młodzież narkotyków i innych substancji psychoaktywnych wyznacza bezpośrednio zakres potrzeb profilaktycznych. W badaniu należy osobno oszacować rozpowszechnienie picia każdego z napojów alkoholowych (piwo, wino, wódka) oraz używania każdej z innych substancji psychoaktywnych (przetwory konopi, amfetamina, LSD, ecstazy, heroina itp.).

- **Określenie wzorów picia alkoholu**

Informacje o wzorach picia dominujących wśród młodzieży wyznaczają warunki brzegowe budowania programu profilaktycznego. Identyfikacja wzorów szczególnie szkodliwych z perspektywy powstawania problemów będzie użyteczna przy wyborze priorytetów programu.

- **Ocena dostępności narkotyków i napojów alkoholowych**

Jak wynika z dotychczasowych badań – dostępność narkotyków i alkoholu jest istotnym czynnikiem rozpowszechnienia ich używania, szczególnie w przypadku młodzieży, dla której z mocy prawa zarówno narkotyki, jak napoje alkoholowe powinny być niedostępne. Pomiar dostępności tych substancji powinien opierać się na dwóch wskaźnikach: ogólnych ocenach badanych oraz relacjach o propozycjach kupna czy używania tych substancji.

- **Zidentyfikowanie preferowanych przez młodzież form działań profilaktycznych**

Racjonalne zaplanowanie działań profilaktycznych wymaga określenia popytu. W ankiecie znajdą się zatem pytania o chęć uczestnictwa w różnych formach działań profilaktycznych, takich jak oferta różnych form spędzania czasu wolnego, pomoc psychologiczna, praca z rodzinami.

- **Analiza postaw wobec narkotyków i alkoholu**

Postawy wobec substancji psychoaktywnych wyznaczają w znacznej mierze gotowość do sięgania po nie. Wiedza o przekonaniach co do szkodliwości różnych wzorów używania poszczególnych substancji będzie użyteczna w planowaniu działań edukacyjnych. W doborze odpowiednich strategii perswazyjnych niezbędne jest odwołanie się do wiedzy i przekonań na temat przedmiotu oddziaływań.

Ad 3. Wstępny zarys problematyki zbierania i analizy danych statystycznych oraz dokumentacji instytucji

Dane statystyczne i dokumentacja instytucji, których zadania statutowe zawierają reagowanie na problem narkomanii, pozwolą na ocenę skali i dynamiki badanego zjawiska oraz posłużą do inwentaryzacji i oceny dotychczasowych działań. Dostarczą również informacji niezbędnych do wykonania oszacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków.

W ramach diagnozy zebrane i zanalizowane powinny zostać dane następujących instytucji:

- specjalistyczne leczenie uzależnień (poradnia odwykowa, poradnia zdrowia psychicznego, specjalistyczna poradnia dla osób uzależnionych od narkotyków, punkt konsultacyjny);
- policja (powiatowa komenda policji);
- pomoc społeczna (gminny ośrodek pomocy społecznej);
- oświata (szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne, administracja oświatowa);
- organizacje pozarządowe (ruch samopomocowy, organizacje społeczne);
- powiatowa stacja SANEPID;
- Wojewódzki Urząd Statystyczny.

Dane (pochodzące przynajmniej z niektórych z powyższych instytucji) można znaleźć na stronie internetowej Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zakres dostępnych danych jest większy w przypadku gmin o statusie powiatów grodzkich. Większość danych trzeba jednak zebrać lokalnie. Zbierając dane w instytucjach o ponadgminnym zasięgu, trzeba pamiętać o potrzebie wyodrębnienia osób lub zdarzeń odnoszących się do gminy.

Zbieranie danych w instytucjach zmierzać powinno do ustalenia następujących wskaźników:

- liczba leczonych w placówkach stacjonarnych z powodu nadużywania narkotyków (ICD 10: F.11-F.16, F.18, F.19), w tym leczonych pierwszy raz w życiu;
- liczba leczonych w placówkach ambulatoryjnych z powodu nadużywania narkotyków (ICD 10: F.11-F.16, F.18, F.19), w tym leczonych pierwszy raz w życiu;
- liczba zatruc narkotykami ze skutkiem śmiertelnym;
- liczba zakażeń HIV w związku z używaniem narkotyków w zastrzykach;
- liczba wykrytych przestępstw przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii;
- liczba zatrzymanych przez policję z powodu popełnienia przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii;
- ceny narkotyków na nielegalnym rynku;
- oceny dostępności narkotyków na nielegalnym rynku;
- liczba osób objętych pomocą społeczną z powodu narkomanii;
- liczba leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu bądź nadużywania alkoholu bez uzależnienia;
- liczba przypadków nietrzeźwości publicznej;
- liczba osób objętych pomocą społeczną z powodu problemów alkoholowych;
- liczba dzieci i młodzieży z problemami wychowawczymi;
- liczba i charakter zajęć profilaktycznych realizowanych w szkołach;
- aktywność organizacji pozarządowych (zasięg działania, liczba osób objętych oddziaływaniami, formy aktywności itp.).

Aby uchwycić dynamikę poszczególnych wskaźników, dane te powinny być zbierane w postaci szeregów czasowych. Czym dłuższe szeregi czasowe uda się uchwycić, tym lepiej. Program minimum – to dane z kilku ostatnich lat.

Ad. 4. Wstępny zarys problematyki wywiadów z przedstawicielami instytucji

W wywiadach z przedstawicielami instytucji powinna zostać podjęta próba **zinwentaryzowania i oceny dotychczasowych działań, odtworzenia sieci współpracy między nimi, nakreślenia możliwości udziału w programie profilaktycznym, wreszcie ocena skali potrzeb i priorytetów z punktu widzenia poszczególnych instytucji.**

Wywiady można prowadzić, opierając się na szczegółowym zestawie pytań, dotyczących interesujących nas kwestii (tzw. wywiad kwestionariuszowy lub ustrukturalizowany). Można też przeprowadzić tzw. wywiady pogłębione, które koncentrują się wokół jednego czy dwóch zagadnień, szczegółowo omawianych przez respondenta. Pozwalają one lepiej poznać indywidualne doświadczenia i opinie badanych.

Wywiady z przedstawicielami instytucji powinny obejmować następujące kwestie:

- **Dotychczasowe działania**

W wywiadach należy zinwentaryzować dotychczasowe działania z zakresu profilaktyki narkomanii oraz problemów alkoholowych podejmowane przez badane instytucje. Działania te analizować należy pod kątem genezy, celów, stałości oddziaływań, zaangażowanych środków i uzyskanych efektów. Badaniu podlegać będą nie tylko specyficzne działania profilaktyczne, ale również te niespecyficzne działania instytucji, które mogą mieć swój wkład w zapobieganie problemom alkoholowym, narkomanii i przemocy w rodzinie.

- **Współdziałanie**

Jak wynika z badań i doświadczeń międzynarodowych, istotnym czynnikiem zwiększającym efektywność działań profilaktycznych jest współpraca między instytucjami z różnych sektorów. W badaniu zostanie

zatem podjęta próba odtworzenia sieci powiązań i współpracy między instytucjami na wymiarach istotnych z perspektywy profilaktyki. Badaniu podlegać będzie przede wszystkim współpraca na najniższym, operacyjnym szczeblu. Na tle istniejących powiązań analizowana będzie gotowość instytucji do zintensyfikowania współpracy oraz możliwości nawiązania jej tam, gdzie takiego współdziałania brak.

- **Możliwości zaangażowania się w program**

Badanie zmierzać będzie do identyfikacji zasobów możliwych do zaangażowania w program. Pod pojęciem zasobów rozumiemy kadry i ich kompetencje profilaktyczne, możliwości lokalowe, organizacyjne, struktury działania. Celem analizy będzie odpowiedź na pytanie o warunki, pod jakimi poszczególne instytucje byłyby gotowe włączyć się w program profilaktyczny oraz o wkład, jaki mogłyby wnieść. Ponadto podjęta zostanie próba identyfikowania łatwych do uruchomienia rezerw profilaktycznych tkwiących w procedurach i schematach organizacyjnych działania poszczególnych instytucji.

- **Potrzeby i priorytety**

Przedstawiciele instytucji będą stanowić też uzupełniające źródło danych o rozmiarach problemów związanych z alkoholem, narkomanią i przemocą w rodzinie. Percepcja skali zagrożeń stanowi także istotny czynnik gotowości do zaangażowania się w rozwiązywanie tych problemów. Niezależnie od priorytetów wyłonionych w drodze badań, istotne jest ustalenie priorytetów postrzeganych przez przedstawicieli instytucji. Ich zaangażowanie w program może bowiem być zależne od tego, na ile będzie on postrzegany jako trafiający w najistotniejsze potrzeby w tym zakresie.

Ad. 5. Wstępny zarys problematyki wywiadów z młodzieżą

Badanie metodami jakościowymi (pogłębione wywiady indywidualne, wywiady grupowe) wśród młodzieży szkolnej może pełnić dwie funkcje. Pierwsza – to **uzupełnienie i pogłębienie obrazu problemu wśród młodzieży uzyskanego z badań ankietowych** realizowanych przy użyciu wystandaryzowanej ankiety. Wyniki badania metodami jakościowymi mogą się przyczynić do lepszego zrozumienia podłoża zjawiska oraz zgłębienia mechanizmów jego rozwoju. Przedyskutowanie z młodymi ludźmi roli, jaką pełnią w ich życiu substancje psychoaktywne, poznanie kontekstu kulturowego, odtworzenie znaczeń substancji w kulturze młodzieżowej nie są zwykle możliwe przy zastosowaniu wystandaryzowanej ankiety. Taka wiedza może stanowić nieocenione źródło inspiracji do działań profilaktycznych. Druga funkcja – to **rezygnacja z wystandaryzowanych badań ankietowych tam, gdzie ich przeprowadzenie jest niewskazane**. Z taką sytuacją mamy do czynienia w małych miejscowościach, gdzie zachowanie anonimowości respondentów jest szczególnie trudne, a zatem można się spodziewać nierzetelnych wyników. Badanie metodami jakościowymi nie dostarczy wprowadzając ilościowej charakterystyki zjawiska, powinno jednak pozwolić na jakościową ocenę jego rozmiarów.

Struktura pogłębionych wywiadów indywidualnych dyktowana jest **przygotowanymi wcześniej dyspozycjami**. Pozostawiają one prowadzącemu dużą swobodę w kształtowaniu scenariusza rozmowy, wyznaczają natomiast ściśle zakres informacji, jakie należy zebrać. Kolejność poruszanych kwestii powinna pozostawać do decyzji prowadzącego wywiad. Powroty do poruszanych wcześniej problemów są możliwe, a nawet wskazane w przypadku, gdy informacje uzyskane później mogą rzucić nowe światło na poruszane już zagadnienia. Wypowiedzi badanych powinny być szczegółowo notowane przez prowadzącego wywiad. Sprawozdania z wywiadów, które stanowić będą podstawę do analiz, mają zawierać wierny zapis wypowiedzi osób badanych, z zachowaniem ich specyfiki językowej. Chodzi o to, by na poziomie zbierania materiału do minimum ograniczyć proces interpretacji, który mógłby zniekształcić wypowiedzi respondentów.

Badania jakościowe prowadzone w celu pogłębienia diagnozy sytuacji lokalnej powinny obejmować uczniów w tym samym wieku, w jakim są uczestnicy badań ankietowych (trzecie klasy szkół gimnazjalnych i drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych). Wywiady należy przeprowadzić przynajmniej z 20 uczniami z każdego typu szkoły. Powinni oni zostać wybrani w sposób celowy (tzn. taki, który gwarantuje uzyskanie informacji obejmujących jak najszersze spektrum interesującego nas zjawiska). Ważne jest też zapewnienie porównywalnej liczebności dziewcząt i chłopców.

Wywiady z nastolatkami powinny obejmować następujące kwestie:

- **Oszacowanie rozpowszechnienia picia alkoholu i określenie wzorów picia**

Przykładowe pytania, jakie można zadać nastolatkom, to:

- Jak wielu Twoich kolegów i koleżanek pije napoje alkoholowe, jak często, jakie napoje, przy jakich okazjach i w jakich ilościach?
- Czy Ty pijesz napoje alkoholowe, jak często, jakie napoje, przy jakich okazjach i w jakich ilościach?

- **Oszacowanie rozpowszechnienia używania narkotyków i określenie wzorów ich używania**

Przykładowe pytania:

- Co to jest narkotyk?
- Czy Twój koleżdy/koleżanki używali lub używają narkotyków, jak często, jakie to są narkotyki, przy jakich okazjach i w jakich ilościach?
- Czy Ty używałeś lub używasz narkotyków, jak często, jakich narkotyków, przy jakich okazjach i w jakich ilościach?

- **Ocena dostępności narkotyków i napojów alkoholowych**

Przykładowe pytania:

- Czy Tobie oraz Twoim kolegom/koleżankom łatwo na terenie gminy kupić piwo, wino, wódkę?
- Gdzie łatwo, gdzie trudno?
- Jak sobie radzicie, żeby kupić napój alkoholowy?
- Czy łatwo jest kupić narkotyki?
- Gdzie i w jaki sposób zdobywa się narkotyki?

- **Preferowane formy działań profilaktycznych**

Przykładowe pytania:

- Co chcielibyście robić w wolnym czasie?
- Na jakie zajęcia chcielibyście chodzić, kto je powinien organizować – szkoła czy ktoś inny?

- **Postawy wobec narkotyków i alkoholu**

Przykładowe pytania:

- Co sądzisz o piciu alkoholu przez osoby w Twoim wieku?
- Czy alkohol jest szkodliwy i jakie szkody może powodować dla osób w Twoim wieku?
- Czym różni się alkohol od narkotyków?

Ad. 6. Wstępny zarys problematyki wywiadów z problemowymi użytkownikami narkotyków

Problematyka badania powinna **koncentrować się na opisie „biografii narkotykowej”** badanych, ich obecnej sytuacji życiowej (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, źródła utrzymania, mieszkanie, itp.), stylu życia, doświadczeń w adaptacji do środowiska, problemów i trudności, z jakimi przychodzi im się borykać.

Drugim nurtem zainteresowań powinna być **ocena postaw mieszkańców wobec narkomanii i narkomanów**. Rozpoznanie nadziei i obaw, jakie problemowi użytkownicy narkotyków mają w związku z postawami społeczności wobec nich i ich potrzeb, będzie przydatne do pełnego zrozumienia sytuacji narkomanów.

Wreszcie trzecim wątkiem, który należy poruszyć w wywiadach, są informacje potrzebne bezpośrednio do planowania systemu pomocy, a więc dotyczące **gotowości respondentów do korzystania z różnych form pomocy, oczekiwania co do ich kształtu i zakresu, a także identyfikacja ewentualnych warunków, pod jakimi badani byliby skłonni podjąć współpracę**.

Badania powinny być realizowane metodą wywiadów pogłębionych, a informacje w nich zbierane dotyczyć powinny trzech porządków czasowych – przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Teraźniejszość traktowana jest jako przedział czasowy obejmujący ostatnie 12 miesięcy przed badaniem. Sięganie w wywiadach do przeszłości pozwoli zgromadzić dane użyteczne do zrozumienia obecnej sytuacji badanych. Biografia narkotykowa, doświadczenia wyniesione z prób leczenia, dynamika sytuacji rodzinnej stanowią ważne przesłanki budowania pełnego obrazu sytuacji osób uwikłanych w narkomanię.

Badanie należy prowadzić wśród problemowych użytkowników narkotyków, których spotkać można na ulicach miejscowości (ang. *street population*). Narzędziami badawczymi powinny być dyspozycje do wywiadu oraz dwa krótkie wystandaryzowane kwestionariusze: do zbierania danych o nominacjach do dalszych kontaktów oraz do analiz ilościowych (przykładowe arkusze są zamieszczone na końcu tego rozdziału).

Nominacje do analiz ilościowych (oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków) powinny zawierać następujące **informacje o osobach nominowanych**:

- cechy społeczno-demograficzne (płeć, wiek);
- wzór używania narkotyków (heroina, „kompot”, amfetamina, ecstasy, konopie, inne);
- używanie iniekcyjne narkotyków;
- leczenie z powodu problemu narkotyków, w tym leczenie stacjonarne;
- notowanie przez policję;
- zakażenie HIV;
- zgon.

Zebrane wypowiedzi badanych powinny być szczegółowo notowane przez prowadzącego wywiad. Sprawozdania z wywiadów, które stanowić będą podstawę do analiz, muszą zawierać wierny zapis wypowiedzi osób badanych, z zachowaniem ich specyfiki językowej. **Na poziomie zbierania materiału należy do minimum ograniczyć proces interpretacji**, który mógłby zniekształcić wypowiedzi respondentów.

Dobór respondentów do badania powinien przebiegać według schematu „**kuli śniegowej**”. Polega on na uzyskiwaniu kontaktu z kolejnymi respondentami za pośrednictwem poprzednich badanych. Punktem startu należy uczynić osoby zidentyfikowane przez ankierów w miejscach, gdzie gromadzą się narkomani. Na podstawie informacji od policji oraz osób zajmujących się pomaganiem problemowym użytkownikom narkotyków (placówki leczenia, programy redukcji szkód) wytypować należy miejsca, gdzie ankierzy będą poszukiwać pierwszego kontaktu. Po przeprowadzeniu wywiadu z pierwszym respondentem ankier powinien poprosić go o umożliwienie kontaktu z jego znajomymi, również problemowo używającymi narkotyków. Następnie powinien docierać do tych osób, przeprowadzać wywiady i prosić o umożliwienie kontaktu z kolejnymi osobami. Tę procedurę należy powtarzać do uzyskania określonej wcześniej liczby wywiadów (minimalna próba to 30 osób).

Szczegółowa tematyka wywiadów powinna przedstawiać się następująco:

- **Wzory używania narkotyków:**
 - **inicjacja** – wiek, rodzaj środka, sytuacja, w jakiej do niej doszło, z czyjej to było inicjatywy, jakie czynniki zaważyły, że badany zdecydował się spróbować;
 - **biografia narkotykowa** – dynamika wchodzenia w okazjonalne używanie narkotyków, a następnie w uzależnienie, zmiany wzorów używania narkotyków, tzn. zmiany w częstotliwości brania, rodzajach środków oraz sposobu wprowadzania do organizmu, okresy abstynencji dobrowolnej i wymuszonej;
 - **aktualny wzór używania** – rodzaje środków, droga wprowadzania do organizmu, częstotliwość używania, sytuacje, w jakich się bierze, zachowania związane z braniem, motywacje;
 - **zachowania ryzykowne** – iniekcje, wspólne igły i strzykawki, ustalenie definicji i hierarchii zagrożeń związanych z braniem narkotyków, kwestia redukcji zagrożeń, czy badany podejmuje kroki i jakie w celu unikania zagrożeń;
 - **zaopatrzenie w narkotyki** – dostępność, ceny, czystość, obraz rynku i zachowań rynkowych badanego.

- **Style życia (sytuacja życiowa):**
 - sytuacja rodzinna (rodzina pochodzenia, rodzina założona przez respondenta, kontakty, ewentualne wsparcie);
 - mieszkanie (z kim, w jakich warunkach);
 - aktywność życiowa (praca, nauka, czas wolny);
 - źródła utrzymania;
 - relacje interpersonalne (znajomi, przyjaciele itp. – kontakty z innymi problemowymi użytkownikami narkotyków i z osobami spoza subkultury).
- **Problemy związane z narkotykami:**
 - problemy zdrowotne;
 - problemy prawne (przestępczość zarówno od strony sprawstwa, jak i wiktyfikacji);
 - wypadki;
 - przemoc – narażenia na przemoc i sprawstwo przemocy.
- **Reakcje społeczne:**
 - instytucjonalne i nieinstytucjonalne;
 - postawy społeczne (własne doświadczenia, obiegowe opinie, doświadczenia innych).
- **Ocena systemu pomocy i postulowane kierunki rozwoju:**
 - ocena systemu pomocy (dostępność, jakość usług, efektywność);
 - osobiste doświadczenie (placówki w województwie – placówki w innych częściach kraju);
 - braki, potrzeby i oczekiwania;
 - motywacja do przerywania brania narkotyków;
 - gotowość do uczestniczenia w programie (jaka oferta, jakie warunki uczestnictwa).

Ad. 7. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków, potocznie nazywanych narkomanami, wykonać można, stosując dość prostą metodę nazywaną **metodą punktu odniesienia** (ang. **benchmark**). Jej istotą jest zestawienie danych uzyskanych w badaniach terenowych z danymi statystycznymi, zbieranymi przez instytucje reagujące na problem narkotyków i narkomanii.

Na podstawie danych tych instytucji poznać możemy bezpośrednio jedynie liczbę rejestrowanych problemowych użytkowników narkotyków. Nie trzeba wiele wyobraźni, by zdać sobie sprawę, że liczby rejestrowane w statystykach nie odzwierciedlają w sposób zadowalający rozmiarów zjawiska. Osoby rejestrowane w statystykach stanowią tylko część wszystkich problemowych użytkowników narkotyków żyjących w mieście czy gminie. Jeśli chcemy poznać ich ogólną liczbę, musimy oszacować liczbę tych, którzy do statystyk nie trafiają, bowiem nie wchodzi w kontakt z instytucjami. Takie osoby nazywamy populacją ukrytą (ang. *hidden population*). **Istotą metody punktu odniesienia jest zestawienie informacji zdobytych w badaniach terenowych z danymi pochodzącymi z rejestrów lub statystyk instytucji.** W badaniach terenowych określa się proporcję osób notowanych w statystykach wśród ogółu problemowych użytkowników narkotyków. Na podstawie tej proporcji wylicza się wskaźnik doszacowania, czyli po prostu odpowiada się na pytanie: ile razy większa jest ich ogólna liczba biorących od liczby osób rejestrowanych?

Założmy, że w badaniach terenowych przeprowadzonych w mieście uzyskaliśmy informacje o 100 problemowych użytkownikach narkotyków. W toku badań ustaliliśmy, że 20 spośród nich w poprzednim roku leczyło się stacjonarnie z powodu problemu narkotyków. Wiemy zatem, że 20% takich osób podejmowało leczenie, stąd nietrudno wyliczyć, że liczba wszystkich używających problemowo narkotyków w mieście jest 5 razy większa niż liczba mieszkańców miasta leczonych stacjonarnie z tego powodu. Założmy, że ze statystyk wynika, iż w poprzednim roku leczyło się 120 osób. Żeby oszacować ogólną liczbę, wystarczy zatem pomnożyć liczbę leczonych (czyli 120) przez liczbę, która określa, ile razy większa jest liczba wszystkich używających problemowo narkotyków od liczby tych, którzy podjęli leczenie (w naszym przypadku – 5). Po dokonaniu tej operacji otrzymujemy wynik – 600 osób.

Dane wyjściowe do oszacowań pochodzić mogą zarówno z badań wśród problemowych użytkowników narkotyków, jak i z badań wśród mieszkańców. Realizując badania w tej pierwszej grupie, można zbierać informacje o samych respondentach lub o innych znanych im użytkownikach. Ten drugi sposób pozwala na znaczne rozszerzenie próby. Każda osoba używająca problemowo narkotyków zna przynajmniej kilka innych na tyle dobrze, że jest w stanie określić, czy podejmowali oni leczenie lub czy byli odnotowywani przez policję. Zbierając dane o tych osobach za pośrednictwem respondenta, rozszerzamy bazę do oszacowań przynajmniej kilkakrotnie. Jeśli źródłem danych uczynimy badanie reprezentatywnej próby wszystkich mieszkańców, możemy zbierać informacje tylko o znanych respondentom problemowych użytkownikach narkotyków, bowiem prawdopodobieństwo, że w samej próbie trafimy na problemowego użytkownika narkotyków jest bardzo niskie. Nawet stosując tę metodę, możemy mieć kłopoty z zbieraniem informacji o odpowiednio dużej liczbie osób dotkniętych problemem, jeśli próba nie będzie zbyt liczna, a rozpowszechnienie zjawiska niskie. Wydaje się także, że informacje pochodzące od samych problemowych użytkowników narkotyków są bardziej rzetelne. **Należy zatem rekomendować badania w tej grupie jako sposób pozyskiwania danych do oszacowań.**

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Poznaniu

Szacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków prześledźmy jeszcze na przykładzie konkretnych badań, zrealizowanych w 1998 r. w Poznaniu.

Badania wśród problemowych użytkowników narkotyków w Poznaniu przeprowadzone zostały metodami jakościowymi (pogłębione wywiady) jednak przy tej okazji zebrano także materiał ilościowy, pozwalający na dokonanie oszacowań. Respondentów proszono o podanie kilku informacji o każdym znanym im problemowym użytkowniku narkotyków. Te informacje to między innymi płeć, wiek, rodzaj przyjmowanych narkotyków, podejmowanie leczenia stacjonarnego, notowanie przez policję, status HIV (czy dana osoba jest nosicielem wirusa, czy nie) oraz ewentualny fakt zgonu. Wszystkie te dane zbierano w odniesieniu do roku poprzedzającego badanie. W sumie badani dokonali 239 nominacji, tzn. przekazali informacje o 239 znanych im osobach. Do oszacowań wykorzystano dane dotyczące faktu leczenia osób nominowanych, które miało miejsce w poprzednim roku w lecznictwie stacjonarnym. W 42 przypadkach badani nie wiedzieli, czy wskazana przez nich osoba leczyła się w placówce stacjonarnej, czy też się nie leczyła. Do oszacowań wykorzystano zatem 197 nominacji zawierających potrzebne informacje. Wśród nominowanych 57 osób było leczonych, pozostali zaś się nie leczyli. Na tej podstawie oszacowano odsetek leczonych wśród wszystkich nominowanych. Wynosił on 28,9%. Łatwo więc wyliczyć, że wszystkich problemowych użytkowników narkotyków jest w mieście 3,46 razy więcej niż osób leczonych z tego powodu. Wykorzystując dane statystyczne z lecznictwa stacjonarnego za poprzedni rok, możemy stwierdzić, że z powodu narkomanii leczonych było 100 mieszkańców miasta, co oznacza, że liczbę wszystkich problemowych użytkowników narkotyków oszacować można na ok. 346 osób. Liczbę pochodzącą z oszacowania, mimo pozornej precyzji, należy traktować jako przybliżoną. Rzeczywista liczba może być trochę większa lub trochę mniejsza, jednak nie powinna ona znacznie odbiegać od oszacowanej.

Informacje pochodzące z nominacji przynoszą także kilka dodatkowych informacji ilościowych. Na ich podstawie możemy oszacować, że wśród problemowych użytkowników narkotyków w Poznaniu ok. 16% jest zakażonych wirusem HIV. Stopa zgonów w tej grupie wynosi ok. 10%. Oba te oszacowania należy traktować jako bardzo przybliżone, dające raczej pojęcie o skali tych zjawisk niż ich liczbowe odwzorowanie. Informacje z nominacji pozwalają także określić odsetek problemowych użytkowników narkotyków notowanych przez policję. Odsetek ten wynosi ok. 60%. Wszystkie te informacje można wykorzystać do oszacowań, jeśli tylko będziemy w stanie zebrać na poziomie miasta odpowiadające im dane statystyczne.

Uwagi końcowe

U podstaw diagnozy powinien znaleźć się możliwie szeroki wachlarz danych zebranych różnymi metodami. Planując zbieranie danych statystycznych oraz przedsięwzięcia badawcze, należy uwzględnić skalę gminy wyznaczającą dostępność danych i stosowalność poszczególnych metod badawczych. Problem narkotyków i narkomanii nie zawsze daje się uchwycić, jeśli diagnozę ograniczymy do analizy rutynowych

danych statystycznych. Konieczne jest podejmowanie głębszych badań i sięganie po metody jakościowe, na przykład pogłębione wywiady. Jeśli chcemy poznać skalę i charakter problemu, musimy dotrzeć do użytkowników narkotyków. Jeśli nie pojawiają się oni w statystykach, nie znaczy to, że ich w naszej gminie nie ma. Użytkownicy narkotyków należą do tak zwanych populacji ukrytych (ang. *hidden population*) unikających identyfikacji. **Warunkiem dotarcia do nich jest zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa.** Dlatego w badaniach problemu narkotyków tak ważne jest przestrzeganie reguł etycznych. Podstawowa zasada etyczna takich badań głosi, że **badanie nie może wpływać na sytuację osób badanych, a zwłaszcza nie może im szkodzić.** Jeśli chcemy uzyskać rzetelne dane, przy ich zbieraniu musimy uwzględniać interes badanych tak, jak oni go pojmują. Bezwzględnie konieczne jest zapewnienie badanym pełnej anonimowości i zadbanie ze szczególną pieczołowitością o to, aby dane jednostkowe nie trafiły w niepowołane ręce. Trzeba pamiętać, że chronione są one tajemnicą. Szczególnej ostrożności wymaga publikowanie danych z wywiadów, łatwo tu o przytoczenie faktów czy charakterystyk, które mogą posłużyć do zidentyfikowania badanych. Danych zebranych na potrzeby diagnozy nie wolno używać do innych celów, publikowane zaś być mogą tylko w postaci bezimiennych zestawień statystycznych bądź typologii, w sposób uniemożliwiający identyfikację respondentów.

Przystępując do badania ankietowego lub wywiadów trzeba pamiętać, że materia badania należy do drażliwych, dlatego też wiele zależy od taktu i wrażliwości ankietera. Jak pokazują dotychczasowe doświadczenia, w tej problematyce znacznie łatwiej niż w innych badaniach może się ujawnić wpływ ankietera. Dlatego też szczególną uwagę należy zwrócić na zachowanie pełnej neutralności wobec przedmiotu badania. Ujawnienie przed respondentem swojego stosunku do alkoholu lub narkotyków, niezależnie czy potępiającego, czy afirmatywnego, może istotnie zniekształcić wyniki, zarówno w zakresie postaw, jak i zachowań osób badanych.

W załącznikach 2a-2e przedstawiono przykładowe karty nominacji oraz wzory ankiet skierowanych do populacji generalnej i młodzieży szkolnej. Narzędzia te mogą być przydatne w diagnozie problemu narkomanii dla potrzeb opracowania Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

7. ***Formułowanie Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii***



7.1 Zasady konstruowania programu

Grażyna Świątkiewicz

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- *Jakich zasad należy przestrzegać, konstruując Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii?*

W procesie tworzenia Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który ma na celu ograniczenie lub zapobieganie rozwojowi niekorzystnych dla społeczeństwa zjawisk, warto przestrzegać pięciu ważnych zasad.

Pierwsza z nich to **zasada realizmu**. Na ogół panuje zgoda co do tego, że rozpowszechnienie używania narkotyków jest ze społecznego punktu widzenia zjawiskiem negatywnym. Warto jednak mieć świadomość, że problemy społeczne tylko do pewnego stopnia poddają się interwencji. Problem nadużywania substancji jest bardzo złożony, a jego uwarunkowania mają zarówno podłoże socjologiczne, psychologiczne, jak i ekonomiczne.

Ważne jest, aby wyznaczać tylko takie cele, które są możliwe do osiągnięcia przy pomocy instrumentów zmiany, jakimi rzeczywiście społeczność dysponuje. Chodzi tu zarówno o zasoby instytucjonalne i kwalifikacje wykonawców, jak i dostępne zasoby finansowe.

Stawianie szlachetnych i ambitnych, ale niemożliwych do osiągnięcia celów może powodować frustrację i zniechęcenie realizatorów i buduje przekonanie, że w tej dziedzinie społeczeństwo jest bezradne.

Zasada komplementarności. W Polsce i innych krajach europejskich coraz częściej postuluje się, aby co najmniej na poziomie profilaktyki rezygnować z wąskiej specjalizacji na narkotyki, alkohol i papierosy. Istnieją liczne dowody na to, że mechanizmy sięgania po te substancje są bardzo zbliżone. Ponadto w ostatnich latach nastąpiła zmiana wzoru używania substancji psychoaktywnych. Coraz częściej ich konsumenci mieszają substancje nielegalne z legalnymi i nawet w leczeniu rośnie liczba pacjentów, których trudno jednoznacznie diagnozować jako uzależnionych wyłącznie od narkotyków czy alkoholu. Racjonalne wydaje się więc budowanie strategii zapobiegawczych, obejmujących legalne i nielegalne substancje.

Zazwyczaj w społecznościach są prowadzone równoległe programy mające na celu ograniczanie rozpowszechnienia poszczególnych problemów (na przykład przestępczości, społecznego wykluczenia czy zaburzeń psychicznych). Wiedza na temat tego, jakie są cele i działania realizowane w ramach innych programów wdrażanych w społeczności, może istotnie wspomóc budowanie programu dotyczącego substancji psychoaktywnych. Wymiana informacji między twórcami poszczególnych programów może wzmocnić spójność i skuteczność całej lokalnej polityki społecznej oraz zapobiec powielaniu wysiłków.

Zasada partycypacji oznacza wymóg włączania do planowania i realizacji programu jak największej liczby partnerów. Chodzi o szerokie spektrum instytucji i organizacji pozarządowych, również tych, dla których problem narkomanii nie jest kwestią najważniejszą.

Zasada spójności to z kolei wymóg takiego łączenia zadań realizowanych przez różne instytucje i organizacje, aby możliwa była stała koordynacja i współpraca realizatorów. Spełnienie tego wymogu nie jest trudne, jeśli wszystkie zaplanowane w programie działania rzeczywiście zmierzają do osiągnięcia wspólnie uzgodnionego głównego celu.

Zasada społecznej akceptacji, chociaż wymieniana na końcu, jest warunkiem, którego spełnienie istotnie podnosi prawdopodobieństwo sukcesu. Przyjęty Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii powinien być w społeczności upowszechniony, a przyjęte cele i zadania publicznie objaśniane przy pomocy lokalnych mediów. Społeczność powinna być też informowana o osiągnięciach i problemach w czasie realizacji programu. Wszystko to powinno podnieść zarówno społeczną widoczność problemu, jak i poziom społecznej akceptacji dla wdrażanych działań.

Warto zapamiętać!

- Budując gminny program przeciwdziałania narkomanii, warto przestrzegać zasad realizmu, komplementarności, partycypacji, spójności i społecznej akceptacji.

Literatura:

- Świątkiewicz G. (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
- MZiOS, *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
- Kwaśniewski J., *Rola diagnozy w rozwiązywaniu problemów społecznych*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Prawa Sądowego” 1989, nr 31.

7.2 Analiza interesariuszy

Beata Kozłowska
Anna Hejda
Piotr Szczęsny
Grażyna Świątkiewicz

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Dlaczego w pisanie programów przeciwdziałania narkomanii należy włączać partnerów społecznych?
- Jakie są cechy dobrego partnerstwa?
- Jakie szanse i zagrożenia stwarza partnerstwo?
- Jakie grupy podmiotów, na które może wpływać przedsięwzięcie, należy poddać szczegółowej analizie na etapie przygotowywania programu?
- W jaki sposób określić grupę, do której skierowany ma być program?
- Czemu mogą służyć wnioski z analizy potencjalnych przeciwników programu?

W procesie przygotowania programu koniecznym działaniem, które powinno być wykonane, jest identyfikacja **wszystkich podmiotów** (osób, grup, instytucji, firm), **na które realizacja programu będzie miała wpływ**. Podmioty te nazywamy **interesariuszami**. Nazwa ta to jedno z możliwych tłumaczeń angielskiego pojęcia *stakeholders*. Inne, spotykane w języku polskim tłumaczenia tego wyrazu, to udziałowcy, akcjonariusze.

Termin „**interesariusz**” wywodzi się od wyrazu „**interes**”, który w terminologii socjologicznej i ekonomicznej oznacza przedmiot lub stan rzeczy, którego osiągnięcie jednostki lub grupy społeczne uważają za pożądane lub konieczne, i dla osiągnięcia którego mobilizują swą aktywność i środki². W kontekście programowym pojęcie interesariuszy należy rozumieć szeroko. Do tej grupy zaliczamy zarówno te podmioty, które w wyniku realizacji programu prawdopodobnie odniosą korzyści, jaki i te, dla których jego realizacja może oznaczać straty.

Wśród interesariuszy wyróżniamy trzy grupy:

- **potencjalnych partnerów** w realizacji działań, których cele są zbieżne z celami programu;
- **beneficjentów programu**, czyli osoby i organizacje, dla których program jest realizowany (które będą odnosiły z niego bezpośrednie i pośrednie korzyści);
- **potencjalnych przeciwników** planowanych działań, dla których realizacja programu stanowi zagrożenie interesów.

Identyfikacja interesariuszy powinna być dokonywana na możliwie najwcześniejszym etapie pracy nad programem, ponieważ dzięki analizie poszczególnych grup udziałowców można lepiej ją przygotować.

- **Analiza partnerów** umożliwia podjęcie racjonalnej decyzji, kto będzie najlepszym partnerem w procesie przygotowywania i realizacji programu. Dzięki temu partnerstwo będzie mogło być związane jeszcze przed przystąpieniem do prac nad analizą problemu, a wybrani partnerzy będą współorganizatorami działań związanych z opracowywaniem programu.
- **Analiza beneficjentów** programu pozwala na wyłonienie grup docelowych, do których będą kierowane poszczególne działania. Aby jednak mieć pewność, że działania te zostaną określone adekwatnie w stosunku do problemu, jaki dotyka daną grupę, konieczny jest udział przedstawicieli beneficjentów w pracy nad programem. W wyniku analizy może okazać się także, że do współpracy trzeba zaprosić dodatkowych ekspertów, specjalizujących się w pomocy takim właśnie grupom.

²Za Encyklopedią „Gazety Wyborczej”.

- **Analiza potencjalnych** przeciwników programu także umożliwia wyłonienie tych podmiotów, których przedstawiciele należy zaprosić do udziału w warsztatach. Celem tego zaproszenia jest umożliwienie grupom przeciwników artikulacji interesów, a następnie wypracowanie kompromisu, który zadowolili wszystkie strony.

Relacje urząd – mieszkani

W świadomości wielu urzędników i mieszkańców relacje „urząd – mieszkani” nadal funkcjonują w kategoriach „my – oni”. „My” – urzędnicy przygotowujemy programy, a „oni” – mieszkańcy nie korzystają z proponowanych rozwiązań. „My” – społeczność lokalna mamy nierozwiązane problemy, „oni” – urząd nic nie robią.

Pojęcie gminy często jest identyfikowane z urzędem gminy, a mieszkani w urzędzie jest nadal petentem. Niestety w wielu miejscach nie udało się zbudować wśród lokalnych społeczności przekonania, że gmina to wspólnota, której zadaniem jest wypracowywanie wspólnych rozwiązań, służących realizacji wspólnych potrzeb i rozwiązywaniu problemów. Zaspokajanie potrzeb jest głównym zadaniem gminy (jako wspólnoty mieszkańców), niezaspokojone potrzeby są bowiem źródłem problemów i konfliktów.

U podstaw zasady identyfikowania potrzeb i znajdowania rozwiązań z udziałem grup, które te potrzeby mają, leży wiedza, że taka droga jest najbardziej skuteczna i efektywna. Obecnie wiele decyzji odnoszących się do szczegółowych rozwiązań problemów lokalnych przenosi się na poziom lokalny. Przyjęto zasadę, według której programy ogólnopolskie czy wojewódzkie nakreślają główne kierunki zmian, natomiast szczegółowe rozwiązania powinny być wypracowywane na najniższych szczeblach samorządu. Do identyfikacji potrzeb i do formułowanie projektów na szczeblu gminnym należy zapraszać mieszkańców, lokalne instytucje, organizacje pozarządowe, grupy nieformalne. Urząd może być inicjatorem współpracy, może również odpowiadać na inicjatywy mieszkańców lub instytucji. Ważne jest, aby współpraca odbywała się na zasadach **autentycznego partnerstwa**. Jak jednak pokazuje doświadczenie ostatnich 17 lat – bardzo trudno jest tworzyć lokalne partnerstwa. Dlaczego tak się dzieje?

Przyczyn na pewno trzeba szukać w długotrwałym okresie ubezwłasnowolnienia społeczeństwa, trwającym od 1945 do 1989 roku, który spowodował, że aktywność społeczna najczęściej jest bardzo niska. Niezwykle trudno jest zmobilizować mieszkańców do działań pozytywnych, do wspólnej pracy i wypracowania optymalnych rozwiązań. Bardzo rzadko obserwujemy partnerstwo w tym zakresie. Częściej są to postawy: bierno-rozszczeniowa ze strony mieszkańców oraz „my wiemy lepiej” ze strony urzędu. Oczywiście w różnych społecznościach wygląda to różnie. Generalnie można powiedzieć, że w małych społecznościach tradycje współpracy są większe niż na terenach miejskich. Istnieją społeczności, w których podejmowanych jest wiele ciekawych inicjatyw, a mieszkańcy czują się współodpowiedzialni za swoją gminę.

Analiza partnerów

Dlaczego we współpracy ważne jest partnerstwo?

Sukces Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w znacznym stopniu zależy od tego, czy uda się stworzyć **szeroką koalicję instytucji, organizacji i osób gotowych uczestniczyć w jego przygotowaniu i realizacji**. Im szersza koalicja, tym większe prawdopodobieństwo, że przygotowany program uwzględni wieloaspektowe uwarunkowania i konsekwencje używania substancji psychoaktywnych. Wymogiem minimalnym jest rozpoznanie i zachęcenie do współpracy kluczowych instytucji, zajmujących się na danym terenie problemem, którego program dotyczy. W przypadku programów ograniczających problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych są to zazwyczaj szkoły, służba zdrowia, policja, sądy, organizacje młodzieżowe i pozarządowe działające na terenie gminy.

Motywacją do wspólnego działania wyżej wymienionych instytucji może być przekonanie wszystkich partnerów, że ich **potrzeby i problemy zostaną przeanalizowane i uwzględnione w wypracowanych rozwiązaniach**. Mówiąc najprościej – każdy z partnerów musi mieć pewność, że zostanie wysłuchany oraz że grupa, którą reprezentuje, odniesie korzyść. Zastanówmy się zatem, jakie są cechy dobrego partnerstwa.

Dobre partnerstwo to takie, w którym wszyscy partnerzy świadomi są celu wspólnego działania. Ten cel jest dobrze sformułowany i rozumiany jednakowo przez wszystkich. Cele indywidualne partnerów muszą być zbieżne z celem partnerstwa.

Każda ze współpracujących instytucji powinna zbadać swoje zasoby i określić kompetencje. Często bywa tak, że na terenie społeczności funkcjonuje równolegle wiele projektów realizowanych niezależnie od siebie, dlatego przed przystąpieniem do budowania nowego programu warto zadbać o możliwie pełną ewidencję instytucji zajmujących się takimi działaniami i zachęcenie ich do włączenia się we wspólnie koordynowane działania.

Wszystkie uczestniczące strony wnoszą **wkład i swoje zaangażowanie do współpracy** – wkładem może być wiedza, umiejętności, doświadczenie w realizacji projektów z danego obszaru, posiadany sprzęt i wyposażenie. Wkład poszczególnych partnerów nie musi być jednakowy. Często wynika on bowiem z posiadanego potencjału i zasobów. Przystępując do tworzenia partnerstwa, warto jest dokonać oceny potencjału partnerów, np. w formie poniższej tabeli:

Tabela 3. Analiza partnerów

Nazwa partnera	Zasoby partnera (zasoby ludzkie, realizowane wcześniej programy, doświadczenie, zasoby sprzętowe)	Braki, słabe strony partnera	Oczekiwania partnera

Źródło: opracowanie własne.

Takie zestawienie pozwoli na wstępne określenie wnoszonego wkładu oraz „zysku” ze współpracy. Wynikiem analizy może być również wniosek, że do partnerstwa należy włączyć dodatkowo jakąś grupę mieszkańców lub organizację.

Partnerstwo wymaga **zaufania i otwartości**. Często bywa tak, że bardziej doświadczone lub bogatsze organizacje będą wnosili większy wkład lub będą zyskiwały więcej. Może to powodować rozczarowanie lub utratę motywacji partnerów słabszych. Zaufanie i otwartość pomaga w rozwiązywaniu tego typu problemów.

Na ogół wszystkie instytucje, organizacje i członkowie społeczności zgadzają się z ogólnym przesłaniem, że ograniczanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych leży w interesie społeczności, szczególnie jeśli działania adresowane są do młodzieży. Jednak już na poziomie formułowania konkretnych celów i działań często uwidaczniają się konflikty interesów. Spójny program może być odbierany jako zagrożenie przez niektóre organizacje specjalizujące się na przykład w edukacji szkolnej.

Próby ograniczenia dostępności alkoholu mogą napotkać opór ze strony handlowców. Sprzeczność interesów ujawnia się zazwyczaj wtedy, gdy podejmuje się jakieś próby zmiany otaczającej nas rzeczywistości. Dlatego przed przystąpieniem do budowania lokalnej strategii profilaktycznej należy liczyć się z koniecznością negocjowania i zawierania porozumień.

W ramach partnerstwa można **działać już na etapie planowania** – podejmując wspólną pracę zespołu roboczego przy tworzeniu programu. W ramach partnerstwa można również program realizować – współpracując w zespole wdrożeniowym.

Sprawne partnerstwo wymaga wypracowania **zasad organizacji**. Do takich zasad należą:

- **Wyznaczenie lidera** – pracą grupy musi kierować jedna osoba.
- **Powołanie zespołu roboczego** – rzadko się zdarza, aby w pracach zespołu uczestniczyli wszyscy członkowie poszczególnych organizacji. Warto zadbać o to, żeby udział w pracach tzw. zespołu roboczego brały zawsze te same osoby. Pozwoli to na unikanie problemów komunikacyjnych (np. polegających na nieprzekazywaniu informacji w obrębie organizacji). Czasami może się pojawić potrzeba tworzenia zespołów tematycznych do pracy nad konkretnymi grupami tematów (szczególnie przy dużych projektach).
- **Przyjęcie planu pracy i sposobów monitorowania** przebiegu realizacji oraz oceny efektów końcowych – plan pracy powinien zawierać poszczególne działania (z przypisaniem ich do poszczególnych organizacji lub osób) oraz czas ich realizacji.
- **Działania integracyjne** – bardzo sprzyjające budowaniu atmosfery otwartości.
- **Zasady przyjmowania ostatecznych rozwiązań** – w przypadku zespołowego generowania pomysłów i wypracowywania rozwiązań muszą zdarzać się różnice zdań. Najlepszym wyjściem jest uzyskiwanie konsensusu w wyniku dyskusji, argumentacji, zbliżania stanowisk. Rozwiązanie wspólnie wypracowane i uzgodnione jest najlepszym gwarantem późniejszego zaangażowania w jego realizację. Należy jednak pamiętać, że uzyskanie konsensusu wymaga czasu i umiejętności negocjacyjnych. Trzeba również zdawać sobie sprawę z tego, że znacznie szybszy sposób ustalania stanowiska poprzez głosowanie rodzi sytuacje, w których pojawiają się wygrani i przegrani. Przy zasadach wypracowywania wspólnych stanowisk warto zatem przyjąć regułę osiągania konsensusu, a tylko w wyjątkowych przypadkach uciekać się do głosowania. W pewnych sytuacjach decyzje może też podejmować lider zespołu.

Istotnym elementem dobrze funkcjonującego partnerstwa jest dobra komunikacja wszystkich partnerów. Na początku funkcjonowania należy ustalić **reguły komunikacyjne**. Powinny one dotyczyć przede wszystkim częstotliwości oraz miejsc odbywania spotkań (najlepiej, jeżeli miejsce spotkań jest zawsze to samo), sposobu rozsyłania informacji do partnerów, częstotliwości i sposobu przygotowywania raportów z działań.

Jakie są korzyści z działania w partnerstwie?

- Współpraca w ramach partnerstwa umożliwia wykorzystanie wiedzy i zasobów organizacji i osób współpracujących. Dzięki temu poszczególnymi zagadnieniami mogą zajmować się najbardziej kompetentne grupy osób. Efektem jest komplementarność działań i specjalizacja. Jednocześnie współpracujący partnerzy zdobywają nową wiedzę, uczą się od siebie.
- Partnerstwo bardzo często umożliwia sięgnięcie po większe środki zewnętrzne.
- Wspólna praca sprzyja burzeniu stereotypów i zbliżaniu stanowisk, bowiem często konflikty i wzajemna wrogość stanowią wynik niewiedzy lub nieznanomości sytuacji przez przedstawicieli innych grup.
- Udział w wypracowywaniu rozwiązań zwiększa motywację do ich wdrażania jako własnych. Pojawiają się nowe inicjatywy, a wypracowywane rozwiązania są bardziej kreatywne.
- Dobre doświadczenia zdobyte podczas wspólnego działania sprzyjają podejmowaniu współpracy w przyszłości.
- Dobre rozwiązania mogą być rozpowszechniane w innych społecznościach.
- Uczestniczący w pracy partnerzy zdobywają doświadczenie we współpracy przy realizacji projektów.

Jakie są zagrożenia w partnerstwie?

- Problemy komunikacyjne – im większa jest grupa, tym trudniejsza może być komunikacja. Aby uniknąć problemu, przy tworzeniu zasad komunikacji należy m.in. zdecydować, czy wszystkie informacje muszą być rozsyłane do wszystkich (niwelowanie szumu komunikacyjnego), zweryfikować drożność kanałów komunikacyjnych (np. nieużywane adresy e-mailowe), uzgodnić zasady potwierdzenia przyjęcia wiadomości.
- Zagrożenie dominacją i próbami wykorzystania słabszych partnerów, ale również obawa silniejszych o brak zysków ze współpracy. Aby zminimalizować takie zagrożenie, należy na początku jasno określić wymagania i oczekiwania: każdy partner powinien wiedzieć, jaki wkład jest od niego oczekiwany i co zyska w wyniku współpracy.
- Nieumiejętność dzielenia się sukcesem – szczególnie dotycząca silniejszych członków partnerstwa. Należy zawsze zauważać i doceniać każdy, nawet najmniejszy wkład.
- Brak atmosfery zaufania i otwartości – ich budowaniu sprzyja wspólna praca i wszelkie działania integracyjne. Na początku współpracy, kiedy partnerzy jeszcze niezbyt dobrze się znają, zazwyczaj występuje rezerwa i mała otwartość. Postawy te jednak powinny stopniowo zanikać. Jeżeli taki proces nie następuje, należy poświęcić więcej czasu na integrację. Jest to bowiem jedna z podstaw ostatecznego sukcesu partnerstwa.

Beneficjenci

Bardzo ważne jest, aby precyzyjnie określić, kto jest adresatem i **głównym beneficjentem** naszych działań, kto ma odnieść korzyść z projektu. Jeżeli określimy tę grupę bardzo szeroko (całe społeczeństwo), to jest bardzo możliwe, że nie będziemy w stanie skonstruować działań, które dotrą do całej tej grupy.

W ramach jednego z programów grupa beneficjentów została określona w następujący sposób: „...osoby pomiędzy 12 a 25 rokiem życia, najczęstszy bywalcy dyskotek, (...) dwie grupy osób, w tym głównie nieletnich. Pierwsza to osoby zagrożone kontaktem ze środkami uzależniającymi (te, które jeszcze nie brały środków). Powodem zagrożenia dla tych osób jest m.in. przebywanie na dyskotekach w towarzystwie osób „biorących” (często starszych), niekorzystna sytuacja wychowawczo-rozwojowa i osobista, zwiększająca ryzyko sięgnięcia po środki. Druga grupa to osoby nieletnie zagrożone uzależnieniem (osoby eksperymentujące). Głównymi powodami eksperymentowania mogą być również: wpływ kolegów (moda, towarzystwo) oraz problemy osobiste. W tym drugim przypadku dyskoteka nie jest zwykle jedynym miejscem używania narkotyków”.

Źródło: Program ograniczania kontaktu młodzieży ze środkami psychoaktywnymi w dyskotekach (www.towarzystwo-kuznia.lublin.pl/dysko/dysko.html).

Analiza potencjalnych przeciwników projektu

Analiza potencjalnych przeciwników programu lub projektu powinna być przeprowadzana dwutorowo. Z jednej strony, zgodnie z definicją podaną we wstępie, w ramach analizy interesariuszy identyfikujemy te **podmioty, na które nasze działania mogą mieć wpływ negatywny**. Z drugiej, niejako odchodząc od tej definicji, zastanawiamy się, **kto może protestować przeciwko naszym przedsięwzięciom**.

Negatywny wpływ programu/projektów powinien być w miarę możliwości ograniczany na etapie planowania realizacji działań, kiedy opracowywane są konkretne rozwiązania techniczne i funkcjonalne. Jednak aby w trakcie prac planistycznych można było uwzględnić tego typu oddziaływanie, konieczna jest wcześniejsza identyfikacja zagrożeń i określenie, jakich podmiotów mogą one dotyczyć. Dzięki temu **zagrożone podmioty mogą zostać włączone w proces przygotowywania przedsięwzięć** i wyartykułować swoje potrzeby we wczesnym etapie pracy nad programem, kiedy możliwe jest ich uwzględnienie. Oczywiście, nie zawsze będzie możliwa taka konstrukcja programu, aby jego ewentualne ujemne oddzia-

tywanie można było całkowicie wyeliminować. Należy dążyć do tego, aby było ono jak najmniejsze. Czasem sprzeciw wobec różnego rodzaju działań wynika nie z ich faktycznego negatywnego wpływu na otoczenie, lecz jest rezultatem **niewiedzy, niezrozumienia lub wcześniejszych negatywnych doświadczeń**.

Możliwa jest także inna sytuacja, którą należy wziąć pod uwagę: w tych jednostkach samorządowych, w których sytuacja polityczna w radzie gminy/miasta jest trudna, realizacja programu/projektów może zostać wykorzystana jako cel ataków politycznych.

Warto zawczasu przygotować się do odparcia takich ataków i mieć w pogotowiu odpowiednie **działania informacyjne i promocyjne**. Można także rozważyć włączenie potencjalnych przeciwników przedsięwzięcia do jego realizacji (jest to możliwe tylko w sytuacji, kiedy sprzeciw wobec przedsięwzięcia nie jest wynikiem faktycznego zagrożenia interesów danej grupy, ale na przykład demonstracją siły przeciwników politycznych rządzącego ugrupowania lub partii). Zaangażowanie potencjalnych przeciwników do realizacji działań, wobec których są niechętni, jest jedyną z technik wywierania wpływu na ludzkie zachowanie. Technika ta wykorzystuje fakt, że dla człowieka bardzo ważna jest konsekwencja postępowania. Szczególnie silnie oddziałuje ona wtedy, gdy fakt zaangażowania jest podany do publicznej wiadomości³.

Analiza potencjalnych przeciwników programu lub projektu powinna zawierać następujące elementy:

- Identyfikację możliwych zagrożeń faktycznych i prawdopodobnych.
- Ocenę, kto (jakie osoby, grupy, organizacje) może poczuć się zagrożony realizacją działań i z jakich powodów.
- Ocenę, czy możliwe jest ograniczenie faktycznego negatywnego wpływu przedsięwzięć i jakie działania należy w tym celu podjąć.
- Ocenę, jakie działania można podjąć, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia poczucia zagrożenia u tych podmiotów, na które program nie ma faktycznego negatywnego wpływu, ale wywołuje ich sprzeciw.

Warto zapamiętać!

- Aby współpraca w ramach partnerstwa się udała, musi być dobrze przygotowana. Pracami powinna zawsze kierować jedna osoba. Ponadto należy m.in. ustalić sposoby komunikacji i zasady podejmowania decyzji.
- Partnerzy muszą wiedzieć, co w ramach współpracy zyskają oraz jakiego wkładu się od nich oczekuje.
- Należy precyzyjnie określać grupy, do których skierowane będą przedsięwzięcia, by móc właściwie skonstruować działania w ramach programu.
- Oprócz beneficjentów i potencjalnych partnerów przedsięwzięć, szczegółowej analizie należy poddać również potencjalnych przeciwników programu. Wyniki tego typu analizy mogą pomóc w przygotowaniu już na etapie planowania programu skutecznych sposobów przeciwdziałania negatywnym skutkom działania przeciwników.

Literatura:

- „Alkoholizm i Narkomania” 1998, 1999. Cykl artykułów w dziale *Z badań i doświadczeń zagranicznych*.
- Mikkelsen S., *Sposoby mobilizacji grup lokalnych*, norweski podręcznik internetowy (www.forebygging.no), 2000.
- Heerkens G. R., *Jak zarządzać projektami*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2003.
- Komisja Europejska, Ministerstwo Gospodarki i Pracy, podręcznik *Zarządzenie Cyklem Projektu*, maj 2004.
- Kozłowska B., Królikowski, J., Szczęsny P., *Telepraca – Poradnik dla Gminnych Centrów Informacji*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2006 (publikacja wydana w ramach projektu *Telepraca. Ogólnopolski program promocji i szkoleń dla przedsiębiorców*).
- Kozłowska B., Szczęsny P., *Zarządzanie projektami w administracji publicznej*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu *Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej*).

³ Więcej informacji na temat techniki zaangażowania można uzyskać w: Aronson E., *Człowiek istota społeczna oraz Cialdini R., Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*.

7.3 Budowanie politycznego i społecznego poparcia dla przyjęcia programu

Anna Hejda

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jak budować poparcie społeczne dla proponowanych rozwiązań?
- Jak planować i przygotowywać zmianę w podejściu do problematyki narkotyków?
- Jakie są zasady skutecznego informowania społeczności lokalnej?
- Jak współpracować z lokalnymi mediami?

Poziomy rozwoju społeczności lokalnej

Poparcie społeczne powinno być budowane dzięki informowaniu i edukacji społecznej. Informując i edukując społeczność lokalną, można zyskać akceptację dla wprowadzenia nowych rozwiązań i projektów. Jednak długofalowym celem działań tak informacyjnych, jak i edukacyjnych jest tworzenie społeczności partycypującej w formułowaniu potrzeb i wypracowywaniu najkorzystniejszych rozwiązań.

Można w tym względzie wskazać kolejne **etapy rozwoju społeczności lokalnej**:

- społeczność poinformowana o programie,
- społeczność akceptująca zaproponowane rozwiązania,
- społeczność identyfikująca potrzeby,
- społeczność uczestnicząca w wypracowywaniu rozwiązań.

Przejęcie przez poszczególne etapy wymaga czasu i odpowiednich działań. Zazwyczaj ich inicjatorem powinien być urząd gminy.

Opór przed zmianą

Przystępując do programów informacyjnych i edukacyjnych związanych z programami zapobiegania narkomanii, należy zdawać sobie sprawę, że najczęściej są one nowością, proponują nieznaną dotąd rozwiązania. Zwłaszcza w przypadku takich problemów, jak narkomania funkcjonuje wiele stereotypów, które będą przeszkadzały w zaaprobowaniu proponowanych działań. Wymagane będą zmiany postaw i opinii, a to zawsze budzi opór. Wykazują go poszczególne osoby, ale także całe organizacje. Spróbujemy zastanowić się, skąd bierze się indywidualny i organizacyjny opór przed zmianą.

Indywidualny opór przed zmianą zazwyczaj wynika z:

- **Lęku przed nieznanym** – w świadomości ludzi funkcjonują pewne stereotypy związane z narkotykami, np. przekonanie, że problem dotyczy tylko środowisk marginesu społecznego, opinia o sytuacji zwinionej. Propozycja zmiany postawy czy podjęcia nowego rodzaju działań będzie budziła lęk przed nieznanym.
- **Zachwiania poczucia bezpieczeństwa** – jedną z form obrony przed zagrożeniem problemem narkotykowym jest ucieczka przed problemem, poczucie większości mieszkańców, że problem ten ich nie dotyczy. Przyjęcie informacji, że udział w programie będzie często powodował obniżenie poczucia bezpieczeństwa.
- **Obawy przed kosztami wprowadzenia nowych rozwiązań** – polityka społeczna jednostki samorządu terytorialnego to wiele działań, w tym nakłady na kulturę, rozwój sportu. Z oporem mogą się spotkać te rozwiązania, których finansowanie może doprowadzić do spadku wydatków na inne cele społeczne.

- **Konieczności zmiany przyzwyczajeń** – narkomania, w porównaniu np. z bezrobociem, alkoholizmem lub złym stanem zdrowia jest rzadziej uznawana za problem do rozwiązania na poziomie społeczności lokalnej. Nowe podejście wymaga zmiany stereotypów myślowych i przyjęcia, że rozwiązywanie problemów narkotykowych wymaga działań i nakładów podobnie jak inne problemy społeczne.
- **Selektywnego postrzegania informacji** – lęk przed nieznanym, lęk przed nowymi rozwiązaniami powoduje selektywne postrzeganie. Manifestuje się to wyszukiwaniem wszystkich negatywów i błędów nowego podejścia, brakiem skłonności do rewizji dotychczasowego stanowiska.

Instytucjonalny opór przed zmianą będzie wynikał z:

- **Instytucjonalnych mechanizmów stabilizacji** – w instytucje wbudowane są mechanizmy stabilizacji, wypracowane są pewne procedury, sposoby działania, które są głęboko zinternalizowane. Nowe podejście, np. konieczność konsultacji z przedstawicielami grup docelowych, budzi opór, ponieważ do tej pory tak nie postępowano.
- **Współzależności organizacji** – żadna z instytucji nie działa w próżni, np. warunkiem nawiązania partnerstwa z organizacjami pozarządowymi jest nie tylko zmiana postawy ze strony urzędu (np. odrzucenie stereotypu, że organizacje pozarządowe są zawsze nastawione roszczeniowo), ale także ze strony organizacji pozarządowych (np. odrzucenie stereotypu urzędu nie umiejącego słuchać lokalnej społeczności, realizującego gotowe, nieskonsultowane rozwiązania).
- **Zagrożenia dla istniejącego układu** – często realizowano już programy dotyczące narkotyków, istnieją instytucje, które w tym zakresie szkolą, opracowują programy, piszą materiały. Jeżeli zostaną zaproponowane nowe rozwiązania, przedstawiciele tych instytucji mogą protestować, jeżeli będzie się to wiązało ze spadkiem liczby zamówień lub koniecznością wdrożenia zupełnie nowego podejścia.

Postawy wobec zmian

Przed wprowadzeniem nowego rozwiązania należy przeanalizować, które osoby są kluczowe, aby przedsięwzięcie się udało. **Osobami kluczowymi** mogą być ludzie cieszący się w lokalnej społeczności dużym autorytetem, mający duże doświadczenie w realizacji z sukcesem podobnych przedsięwzięć, a z racji swoich stanowisk posiadający dużą zdolność wpływania na wdrażanie rozwiązań.

Po przygotowaniu listy osób kluczowych należy dokonać analizy, jakie postawy wobec problemu lub konkretnego rozwiązania reprezentują one obecnie, a jaka postawa jest potrzebna, aby zmiana się udała. Do analizy możemy użyć następującego narzędzia:

Tabela 4. Reakcje na zmiany kluczowych osób w organizacji

Kluczowe postacie	Sprzeciw wobec zmiany	Pozwolenie na dokonanie zmiany	Poparcie dla zmiany	Czynne uczestnictwo w dokonaniu zmiany
Osoba 1		OX		
Osoba 2			O	X
Osoba 3	O	X		

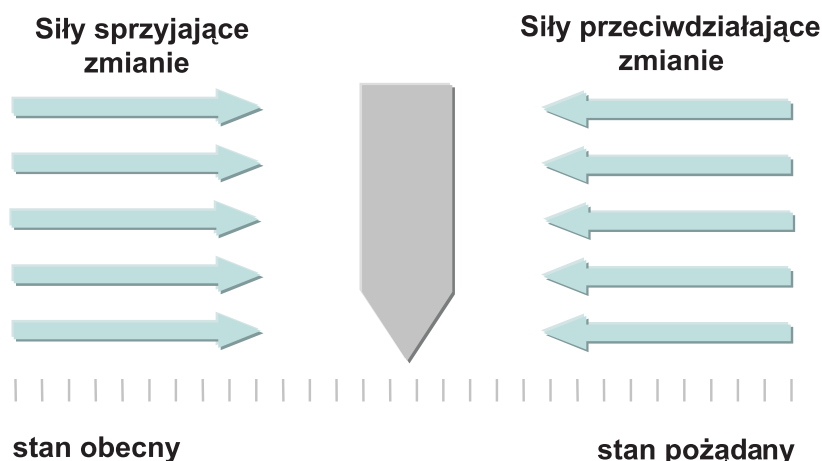
O – obecna postawa

X – postawa konieczna, aby zmiana mogła się udać

Analiza pola sił

Gdy przygotowujemy nowe rozwiązania, podczas zdobywania poparcia społecznego warto dokonać analizy pola sił.

Rysunek 1. Analiza pola sił



Źródło: opracowanie własne.

Tylko wtedy, gdy suma sił sprzyjających zmianie jest większa niż suma sił przeciwdziałających zmianie, zmiana może dojść do skutku. Tworząc program, należy doprowadzić do takiej sytuacji, w której uda się przekonać do pomysłu jak najwięcej kluczowych osób czy organizacji.

Kto może być **sprzymierzeńcem zmiany** w społeczności lokalnej:

- radni;
- członkowie zarządu (w powiatach), wójt, burmistrz, prezydent (w gminach);
- jednostki organizacyjne (gminne i miejskie ośrodki pomocy społecznej, dom kultury);
- przedstawiciele jednostek pomocniczych (rady sołeckie, rady osiedli);
- dyrektorzy szkół, nauczyciele;
- komenda policji;
- księża;
- organizacje młodzieżowe (np. harcerstwo);
- organizacje pozarządowe;
- miejscowe grupy nieformalne;
- lokalni liderzy.

Przystępując do przygotowania projektu, należy postarać się, aby zapewnić jak największy udział osób kluczowych. Najlepiej, jeżeli udałoby się pozyskać je do partnerstwa na rzecz zapobiegania problemom narkotykowym na danym terenie. Jeżeli nie – powinny one otrzymać jak najbardziej wyczerpującą informację na temat programu.

Działania konsultacyjne i informacyjne

Działania konsultacyjne i informacyjne powinny być skoordynowane ze sobą, a ich proporcje adekwatne do etapu procesu przygotowania programu. **Na etapie tworzenia partnerstwa, analizy, diagnozy, formułowania celu i zadań programu najważniejsze są działania konsultacyjne.** Skonsultowany powinien

również zostać projekt programu. Po uchwaleniu przez radę należy jak najszerzej poinformować społeczność lokalną o najważniejszych zapisach programu.

Zarówno działania konsultacyjne, jak i informacyjne muszą spełniać pewne warunki.

Działania konsultacyjne

Przystępując do konsultacji, należy **zidentyfikować grupy**, których problem dotyczy, i zaprosić je do współpracy. Należy wybrać taką formę konsultacji, która z jednej strony da najbardziej wiarygodny sygnał zwrotny, a z drugiej strony nie będzie uciążliwa dla jej uczestników. Można przytoczyć wiele przykładów, gdy tasiecowe ankiety lub godzinami trwające spotkania w sposób skuteczny odstraszyły mieszkańców.

Każde narzędzie konsultacji (spotkania, ankiety, grupy fokusowe) powinno być ponadto **dostosowane do poziomu wiedzy odbiorców**. Należy pytać tylko o takie zagadnienia, na których temat konsultujący mają poglądy lub informacje. Równie istotny jest używany język. Nie można zwracać się do mieszkańców językiem zbyt specjalistycznym, hermetycznym.

Niezbędne jest, by każdy ze zgłaszanych wniosków był **zanotowany i rozpatrzony**. Ponadto uczestnicy konsultacji powinni zostać poinformowani o wynikach konsultacji oraz o tym, które ze zgłaszanych wniosków zostały przyjęte. Jest to warunek niezbędny, aby przy następnych konsultacjach można było zaprosić te same grupy. Pamiętajmy, że udział w konsultacjach wymaga poświęcenia czasu. Jeżeli ich uczestnicy nie otrzymają sygnału, że ich praca była użyteczna, nie będą mieli motywacji do wyrażania swoich opinii w przyszłości.

Działania informacyjne

Przystępując do działań informacyjnych i przygotowując przekaz, należy zdefiniować, jaki jest **cel przekazu**. Pamiętajmy, że skuteczny przekaz to taki, który dotrze do odbiorcy, odbiorca się nim zainteresuje i zrozumie go zgodnie z intencjami nadawcy.

Aby przygotować taki przekaz, oprócz zdefiniowania celu przekazu (np. dostarczenie informacji, wyjaśnienie, przekonanie do zmiany postawy, zachęcenie do działania) należy określić, do kogo przekaz ma dotrzeć – konieczne jest **zdefiniowanie odbiorców**. Dalszym krokiem jest **analiza odbiorców**. Służy ona zbudowaniu skutecznego przekazu. Im więcej wiemy o odbiorcach, ich wieku, wykształceniu, zainteresowaniach, posiadanej wiedzy o problemie narkomanii, sposobach spędzania wolnego czasu, sposobach zdobywania informacji (czytana prasa, Internet), tym mamy większe szanse, aby określić właściwe formy dotarcia (kanały informacyjne).

Następnym etapem jest **przygotowanie i rozpowszechnienie przekazu**. Forma przekazu jest często wypadkową wniosków z analizy i możliwości finansowych. Często niedocenianym i zapominanym etapem przygotowania procesu informowania jest **sprawdzenie skuteczności przekazu**. Jest to bardzo ważny etap, bowiem nie tylko pozwala na określenie skuteczności działań, ale także na powielenie dobrych i korektę złych rozwiązań. Ocena procesu informacyjnego będzie możliwa tylko wtedy, gdy do sformułowanych celów zostaną dołączone wskaźniki ich osiągnięcia.

Rola mediów lokalnych

Ważną rolę w informowaniu społeczności pełnią **media lokalne**.

Media lokalne:

- są chętnie odbierane przez społeczność lokalną, docierają do większości gospodarstw domowych, są wiarygodne dla mieszkańców;
- dysponują wiedzą na temat problemów lokalnej społeczności,
- są mniej podatne na sensacje (często nie są komercyjne).

Zagrożenia, które należy uwzględnić, podejmując współpracę z lokalnymi mediami:

- częste związanie się z konkretną opcją polityczną;
- brak specjalistycznej wiedzy dotyczącej problematyki narkotyków wśród dziennikarzy;
- stereotypowe postrzeganie problemu narkotyków.

W kontaktach z mediami należy przestrzegać kilku **zasad**, aby przekaz był merytorycznie dobry:

- Należy przygotowywać notatki prasowe dla dziennikarzy, opisujące poszczególne działania. Pozwala to uniknąć przekłamań i podawania nieprawdziwych informacji.
- Na wszystkie ważniejsze wydarzenia związane z programem należy zapraszać przedstawicieli lokalnych mediów.
- Jeżeli w urzędzie jest przygotowywany serwis informacyjny, należy zadbać, aby informacje o pracach zespołu przygotowującego program zawsze się w nim znajdowały.
- W lokalnej prasie powinny ukazywać się informacje o konsultacjach oraz o ich wynikach.
- Należy zawsze pamiętać, że dziennikarze pracują pod presją czasu i nie są fachowcami w dziedzinach, które opisują.

Warto zapamiętać!

- Wprowadzenie każdego nowego rozwiązania musi zostać poprzedzone przygotowaniem – zgodnie z regułami zarządzania zmianą.
- Aby zmiana mogła się udać, powinny ją popierać osoby kluczowe w społeczności lokalnej.
- Podstawą skutecznego informowania jest znajomość odbiorcy.

Literatura:

- Robbins S. P., *Zasady zachowania w organizacjach*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Kozłowska B., Królikowski J., Szczęsny P., *Telepraca – Poradnik dla Gminnych Centrów Informacji*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2006 (publikacja wydana w ramach projektu *Telepraca. Ogólnopolski program promocji i szkoleń dla przedsiębiorców*).

7.4 Metodologia opracowywania programu

Beata Kozłowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakież są wady i zalety przygotowywania programów przy zastosowaniu podejścia eksperckiego i partycypacyjnego?
- Co to jest metoda matrycy logicznej, czemu ona służy i z jakich elementów się składa?
- W jaki sposób można uporządkować zebrane informacje o sytuacji problemowej?
- Na czym polega analiza problemu i jak ustrzec się przed popełnieniem błędów w trakcie jej wykonywania?
- Jak właściwie zbudować drzewo celów?
- Co jest celem analizy strategicznej?
- Na czym polega identyfikacja projektów?
- Jak przygotować ramy programu?

Podejścia do opracowywania programu

Pierwszym krokiem, jaki należy wykonać po podjęciu decyzji o przystąpieniu do opracowania programu przeciwdziałania narkomanii, jest wybór podejścia, jakie zostanie wykorzystane przy jego tworzeniu. Od tej decyzji zależeć będzie jakość programu oraz możliwość jego realizacji.

Podstawową kwestią wymagającą rozstrzygnięcia jest to, czy program będzie przygotowywany przez ekspertów, czy też przy zastosowaniu podejścia partycypacyjnego (uczestniczącego).

Podejście eksperckie polega na tym, że program jest opracowywany samodzielnie przez zespół specjalistów z danej dziedziny, którzy pracują wyłącznie w swoim gronie, w razie potrzeby korzystając z informacji zewnętrznych. Rolę ekspertów mogą tu pełnić zarówno pracownicy instytucji naukowo-badawczych zajmujących się zagadnieniami przeciwdziałania narkomanii, jak i pracownicy jednostek organizacyjnych gminy odpowiedzialnych za realizację zadań z zakresu szeroko rozumianej pomocy społecznej i dziedzin pokrewnych.

Podejście partycypacyjne opiera się na społecznym procesie tworzenia programów. Praca ma najczęściej formę warsztatów, w których uczestniczą podmioty zainteresowane rozwiązaniem problemu. Ich praca jest zazwyczaj wspierana przez grupę ekspertów. W tej metodzie wykorzystywana jest nie tylko wiedza i kreatywność uczestników procesu przygotowywania programu, ale także budowany jest konsensus wokół koncepcji programu.

Jakie są wady i zalety poszczególnych podejść?

Podejście eksperckie

Główne zalety podejścia eksperckiego to:

- krótki czas przygotowywania programu;
- wiedza i doświadczenie ekspertów;
- łatwość pracy w małej grupie;
- w przypadku ekspertów zewnętrznych – bardziej obiektywne podejście do problemu;
- w przypadku, kiedy ekspertami są pracownicy gminy – rozwijanie kwalifikacji;
- niekiedy niski koszt wykonania.

Eksperci wiele wiedzą na temat problemu i metod jego rozwiązywania. Pracują tylko we własnym gronie. Nie mają potrzeby urządzania spotkań z udziałem wielu osób, co zawsze wymaga pewnego wysiłku organizacyjnego i niejednokrotnie rodzi trudności z uzgodnieniem terminu, który by odpowiadał wszystkim zainteresowanym. Pracując w kilkusobowej grupie, eksperci nie tracą zbyt wiele czasu na komunikowanie się: wymianę poglądów, dyskusję, uzgadnianie stanowisk. Wszystko to powoduje, że czas pracy nad programem zdecydowanie się skraca. Koszty pracy przy zastosowaniu tego podejścia mogą być zarówno dość wysokie, jak i niskie. W przypadku, gdy całą pracę wykonują pracownicy jednostek organizacyjnych gminy, koszt wykonania programu sprowadza się do ewentualnego wynagrodzenia za ich dodatkową pracę, a niekiedy program bywa przygotowywany całkowicie „bezkosztowo” – w ramach bieżących obowiązków i comiesięcznego wynagrodzenia urzędników. Koszty przygotowania programu przez ekspertów zewnętrznych zależą w głównej mierze od wysokości ich wynagrodzeń, a te są już zróżnicowane. W obu sytuacjach opracowanie programu nie wymaga środków na organizację warsztatów. Zatrudnienie ekspertów zewnętrznych oprócz korzyści w postaci pozyskania specjalistycznej wiedzy i umiejętności pozwala także uzyskać bardziej obiektywizowane spojrzenie na problem. Z kolei powierzenie odpowiedzialności za przygotowanie programu urzędnikom będzie służyło zwiększeniu ich kwalifikacji.

Główne wady podejścia eksperckiego oraz zagrożenia, jakie mogą wystąpić:

- brak społecznej weryfikacji prac;
- odgórne narzucanie ważności poszczególnych problemów;
- dystansowanie się potencjalnych realizatorów programu od jego ustaleń;

w przypadku, kiedy ekspertami są pracownicy gminy:

- brak spojrzenia z zewnątrz na problem;
- niedostateczne umiejętności z zakresu programowania;

w przypadku ekspertów zewnętrznych:

- zbyt mała wiedza o lokalnych uwarunkowaniach;
- niekiedy wysokie koszty.

Zasadniczą wadą podejścia eksperckiego jest to, że **prace nad rozwiązaniem problemu toczą się bez udziału osób bezpośrednio zainteresowanych jego rozwiązaniem**. Konsekwencje takiego postępowania są wielorakie. Problem może nie być dokładnie zdiagnozowany, ponieważ część wiedzy o problemie, który istnieje w społeczności, nie zostanie wykorzystana. Przyjęta przez program strategia osiągnięcia poszczególnych celów nie odzwierciedla społecznej hierarchii ważności problemów. Osoby, które mają program realizować, odcinają się od niego, ponieważ jest im narzucony z zewnątrz i nie jest zgodny z ich wiedzą i przekonaniem. Niejednokrotnie taki program może nawet wywołać konflikty społeczne.

Opracowanie programu przez pracowników gminy wymaga posiadania przez nich umiejętności z zakresu programowania, co w mniejszych jednostkach samorządowych może stanowić pewną trudność. W przypadku tej grupy bardzo dobra znajomość lokalnych uwarunkowań nie zawsze idzie w parze z obiektywizmem. Osoby bezpośrednio, na co dzień pracujące z danym problemem mają **skłonność do koncentracji na sprawach bieżących i pojawiających się trudnościach**. Niełatwo jest im zdystansować się od swojej codziennej pracy i uzyskać świeże, bardziej całościowe i perspektywiczne spojrzenia na problem. Powierzenie przygotowania programu ekspertom zewnętrznym eliminuje to zagrożenie, ale z kolei stwarza nowe, związane z ich słabą znajomością środowiska lokalnego. Mogą zdarzyć się takie sytuacje, że program nie będzie odpowiadał miejscowym uwarunkowaniom, ponieważ jego elementy zostały przeniesione wprost z innego opracowania, przygotowanego dla innych uwarunkowań. Nie jest to wada podejścia eksperckiego, ale jedynie zagrożenie, które z łatwością może zostać wyeliminowane poprzez wnikliwą analizę specyfiki lokalnej.

Podjęcie partycypacyjne

Zalety podejścia partycypacyjnego:

- wykorzystanie lokalnego potencjału;
- weryfikacja społeczna;
- łatwiejsza realizacja programu;
- wzmocnienie poczucia wspólnoty lokalnej.

Główną zaletą **podejścia partycypacyjnego** jest to, że w rozwiązywanie problemu angażuje ono osoby najbardziej zainteresowane. Dzięki temu nie tylko uzyskuje się gruntowną wiedzę o tym, co faktycznie dzieje się w społeczności lokalnej, jakie przyczyny leżą u źródeł powstawania poszczególnych problemów, ale także wykorzystuje się wiedzę, kreatywność uczestników procesu oraz ich możliwości działania. W takiej sytuacji nie ma zagrożenia, że hierarchia celów ustanowionych w programie będzie niezgodna z odczuciami społeczności. Program ma także większą szansę na realizację, ponieważ został wypracowany przez osoby bezpośrednio zainteresowane, które miały możliwość wyrażenia swoich opinii i współtworzenia proponowanych rozwiązań, a ewentualne konflikty, jakie ujawniły się w trakcie prac, mogły zostać rozwiązane. Taka partycypacja tworzy współodpowiedzialność za realizację programu. Praca przy zastosowaniu tego podejścia buduje także podstawy do powstania systemu komunikacji wszystkich podmiotów uczestniczących w warsztatach, a następnie realizujących program. Dochodzi do wzmocnienia poczucia wspólnoty społeczności, która współpracując ze sobą, samodzielnie rozwiązuje swoje problemy.

Wady podejścia partycypacyjnego:

- dłuższy czas przygotowywania programu;
- dodatkowe koszty związane z partycypacją;
- trudności związane z pracą w dużej, zróżnicowanej grupie;
- jeżeli w pracach nie uczestniczą konsultanci zewnętrzni – mogą wystąpić trudności z bardziej obiektywnym spojrzeniem na problem, poprawnością programowania oraz właściwym prowadzeniem warsztatów.

Stosowanie podejścia partycypacyjnego jest **czasochłonne**. Prezentowanie opinii, spory, dokonywanie uzgodnień w dużej, zróżnicowanej grupie osób nie jest łatwe i wymaga czasu. Niekiedy ujawniają się sprzeczności interesów i różnice oczekiwań, dochodzi do konfliktów. Organizacja warsztatów pociąga za sobą dodatkowe koszty, np. zakupu materiałów piśmienniczych, wynajmu sali i sprzętu, zapewnienia cateringu. Przy stosowaniu tego podejścia celowe jest zatrudnienie eksperta lub ekspertów zewnętrznych, którzy zapewnią poprawność procesu programowania oraz zewnętrzne, bardziej zobiektywizowane spojrzenie na problem, wynikające m.in. z wiedzy o tym, jak wygląda sytuacja w innych gminach. Zadaniem eksperta zewnętrznego może być także prowadzenie warsztatów czy udział w rozwiązywaniu ewentualnych konfliktów.

Doświadczenie w moderowaniu, duża wiedza o problemie, umiejętności w zakresie prezentacji mogą sprawić, że praca warsztatowa będzie przebiegała sprawniej. Jako osoby spoza społeczności lokalnej eksperci niejednokrotnie mają także większy autorytet oraz dają gwarancję bezstronności postępowania. Oczywiście powinien być także maksymalnie wykorzystywany potencjał pracowników gminy.

Wybór podejścia

Różnica pomiędzy dwoma zaprezentowanymi podejściami sprowadza się – jak określił to jeden z ekspertów⁴ – do „**różnego rozumienia roli samorządu – jako administratora terenu bądź jego gospodarza**”. Zastosowanie podejścia eksperckiego jest prostsze pod względem wykonania, wymaga mniej czasu

⁴ Kłosowski W., Warda J., *Wyspy szans. Jak budować strategię rozwoju lokalnego?* W&K Consulting, Bielsko-Biała 2001, s. 87.

i środków. Podejście partycypacyjne, chociaż trudniejsze w realizacji, daje lepsze efekty, ponieważ, o ile jakość programu w obu metodach może być porównywalna, to w przypadku tej drugiej metody program ma większą szansę na skuteczną realizację oraz dodatkowo dochodzi do umocnienia poczucia podmiotowości wspólnoty lokalnej.

Obserwacja sposobu prowadzenia prac w zakresie programowania przez polskie samorządy wykazuje na preferowanie partycypacyjnych metod tworzenia dokumentów programowych. Metody te są zalecane przez wielu ekspertów, w tym także ekspertów Unii Europejskiej, Banku Światowego czy USAID.

Podstawą metodyczną tworzenia programów jest **planowanie strategiczne i operacyjne**. Każdy program musi zawierać odpowiedzi na trzy zasadnicze pytania:

1. **Gdzie jesteśmy?**
2. **Gdzie chcemy się znaleźć?**
3. **W jaki sposób chcemy to zrobić?**

Odpowiedzi powinny zostać udzielone podczas uspołecznionego procesu.

Istnieje wiele narzędzi wspomagających tworzenie programów: **SWOT/TOWS** (*Strengths* – mocne strony organizacji, *Weaknesses* – słabe strony organizacji, *Opportunities* – szanse występujące w otoczeniu, *Threats* – zagrożenia występujące w otoczeniu), **GOPP** (*Goal Oriented Process Planning*) – procesu planowania zorientowanego na cele, **METAPLAN** oraz **LFA (metoda matrycy logicznej)**.

Do opracowania programu przeciwdziałania narkomanii proponujemy skorzystanie z uproszczonej wersji metody matrycy logicznej.

Metoda matrycy logicznej

Jedną z coraz bardziej popularnych, zapewne dzięki rekomendacji przez instytucje pomocowe, jest metoda matrycy logicznej. Po raz pierwszy do planowania przedsięwzięć publicznych została ona użyta na początku lat siedemdziesiątych przez Amerykańską Agencję Rozwoju Międzynarodowego (USAID) w trakcie realizacji jednego z jej zagranicznych programów i od tego czasu jest powszechnie stosowana w wielu instytucjach na całym świecie.

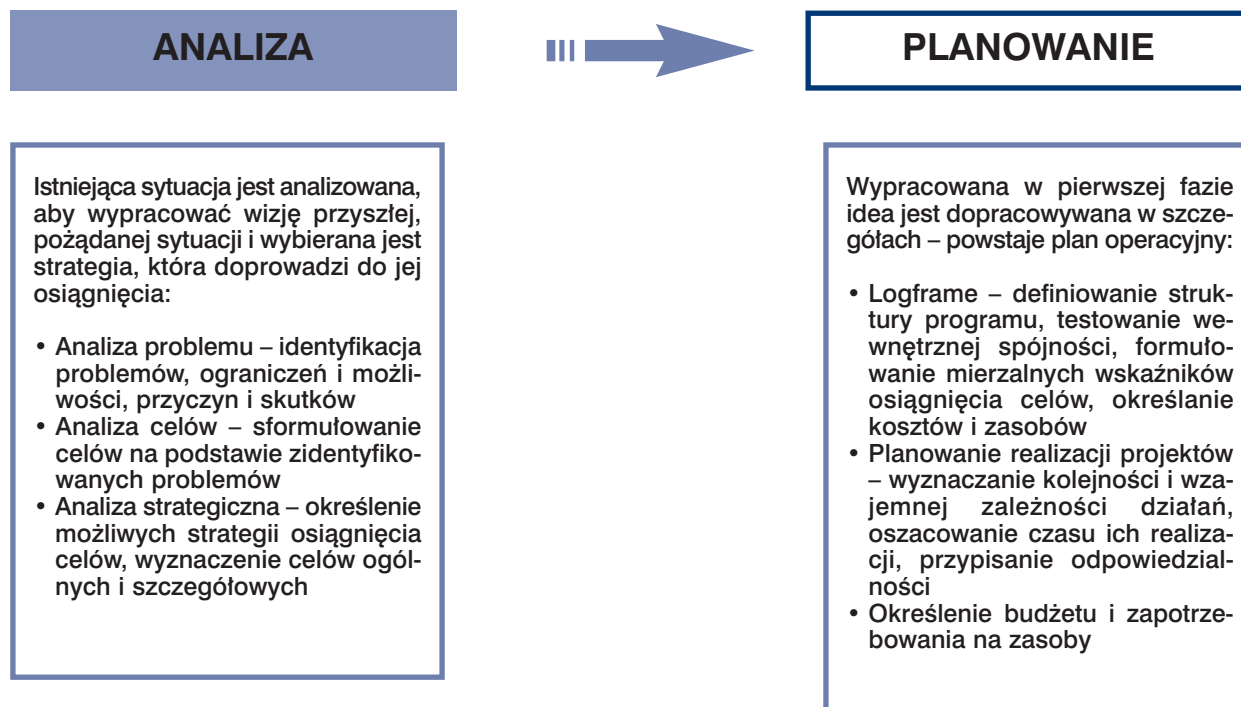
Metoda matrycy logicznej składa się z dwóch faz:

- **Fazy analizy** – w jej trakcie analizowana jest obecna sytuacja problemowa. Wyniki tej analizy stanowią podstawę dla określenia sytuacji pożądanej oraz wyboru strategii jej osiągnięcia.
- **Fazy planowania** – podczas tej fazy tworzone są ramy programu i opracowywane plany operacyjne.

Ponieważ przygotowywanie planów operacyjnych programu jest tematem następnych rozdziałów tego podręcznika, opis fazy planowania zostanie ograniczony do działań związanych z konstruowaniem ramy planowanego przedsięwzięcia.

Niektórzy eksperci zalecają, aby fazę analizy poprzedzić **fazą przygotowawczą**, która służy **zebraniu wszystkich informacji** (np. danych statystycznych, wyników badań, opisów potencjalnych uwarunkowań rozwiązywania analizowanego problemu, aktów prawnych, które regulują daną dziedzinę życia itd.). Mogą one być przydatne do przeprowadzenia koniecznych analiz. Mając określony zasób informacji, warto wykonać analizę SWOT badanego obszaru. Celem tego działania jest takie uporządkowanie informacji i przekonań na temat analizowanego obszaru, aby w sposób możliwie obiektywny móc ocenić, jaka jest obecna sytuacja i jakim potencjałem dysponujemy.

Rysunek 2. Fazy metody matrycy logicznej



Źródło: opracowanie własne.

Faza analizy – analiza problemu

Analiza problemu dokonywana jest w gronie interesariuszy programu, o których była mowa w rozdziale 7.2 (*Analiza interesariuszy*). Celem tej analizy jest znalezienie **związków logicznych pomiędzy problemami występującymi w danym obszarze**, a więc **określenie, które problemy są następstwem innych, a które mają charakter pierwotny**. Zrozumienie, w jaki sposób poszczególne problemy wpływają na siebie oraz dotarcie do pierwotnych przyczyn ich pojawiania się, pozwala skuteczniej z nimi walczyć.

W prezentowanej metodzie analiza problemów dokonywana jest poprzez **budowę drzewa przyczynowo-skutkowego**.

Pierwszy etap budowy takiego drzewa to **identyfikacja kluczowych problemów**. Uczestnicy warsztatów określają kluczowe problemy, jakie dotyczą ich w związku ze zjawiskiem narkomanii. Należy pamiętać, że zajmujemy się tylko tymi problemami, które są **ważne, rzeczywiste i aktualne**, a nie przyszłe i wyimaginowane oraz **formułujemy problemy jako negatywną sytuację**, odczuwaną przez interesariuszy problemu.

Przykłady problemów:

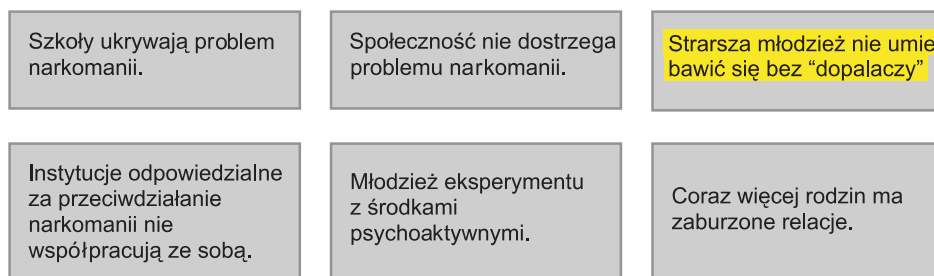
Młodzież z gimnazjum sięga po narkotyki na imprezach.

Na ulicach naszego miasta często można zobaczyć nietrzeźwych nieletnich.

Społeczność naszej gminy nie dostrzega problemu narkomanii.

Do identyfikacji problemów może okazać się pomocna technika „burzy mózgów”. W celu ułatwienia dalszej pracy warto od razu przyjąć zasadę, że każdy problem zapisywany jest na osobnej kartce papieru formatu A4. W sytuacji, kiedy w sesji warsztatowej bierze udział duża grupa osób, można ograniczyć liczbę zgłaszanych propozycji, np. każdy może zgłosić tylko jeden, jego zdaniem najważniejszy problem. Lista problemów, jaka powstanie w wyniku zastosowania tej techniki, powinna następnie zostać uporządkowana. Jeżeli użyte sformułowania są niejasne, ich autorzy tłumaczą je pozostałym osobom, a potem wspólnie z całą grupą precyzują swoją wypowiedź tak, aby była dla wszystkich zrozumiała. Jeżeli problemy powtarzają się, są wykreślane.

Rysunek 3. Identyfikacja problemów kluczowych



Źródło: Opracowanie własne.

Po uporządkowaniu listy problemów można przystąpić do budowania drzewa przyczynowo-skutkowego. Problemy mogą łączyć się w związki przyczynowo-skutkowe, co oznacza, że jeden problem może być wynikiem drugiego, a ten z kolei powodować następny.

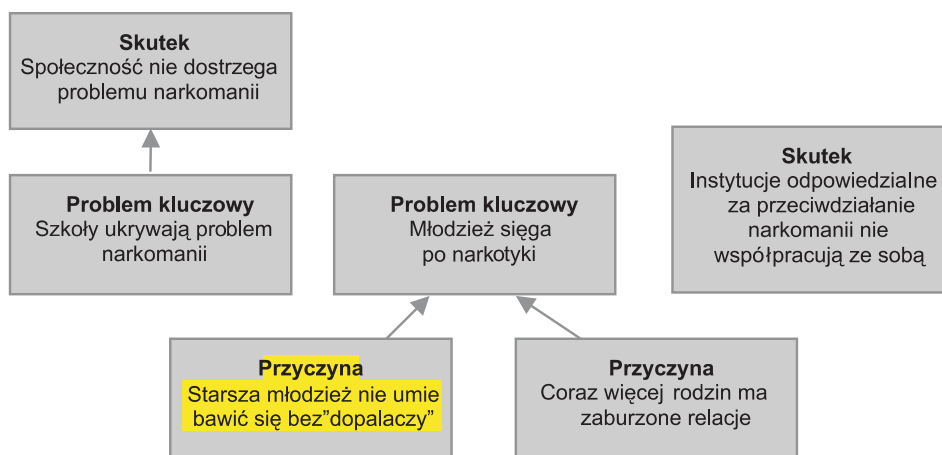
Rysunek 4. Przykład zależności przyczynowo-skutkowych między problemami



Źródło: Opracowanie własne.

Budowa drzewa przyczynowo-skutkowego polega na znajdowaniu logicznych związków pomiędzy zidentyfikowanymi problemami. **Działanie to wymaga czasu i refleksji.** Każdy ze zgłoszonych problemów jest oceniany pod kątem tego, czy stanowi przyczynę – wtedy umieszczany jest niżej, tworząc zarys systemu korzeniowego drzewa, czy też **skutek** – wtedy umieszczany jest na górze, stanowiąc konar drzewa. Jeżeli trudno jest zakwalifikować problem do jednej z tych kategorii (nie ma związków przyczynowo-skutkowych), problem pozostawiany jest na tym samym poziomie. W dalszej kolejności identyfikowane i rysowane są związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy poszczególnymi problemami. W ten sposób zostaje zarysowany główny szkielet drzewa. Kolejne zgłaszane problemy dołączane są w taki sam sposób.

Rysunek 5. Określanie relacji przyczynowo-skutkowych



Źródło: opracowanie własne.

Równie prawdopodobne jest wskazanie takich problemów, których związki przyczynowo-skutkowe na tyle silnie na siebie wzajemnie oddziałują, że trudno jest ocenić, **który z tych problemów jest skutkiem, a który przyczyną**. W takim przypadku pomimo pełnej świadomości złożoności sytuacji, należy rozstrzygnąć, który z problemów w budowanym drzewie będzie przyczyną, a który skutkiem.

Rysunek 6. Przyczyna? Skutek?



Co jest przyczyną, a co skutkiem?

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei w przypadku, kiedy zakres analizowanej sytuacji problemowej jest bardzo szeroki, przed przystąpieniem do dalszych prac można dokonać **wyboru jednego lub kilku najważniejszych problemów** i na nich skoncentrować swoją pracę. Niektórzy specjaliści⁵ sugerują nawet, aby takiego wyboru dokonać dopiero wtedy, kiedy drzewo problemów będzie kompletne.

Przykład:

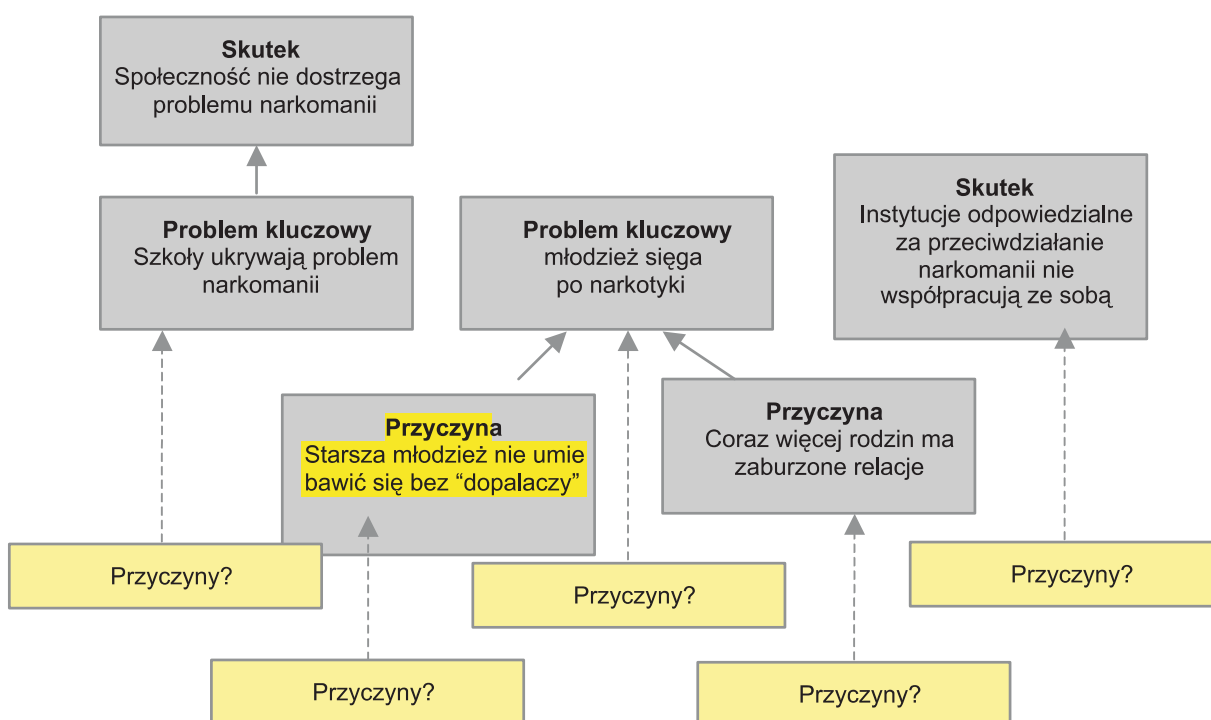
Jako kluczowe problemy zgłoszono: *sięganie po narkotyki przez młodzież szkolną, dużą dostępność środków psychoaktywnych, alkoholizm w rodzinach, bezrobocie, ubóstwo, słaby rozwój kultury fizycznej i sportu, ograniczone możliwości działania pomocy społecznej, przenoszenie negatywnych wzorców z krajów Europy Zachodniej*.

Problemy te mogą być ze sobą powiązane, ale równoczesne prowadzenie analizy wszystkich zjawisk i budowanie wspólnego drzewa może spowodować, że jego wartość będzie ograniczona, ponieważ analiza zatrzyma się na pewnym poziomie ogólności. Taka analiza będzie przydatna dla opracowania strategii rozwiązywania problemów społecznych, natomiast dla opracowania programu przeciwdziałania narkomanii, który będzie częścią tej strategii, konieczna jest szczegółowa analiza grupy problemów najmocniej powiązanych z problemem zasadniczym, jakim jest narkomania.

⁵ Zarządzanie cyklem projektu – podręcznik przygotowany w 2001 r. na zamówienie Komisji Europejskiej – Biura Współpracy EUROPAID przez ITAD Ltd. z Wlk. Brytanii i zaktualizowany przez PARTICIP GmbH z Niemiec.

Kolejny etap budowy drzewa to **poszukiwanie przyczyn wskazanych problemów**. Tam, gdzie udało się wcześniej zidentyfikować pierwsze przyczyny występujących problemów (poprzez znalezienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy problemami kluczowymi), analiza pogłębia się, poszukiwane są dalsze przyczyny występowania danego problemu, a następnie schodzi na poziom niższy, czyli poszukiwane są źródła problemów, które stanowią przyczyny problemu kluczowego. Z kolei przy tych problemach, które nie mają jeszcze określonych przyczyn (na wcześniejszym etapie pracy nie znaleziono związku przyczynowo-skutkowego, który łączyłby je z innymi problemami), poszukiwane są ich przyczyny.

Rysunek 7. Identyfikacja przyczyn źródłowych

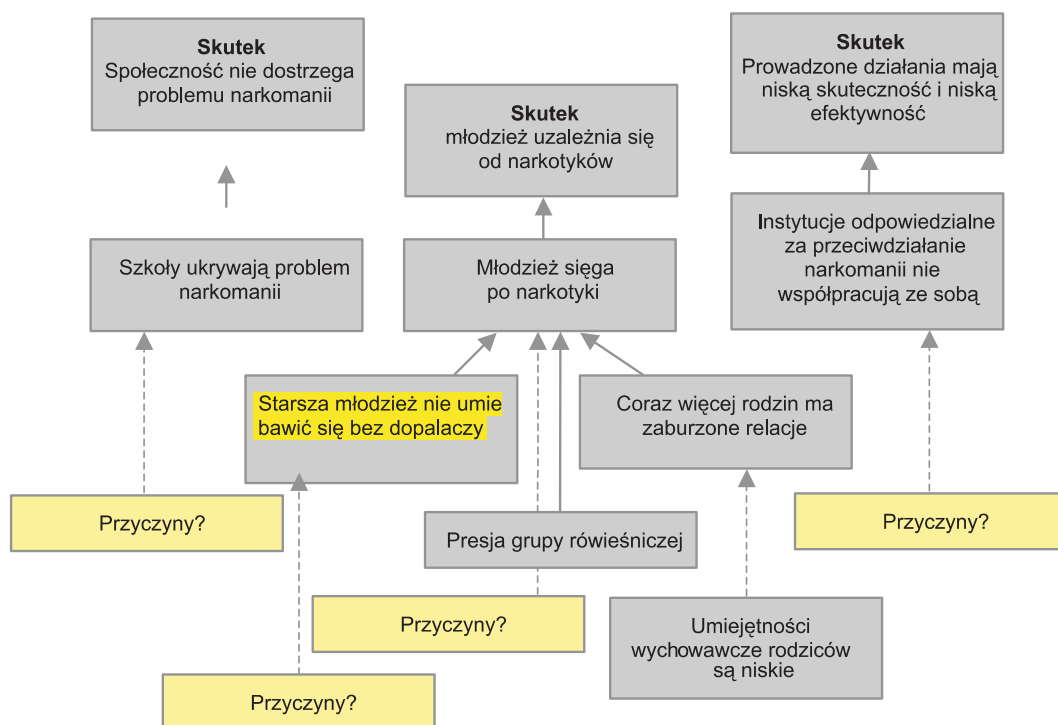


Źródło: opracowanie własne.

W celu identyfikacji przyczyn można znowu wykorzystać technikę „burzy mózgów” lub sięgnąć do wyników badań naukowych, które próbują odpowiedzieć na pytanie, jakie mogą być przyczyny określonych zjawisk. Korzystając z tego drugiego źródła, należy spróbować ocenić, które z przyczyn zidentyfikowanych przed badaczami mogą występować w tej konkretnej sytuacji.

W procesie analizy problemu ważne jest to, aby **docierać do najbardziej pierwotnych przyczyn** występujących problemów, ponieważ oddziałując na te przyczyny, można skutecznie przeciwdziałać rozwojowi problemu. Równie istotne jest **znalezienie przyczyn, które utrudniają walkę z problemem**, np. ograniczony dostęp do pomocy dla osób zagrożonych problemem narkomanii lub osób uzależnionych, niska wykrywalność problemu, niedostrzeganie problemu przez instytucje, które powinny nim się zajmować, niewystarczająca wiedza o problemie. Natomiast pełne zrozumienie problemu wymaga, aby oprócz poznania przyczyn **dostrzec także skutki**, jakie wywołuje. Dlatego **rozbudowywanie drzewa powinno iść w różnych kierunkach**.

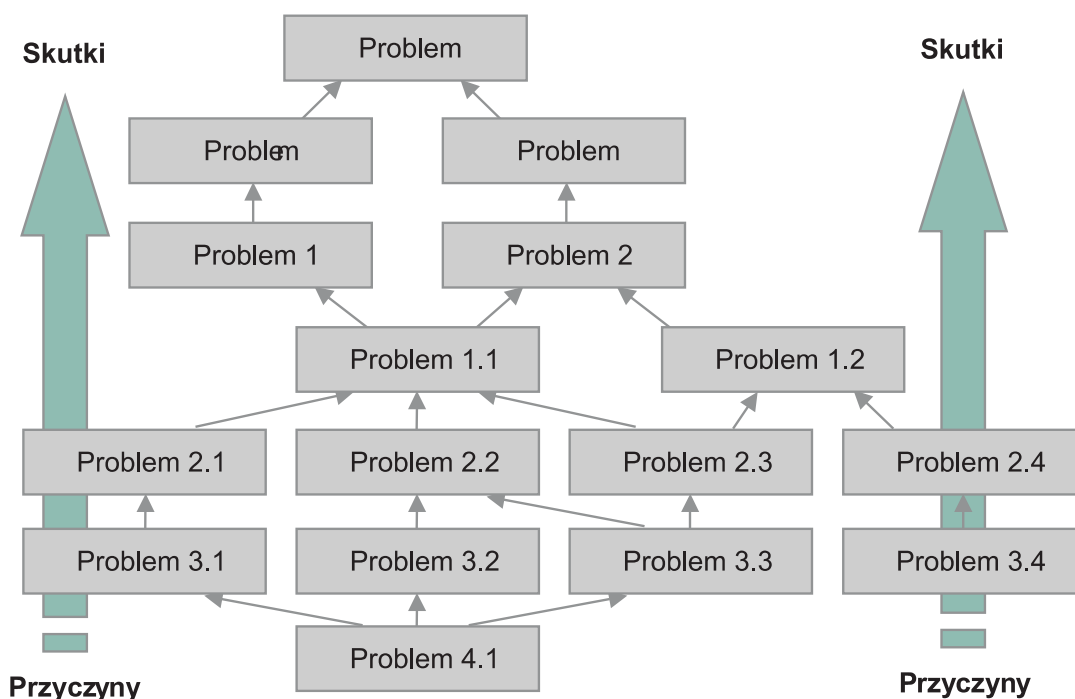
Rysunek 8. Dalsze rozbudowywanie drzewa



Źródło: opracowanie własne.

W zależności od szczegółowości analizy, zaangażowania i kreatywności uczestników warsztatów, drzewo jest bardziej lub mniej rozbudowywane. W trakcie pracy może się okazać, że problem kluczowy wybrany jako główny nie jest najważniejszy, a to miano zyskał zupełnie inny problem. Jeżeli poziom szczegółowości analizy tego nowego głównego problemu nie jest wystarczający, należy całą pracę powtórzyć.

Rysunek 9. Drzewo przyczynowo-skutkowe



Źródło: opracowanie własne.

O czym należy pamiętać w czasie analizy problemów?

- Nazwanie problemem braku konkretnego rozwiązania, np. brak przeszkolonych nauczycieli, powoduje, że problem nie zostaje zidentyfikowany, a zakres poszukiwania właściwych rozwiązań zostaje ograniczony tylko do tego jednego rozwiązania, którego zdaniem autora brakuje – szkolenia nauczycieli. A przecież spotkania na temat problemu narkomanii nie muszą prowadzić nauczyciele; szkolenie nie jest też jedyną metodą pozyskiwania przez nauczycieli wiedzy o narkotykach i problemie narkomanii.
- W trakcie analizy nie należy traktować jako problemu niedostatecznej ilości środków finansowych. Koncentracja na tym aspekcie może spowodować, że poszukiwanie rozwiązań istniejących problemów zostanie mocno ograniczone. Nie będziemy się zastanawiali, co należy zrobić, żeby problem rozwiązać, tylko stwierdzimy, że do rozwiązania problemu potrzebne są pieniądze, a ich nie mamy, więc naszym celem będzie ich zdobycie. Jeżeli te środki finansowe uda się w końcu pozyskać, to dalej nie będziemy wiedzieli, jakie są możliwości rozwiązania problemu, a więc analiza będzie musiała być dokonywana od początku. Może się także okazać, że środki te są za duże lub za małe w stosunku do kosztów wybranego rozwiązania. Dużo efektywniejsze jest w pierwszej kolejności określenie, co należy zrobić, a w dalszej – poszukiwanie funduszy na realizację wskazanych działań.
- Analiza problemów powinna być dokonywana z udziałem interesariuszy programu. Tylko wtedy program będzie skuteczny, a interesariusze zaangażują się w jego realizację. Jednak trzeba pamiętać o tym, że niejednokrotnie osoby bezpośrednio odczuwające skutki problemu mają trudności z określeniem istoty problemu, z jego nazwaniem. Dlatego należy poświęcić odpowiednio dużo czasu na dokładną analizę tego, w jaki sposób problem się przejawia, w jaki sposób te osoby go odczuwają.
- Wiele publikacji naukowych wskazuje, że kobiety i mężczyźni znacznie różnią się w postrzeganiu zjawisk i sposobie reagowania na nie. Z tego powodu warto dopilnować, aby w analizie problemów brały udział obie płcie, we w miarę równych proporcjach. Przyjęcie takiej zasady będzie służyło zwiększeniu skuteczności planowanych działań.
- Innym zagrożeniem jest selektywne filtrowanie problemów. Polega ono na tym, że osoby przygotowujące program, a nie będące jego beneficjentami, mogą mieć skłonność do oceny ważności poszczególnych problemów z własnej perspektywy. Konsekwencją takiego postępowania mogą być trudności w realizacji zaplanowanych działań. Taki program może być odbierany jako zewnętrzny wobec grupy beneficjentów, narzucany im odgórnie, a proponowane w nim aktywności mogą nie iść w parze z potrzebami osób najbardziej zainteresowanych. Jest to kolejny powód, dla którego w pracach nad przygotowaniem programu powinni uczestniczyć reprezentanci beneficjentów programu.
- Analizowany problem może w różny sposób wpływać na interesariuszy. Budowa drzewa problemów i wybór problemów najważniejszych, które będą rozwiązywane w pierwszym rzędzie, służy temu, aby mimo wszystko osiągnąć wspólny cel. Dokonany wybór powinien być akceptowany przez wszystkich uczestników sesji.
- Poważnym zagrożeniem dla jakości analizy problemu jest niedostateczna refleksja nad związkami przyczynowo-skutkowymi istniejącymi pomiędzy różnymi problemami.

Faza analizy – analiza celów

Fazę analizy celów rozpoczyna się od przekształcenia wcześniej zidentyfikowanych problemów w cele, zamieniając sytuację negatywną w sytuację pożądaną.

Rysunek 10. Przekształcanie problemów w cele

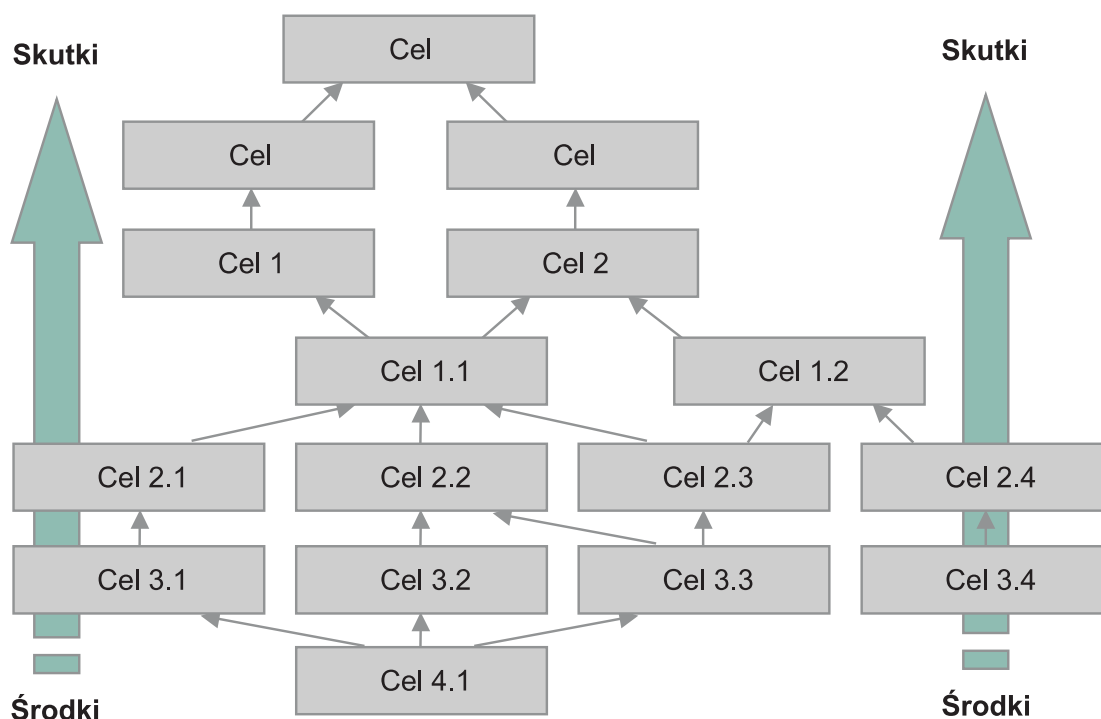


Źródło: opracowanie własne.

Drzewo celów

W ten sposób drzewo problemów staje się **drzewem celów**. Ewentualne trudności w przekształceniu sytuacji negatywnej w pozytywną mogą wynikać z niewłaściwego określenia problemu. W takiej sytuacji konieczny jest powrót do drzewa problemów i ponowna analiza tego konkretnego problemu. Przekształcając problemy w cele, należy także sprawdzić, czy zostały one sformułowane w taki sposób, że mogą stanowić przesłankę prowadzącą na następny, wyższy poziom. **Stosunek przyczynowo-skutkowy powinien zostać zmieniony w relację celów i środków prowadzących do ich osiągnięcia.** Możliwe jest także, że w drzewie celów pojawią się luki, które należy uzupełnić.

Rysunek 11. Drzewo celów



Źródło: opracowanie własne.

Drzewo celów wskazuje związki pomiędzy poszczególnymi celami. **Na samym dole drzewa znajdują się środki, jakimi będą osiąganymi cele, na najwyższych gałęziach korony – efekty ich stosowania.** Jak stwierdził jeden z ekspertów⁶ stosujących tę metodę „Drzewo celów – antonim drzewa problemów – wskazuje logiczną drogę od wyleczenia przyczyn choroby do zniknięcia (złagodzenia) jej objawów”.

⁶ Kamiński B., materiały do szkolenia *Logiczna matryca projektu*, opracowane w ramach Programu Aktywizacji Obszarów Wiejskich

Budując drzewo celów, musimy pamiętać, że cele powinny być:

- **S**pecific (konkretne) - tak sformułowane, żeby każdy wiedział, co ma zostać osiągnięte.
- **M**easurable (mieralne) – obiektywnie weryfikowalne przy pomocy wskaźników.
- **A**ceptable (akceptowalne) – zgodne z oczekiwaniami beneficjentów programu.
- **R**ealistic (realistyczne) – możliwe do osiągnięcia w założonym czasie i przy określonych zasobach oraz będące w kompetencji osób, które mają je osiągać.
- **T**imed (określone w czasie) – z założonym czasem realizacji.

ang. **SMART** – sprytny

Na tym etapie pracy przede wszystkim powinniśmy dopilnować, aby cele były konkretne. Na czym polega wymóg konkretności celów, najlepiej widać na przykładzie:

Przykład niekonkretnego celu: *Poprawa bezpieczeństwa.*

O jaki rodzaj bezpieczeństwa chodzi? O czyje bezpieczeństwo mamy się troszczyć?

Przykład konkretnego celu: *Poprawa bezpieczeństwa drogowego uczniów w czasie drogi z domu do szkoły i z powrotem w gminie X.*

W celu został wskazany rodzaj bezpieczeństwa oraz sytuacje, do których to bezpieczeństwo się odnosi. Została także określona grupa beneficjentów tego celu.

Gdy wiemy już jakie warunki powinny spełniać dobrze określone cele, powinniśmy jest raz jeszcze popatrzeć na efekt prac nad przeformułowaniem problemów w cele. Nie chodzi o to, aby opisywać cele poprzez wskaźniki, czy wyznaczać czas ich realizacji, ale jedynie upewnić się, że są one konkretne i każdy, kto zobaczy taki cel, będzie wiedział, do jakiej grupy się on odnosi i czego konkretnie ma dotyczyć planowana zmiana sytuacji.

Analiza drzewa celów

Kolejny krok to **analiza otrzymanego drzewa celów**. W trakcie takiej analizy dokonujemy:

- selekcji celów,
- agregacji celów tożsamyh,
- identyfikacji celów konkurencyjnych.

W procesie selekcji **eliminujemy cele: niezgodne z prawem, nielogiczne i nieadekwatne**. Poszukujemy także celów, które wymagają przeformułowania, na przykład z tego powodu, że są nierealistyczne. W trakcie prac nad tworzeniem różnego rodzaju programów może zdarzyć się, że formułowane są cele, które nie mieszczą się w kompetencji (uprawnieniach) realizatorów programu, np. *zaostreżenie przepisów prawa w zakresie karania za przestępstwa związane z handlem narkotykami*. Te ostatnie mogą być przeformułowane w taki sposób, aby były bardziej adekwatne, czyli proponowały działania możliwe do wykonania przez realizatorów programu, np. *zwiększenie zainteresowania organów posiadających inicjatywę ustawodawczą zagadnieniami odpowiedzialności karnej za przestępstwa związane z handlem narkotykami*. Mogą pojawić się także cele nielogiczne będące wynikiem niedostatecznej analizy problemu lub odrzuceniem wyników takiej analizy, np. kiedy problemem jest brak reakcji ze strony nauczycieli na handel narkotykami na terenie szkoły, cel został opisany jako *zatrudnienie nowych nauczycieli*. Z kolei często występujący przykład celu nierealistycznego to *likwidacja problemu eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi przez młodzież*. Zmniejszenie skali problemu byłoby dużym i pożądanym sukcesem przeciwdziałania narkomanii. Osiągnięcie takiego celu wymaga bardzo wielu skutecznych działań po-

dejmowanych w różnych obszarach życia społecznego, znacznych środków finansowych i lat systematycznej walki z problemem. Zakładanie likwidacji problemu jest całkowicie nierealne. Zawsze znajdą się osoby, które mając pełną świadomość konsekwencji, sięgną po narkotyki tylko po to, aby sprawdzić, jak one działają. W większości przypadków możliwym do osiągnięcia, a więc realnym celem, jest spowolnienie tempa wzrostu narkomanii.

Potrzeba **agregacji celów** może wynikać z tego, że w drzewie znajdują się te same cele, ale nazwane w odmienny sposób lub też cele zbieżne, dotyczące różnych aspektów tego samego zjawiska, których połączenie spowoduje efekt synergii. Przykład grupy celów, które powinny zostać zagregowane: *ograniczenie dostępu osób niepowołanych na teren szkoły, zwiększenie możliwości identyfikacji uczniów, zwiększenie możliwości kontroli wybranych miejsc na terenie szkoły*. Dokonując agregacji celów, należy mieć na uwadze, aby efektem tego działania nie było zbytnie uogólnienie celów programu.

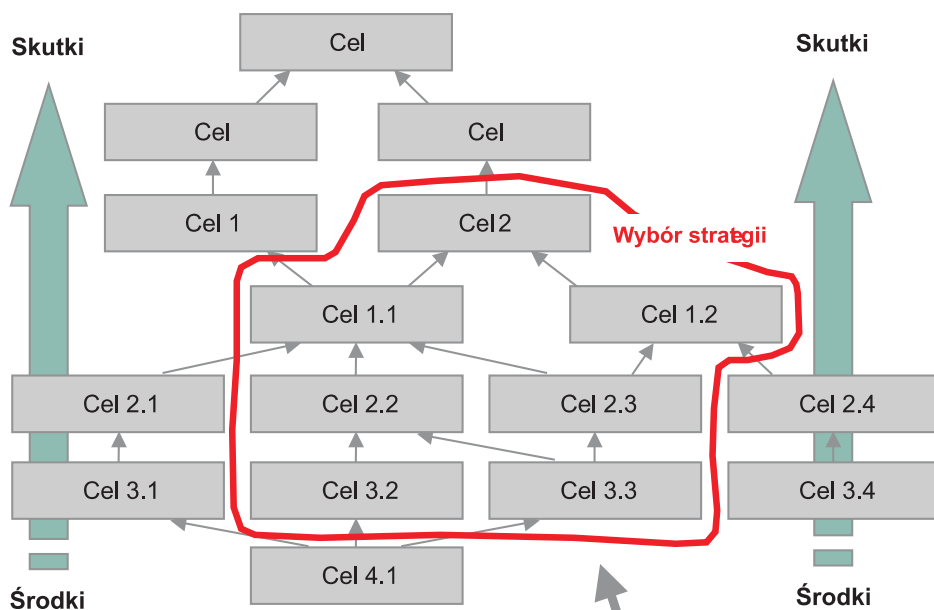
Poszukując **celów konkurencyjnych**, wyszukujemy takie, które są wzajemnie sprzeczne, i takie, które są potencjalnie konkurencyjne, np. *ograniczanie narkomanii i zwiększenie wiedzy o działaniu narkotyków*. O ile w drugim przypadku powinniśmy podjąć decyzję, który z celów jest dla nas istotniejszy, o tyle w pierwszym wystarczy sprawdzić, czy sprzeczność jest tylko pozorna, i ewentualnie doprecyzować cel.

Faza analizy – analiza strategii

Analiza strategii to nic innego, jak podjęcie decyzji, które zbiory celów **zostaną włączone do programu, a które pozostaną poza jego zakresem**. Nie jest możliwe, aby od razu zająć się wszystkim i rozpocząć działania na wszystkich możliwych frontach walki z problemem. Jednoczesne zajmowanie się wszystkim, przy ograniczonym zasobie środków finansowych skutkuje tym, że podejmowana aktywność ulega rozproszeniu. Jej rezultaty są nikłe, a nieraz zupełnie niewidoczne, ponieważ skala działań jest zbyt mała, aby doszło do wyraźnej zmiany. Dlatego konieczne jest dokonanie wyboru. Przedmiotem wyboru może być na przykład kolejność zmagania się z problemami lub wytonienie jednej, kluczowej z naszego punktu widzenia przyczyny powstawania problemu i skupienie wszystkich wysiłków na znacznym ograniczeniu jej wpływu na problem. Ten wybór drogi rozwiązywania problemu nazywamy wyborem strategii działania.

Kryteria jej wyboru mogą być różne, ponieważ sytuacja każdej gminy jest odmienna i odmienne są przyjęte priorytety. Ważne jest jednak, aby decyzja strategiczna była wynikiem porozumienia.

Rysunek 12. Wybór strategii

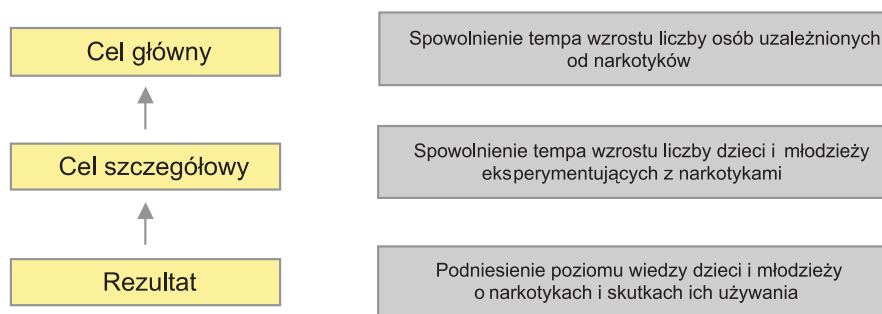


Zakreślony obszar to wyłonił się w wyniku analizy strategicznej cele. Ten zapis pokazuje, że pozostałe cele nie będą realizowane.

Jeżeli drzewo celów zostało dobrze skonstruowane, każdy wybrany zbiór celów powinien tworzyć strukturę celów programu, składającą się z:

- **celu strategicznego** – wspólnego dla wszystkich wyodrębnionych zbiorów;
- **celu szczegółowego** – odrębnego dla każdego zbioru, połączonego z celem strategicznym w ten sposób, że jego osiągnięcie przybliży osiągnięcie celu strategicznego;
- **rezultatów** – celów niższego rzędu, mających postać korzyści, jakie będą dostępne dla określonych grup beneficjentów, a których osiągnięcie warunkuje realizację celu szczegółowego.

Rysunek 13. Struktura celów programu



Źródło: opracowanie własne

W następnym kroku cele powinny zostać szczegółowo opisane, tak aby wypełnić te zalecenia SMART, które jeszcze nie zostały zrealizowane – zapewnienie celom **mierzalności, realności** oraz **umiejszczenie ich w czasie**. Tym samym kończymy fazę analizy i wkraczamy w fazę planowania.

Faza planowania – konstrukcja założeń programu

Pierwszy etap fazy planowania to konstrukcja matrycy logicznej programu.

Matryca logiczna (inne nazwy: logiczna struktura ramowa, rama logiczna, *logical framework*, *logframe*) jest narzędziem, które nie tylko tworzy ramy podejmowanej aktywności, ale może być także wykorzystywane do zarządzania programem/projektem. Pokazuje ona **wewnętrzną logikę interwencji** oraz **opisuje założenia i ryzyko**, które tkwią u jej podstaw. Identyfikuje też **wskaźniki**, wskazuje źródła ich pozyskania. Wskaźniki posłużą do monitorowania realizacji i oceny programu. Matryca logiczna stanowi pierwsze źródło oceny wykonalności programu/projektu i jest najbardziej skondensowanym opisem przedsięwzięcia.

Opracowując gminny program przeciwdziałania narkomanii, nie będziemy przygotowywali pełnej wersji matrycy logicznej, a jedynie uproszczoną jej wersję.

Podstawową jednostką matrycy jest **wiersz**, który w wersji uproszczonej będzie się dzielił na trzy pola. Dwa z nich, zajmujące kolumny 2 i 3, zwykle na każdym poziomie matrycy mają takie same nazwy. Są to: wskaźniki (ang. *indicators*), źródła informacji lub źródła weryfikacji (ang. *sources of information* lub *sources of verification*). Liczba wierszy w matrycy może być różna i zależy od przyjętego stopnia szczegółowości opisu. Dla celów opracowania GPPN wystarczające będzie zbudowanie matrycy czterowierszowej.

W pierwszej kolumnie matrycy składającej się z czterech wierszy, w kolejności od dołu, umieszczone są pola: **działań**, **rezultatu**, **celu bezpośredniego (celu szczegółowego)** i **celu ogólnego**. W matrycy pięciowierszowej pomiędzy celem bezpośrednim a celem ogólnym znajduje się jeszcze jeden poziom celów (cel pośredni).

Określenia użyte w pierwszej kolumnie mogą być różnie sformułowane: cel ogólny może być nazwany celem szerszym lub strategicznym, cel bezpośredni – celem szczegółowym, rezultat – wynikiem, a działania – projektami. To, jakie nazwy zostaną użyte, nie będzie istotne, jeżeli poznamy zasady kon-

struowania takiej matrycy i będziemy wiedzieli, jakie informacje i w którym miejscu należy podać. Uproszczona wersja matrycy logicznej wygląda w następujący sposób:

Tabela 5. Struktura matrycy logicznej – wersja uproszczona

	Opis (1)	Wskaźniki (2)	Źródła weryfikacji (3)
Cele ogólne			
Cele szczegółowe			
Rezultaty			
Działania			

Oczywiście przedstawiony powyżej przykład to tylko jeden z możliwych wariantów tego narzędzia.

Cel ogólny ma charakter długoterminowy; jego osiągnięcie nie jest możliwe poprzez realizację pojedynczego przedsięwzięcia / programu, a jedynie je przybliża.

Cel szczegółowe to inaczej cele programu wynikające z rozpoznania problemu, który stanowił jego podstawę; cele te powinny zostać osiągnięte w wyniku realizacji programu.

Rezultaty – dobra i usługi, jakie będą dostarczane beneficjentom programu; wynikają z głównych przyczyn problemów dotyczących beneficjentów.

Działania – w jaki sposób (przy użyciu jakich środków) będą dostarczane dobra i usługi.

Wskaźniki – mierniki, które będą służyły do oceny powodzenia programu.

Źródła weryfikacji – pokazują, gdzie można uzyskać dane, pozwalające na sprawdzenie, czy założone wartości wskaźników zostały osiągnięte; w tym polu można także podać, w jaki sposób i jak często dane się zbiera oraz kto jest za zebranie informacji odpowiedzialny.

Zasady konstruowania matrycy logicznej

Pomiędzy poszczególnymi polami matrycy istnieją **stałe związki logiczne, zarówno w układzie pionowym, jak i poziomym**.

W **układzie pionowym** mamy do czynienia ze związkiem przyczynowo-skutkowym, opisującym, w jaki sposób działania podejmowane w ramach programu prowadzą do uzyskania konkretnych rezultatów i jaki z kolei jest ich wpływ na osiągnięcie celów szczegółowych i celu ogólnego.

Układ poziomy tworzy podstawy systemu monitoringu i ewaluacji programu. Definiuje wskaźniki pokazujące, czy zakładane działania zostały wykonane, rezultat – otrzymany, a cele – osiągnięte. Identyfikuje też źródła danych służących do weryfikacji wskaźników.

W efekcie końcowym **pełna struktura przyczynowo-skutkowa** matrycy wygląda w następujący sposób:

- Wykonanie działań, potwierdzone odpowiednimi wartościami wskaźników, prowadzi do uzyskania zakładanego rezultatu.
- Uzyskanie rezultatu potwierdzone odpowiednimi wartościami wskaźników pozwala osiągnąć cel bezpośredni.
- Osiągnięcie celu bezpośredniego, potwierdzone odpowiednimi wartościami wskaźników, może przybliżyć osiągnięcie celu ogólnego.

Rysunek 14. Zależności przyczynowo-skutkowe



Źródło: opracowanie własne

Znając podstawowe zasady rządzące matrycą logiczną, można przystąpić do jej konstrukcji.

Fundamentem, od którego należy rozpocząć budowę matrycy, jest **struktura celów** (cel ogólny, cel szczegółowy, rezultaty) opracowana w czasie fazy analizy problemu. Każdy zbiór celów (rezultatów) połączony wspólnym celem szczegółowym powinien zostać opisany w formie odrębnej tabeli. W ten sposób powstanie kilka matryc, opisujących sposób osiągania poszczególnych celów szczegółowych. Oczywiście w każdą z nich będzie wpisany ten sam cel strategiczny (ogólny), ponieważ każdy z osiągniętych celów szczegółowych ma prowadzić do osiągnięcia celu ogólnego.

Przykład

Cel główny: Ograniczenie zjawiska sięgania po środki psychoaktywne przez młodzież.

Cele szczegółowe:

1. Wczesne wykrywanie problemu używania substancji psychoaktywnych.
2. Spowolnienie wzrostu liczby osób sięgających po narkotyki z powodu nieradzenia sobie z problemami.
3. Zwiększenie dostępu osób uzależnionych do leczenia.
4. Zwiększenie skuteczności działania służb miejskich (policja, straż miejska, MOPS, sąd grodzki, wydział edukacji).
5. Ograniczenie handlu narkotykami.

Dla każdego z tych celów szczegółowych powinna zostać opracowana odrębna matryca logiczna.

Źródło: Projekt GPPN Miasta Siemianowice Śląskie

Następnie należy doprecyzować cele, umieścić je w czasie i określić, w jaki sposób będą mierzone (**wskaźnik**) i skąd będą czerpane dane do przyjętych wskaźników. Teoretycznie na każdym poziomie struktury celów powinny zostać przyjęte konkretne wartości liczbowe, jakie mają zostać osiągnięte. Ułatwi to nie tylko ocenę stopnia ich osiągnięcia, ale także pozwoli mierzyć siły na zamiary, a więc adekwatnie planować skalę działań, służących do osiągnięcia zakładanych rezultatów.

Rysunek 15. Precyzowanie celu

Cel: **poprawa stanu zdrowia**

Zredukowana śmiertelność:

- Czyja? (grupy docelowe)
- Gdzie? (miejsce)
- Ilość (od X do T)
- Do kiedy? (czas)

Jeżeli nie ma podstaw do tego, aby w sposób odpowiedzialny podać konkretne wartości celów (np. kiedy program jest opracowywany po raz pierwszy), wystarczy wskazać sposób pomiaru: podać wskaźniki i źródła, z których będą pozyskiwane dane. Wskaźniki mogą przyjmować wartość liczbową lub procentową. Powinny także spełniać wymóg adekwatności (czyli mierzyć to, co faktycznie mają mierzyć), wiarygodności i dostępności, a więc być łatwe do pozyskania.

Identyfikacja projektów

Kolejny krok to **identyfikacja działań, czyli projektów**, jakie będą realizowane w ramach programu.

Projekt to przedsięwzięcie, które:

- służy realizacji określonego celu;
- jest ograniczone w czasie (ma określony początek i koniec);
- posiada określony budżet i zasoby;
- ma zaplanowany, jednoznacznie określony wymierny rezultat;
- ma wyjątkowy charakter i określony stopień ryzyka;
- zazwyczaj angażuje większą liczbę osób.

Przykładowe projekty: organizacja szkoleń dla rodziców, utworzenie punktu konsultacyjnego, zakup literatury fachowej, udział liderów w szkoleniu.

Dróg rozwiązania problemu, czyli osiągnięcia celu, może być wiele. Etap identyfikacji projektów polega na przeglądzie możliwych rozwiązań oraz analizie ich wykonalności. Podstawą identyfikacji projektów są **rezultaty**, jakie mają zostać osiągnięte w wyniku ich realizacji. Przypomnijmy, że rezultaty stanowią najniższy poziom struktury celów.

Rysunek 16. Identyfikacja projektów

Rezultat: **podniesienie poziomu wiedzy dzieci i młodzieży na temat mechanizmów i skutków uzależnień**

Jak ten rezultat osiągnąć?

PROJEKT 1

PROJEKT 2

PROJEKT 3

Który projekt wybrać?

PROJEKT 1

PROJEKT 2

PROJEKT 3

Źródło: opracowanie własne

Przykład

Zwiększenie dostępu do porady fachowej może być uzyskane poprzez utworzenie własnego punktu konsultacyjnego lub współfinansowanie działalności punktu funkcjonującego w mieście powiatowym. Wybór konkretnego rozwiązania zależy od wyników przeprowadzonych analiz. Na przykład od tego, czy skala problemu jest na tyle duża, że opłaca się utworzyć i finansować działalność własnego punktu. Czy gminę stać na utrzymywanie własnego punktu? Czy gmina dysponuje odpowiednim pomieszczeniem, dogodnie położonym i zapewniającym niekrępujący kontakt ze specjalistami? Kto będzie pracować w tym punkcie?

Wybrane rozwiązanie powinno zostać przeanalizowane pod kątem wykonalności w aspekcie:

- **finansowym** – czy mamy na tyle środków finansowych, by je zrealizować, ile środków możemy na ten cel pozyskać ze źródeł zewnętrznych, czy jesteśmy w stanie zapewnić utrzymanie uzyskanych rezultatów;
- **technicznym** – czy jest możliwe do realizacji w konkretnych warunkach;
- **ekonomicznym** – czy to rozwiązanie jest opłacalne, czy uzyskane efekty są adekwatne do włożonych środków finansowych, jakie będą późniejsze koszty utrzymania rezultatu;
- **organizacyjnym** – czy mamy wystarczające zasoby, by zrealizować ten projekt (odpowiednio wykwalifikowanych pracowników, sprzęt, warunki lokalowe, itd.), kto będzie się zajmował utrzymaniem rezultatów podejmowanych działań.

Po podjęciu decyzji co do sposobu osiągnięcia zakładanych rezultatów, czyli identyfikacji projektu, planowane przedsięwzięcie powinno zostać opisane w taki sam sposób, jak struktura celów. Należy podać konkretne wartości wskaźników i sposób ich pomiaru.

Rysunek 17. Wskaźniki i źródła weryfikacji projektu

Projekt: Szkolenie z zakresu umiejętności psychospołecznych dla uczniów III klas gimnazjalnych	Wskaźniki: 10 warsztatów 18-godzinnych (maksymalnie 6 godz. dziennie) grupy do 15 osób	Źródła weryfikacji: • umowa i rachunek za usługę szkoleniową • program warsztatów • lista obecności
--	--	--

Źródło: Opracowanie własne.

Jedynym wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której gmina przeznacza określoną kwotę na konkretną działalność, ale kwota ta zostanie rozdysponowywana w formie konkursu, np. na dofinansowanie zajęć pozalekcyjnych. W takim przypadku trudno powiedzieć, ile zajęć i w jakim wymiarze czasowym uda się sfinansować, dlatego opis tego projektu ogranicza się do podania wskaźników, bez konkretnych wartości liczbowych. W przypadku projektów, oprócz wskaźników liczbowych i procentowych mogą także wystąpić wskaźniki binarne (pytania, na które można udzielić tylko odpowiedzi TAK lub NIE).

Rysunek 18. Wskaźniki i źródła weryfikacji projektu

Projekt: Organizacja gminnego konkursu plastycznego na temat uzależnień od środków psychoaktywnych	Wskaźniki: Czy konkurs został ogłoszony? (TAK/NIE) Minimum 6 prac zgłoszonych do konkursu Minimum jedna praca nagrodzona	Źródła weryfikacji: • umowa i rachunek za usługę szkoleniową • program warsztatów • lista obecności
--	--	--

Źródło: Opracowanie własne.

Ostatni etap prac to **sprawdzenie logiki programu**. Działanie to warto wykonać po to, aby upewnić się, że logika interwencji – a więc związki pomiędzy wykonywanymi działaniami, uzyskiwanymi rezultatami, osiągniętymi celami szczegółowymi, a na koniec celem głównym – oparta jest na solidnych podstawach i prowadzi nas krok po kroku do rozwiązania problemu.

Wewnętrzna logikę programu sprawdzamy, zadając sobie następujące pytania:

- Czy jeżeli podejmę działania, to uzyskam zakładane rezultaty?
- Czy jeżeli uzyskam rezultaty, to osiągnę cele szczegółowe?
- Czy jeżeli osiągnę cele szczegółowe, to będę bliżej osiągnięcia celu głównego?

W **Załączniku 3.** zawarte zostały fragmenty matryc logicznych przygotowanych w ramach programu. W **Załączniku 4.** znajduje się lista kontrolna, która może być użyta do sprawdzenia, czy napisany program jest zgodny z podejściem matrycy logicznej.

Warto zapamiętać!

- Opracowywanie programów metodą uspołecznioną zawsze daje lepsze rezultaty, ponieważ niezależnie od jakości samego programu dodatkowo uzyskuje się wartość dodaną w postaci konsensusu wokół koncepcji programu, współodpowiedzialności zainteresowanych jego realizacją środowisk oraz buduje się wspólnotę lokalną.
- Jedną z metod, która może być użyta do opracowywania programu jest LFA – metoda matrycy logicznej, pierwotnie opracowanej w latach 70. dla Amerykańskiej Agencji Rozwoju Międzynarodowego USAID i stosowanej przez wiele innych organizacji, w tym agendy ONZ i Unii Europejskiej. LFA może być używana jako narzędzie planowania, zarządzania i kontroli realizacji programów, ale także jako metoda podejmowania decyzji poprzez proces partycypacyjny realizowany podczas wspólnej pracy warsztatowej stron zainteresowanych rozwiązaniem problemu.
- W metodzie matrycy logicznej faza analizy jest oddzielona od fazy planowania. W fazie analizy najpierw są zbierane i porządkowane wszystkie informacje o obszarze problemowym, w dalszej kolejności dokonywana jest analiza problemów, następnie problemy zostają przekształcone w cele i wybiera się strategię ich osiągania. W fazie planowania tworzone są ramy realizacji programu, określone wskaźniki sukcesu i sposoby ich pomiaru, identyfikowane uwarunkowania skutecznej i efektywnej realizacji programu oraz przygotowywane plany operacyjne jego wykonania.
- Aby opracować program, należy:
 - znać 3-4 teorie wyjaśniające inicjację, używanie lub zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych;
 - znać najbardziej rozpowszechnione strategie działania i mieć świadomość ich wartości;
 - być na bieżąco z nowymi trendami i ideami w profilaktyce i terapii;
 - korzystać z dostępnych informacji dotyczących problemu uzależnień i potencjalnych odbiorców;
 - określić najważniejsze elementy programu i poddać je ewaluacji;
 - korzystać z dostępnych narzędzi ewaluacyjnych;
 - ułożyć wszystko w sensowną całość – model logiczny;
 - zaplanować sposób zbierania informacji na temat procesu realizacji programu;
 - mieć plan upowszechniania programu.

Literatura:

- Kamiński B., *Materiały autorskie do szkolenia „Logiczna matryca projektu”*, opracowane w ramach Programu Aktywizacji Obszarów Wiejskich.
- Frame J. D., *Zarządzanie projektami w organizacjach*, WIG-Press, Warszawa 2001.
- Kłosowski W., Warda J., *Wyspy szans. Jak budować strategię rozwoju lokalnego?*, Warda&Kłosowski Consulting, Bielsko-Biała 2001.
- *Zarządzanie cyklem projektu* – podręcznik przygotowany w 2001 roku na zamówienie Komisji Europejskiej – Biura Współpracy EUROPAID – przez ITAD Ltd. z Wielkiej Brytanii i zaktualizowany przez PARTICIP GmbH z Niemiec.

7.5 Harmonogram

Piotr Szczęsny

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Dlaczego zarządzanie czasem jest kluczowym czynnikiem osiągnięcia sukcesu?
- W jaki sposób sprawnie przygotować harmonogram przedsięwzięcia?
- Jakie dodatkowe funkcje może spełniać harmonogram?

Czas

Czas w trakcie realizacji różnego rodzaju działań pełni rolę zasobu o bardzo specyficznych właściwościach – **nie można go zgromadzić na zapas, dokupić ani cofnąć**. Zarządzanie czasem musi być również narzędziem pozwalającym wykonywać działania związane z programem równolegle do codziennych, rutynowych zadań, które przecież nie mogą być zaniedbane.

Zarządzanie czasem w kontekście realizacji większego, rozbudowanego programu należy analizować na dwóch poziomach. Po pierwsze – chcielibyśmy mieć wyobrażenie, jak będzie przebiegała w czasie realizacja całego programu (bez nadmiaru szczegółów). Z drugiej strony, szczególnie z punktu widzenia realizatora – ważne jest precyzyjne przedstawienie rozplanowania w czasie poszczególnych elementów (projektów, działań), składających się na program.

Jednym z najbardziej popularnych instrumentów stosowanych w zarządzaniu czasem, możliwych do wykorzystania na obu wspomnianych poziomach, są **harmonogramy**. Opracowanie harmonogramu służy określeniu możliwości wdrożenia programu w konkretnych (niekiedy narzuconych odgórnie) ramach czasowych i jak najlepszemu przygotowaniu jego realizacji.

Harmonogram Gantta

Najczęściej wykorzystywanym w praktyce rodzajem harmonogramu jest tzw. **harmonogram Gantta**.

Twórcą tego sposobu prezentowania działań w czasie był pułkownik H.L. Gantt. Stworzone przez siebie rozwiązanie wykorzystał podczas I wojny światowej w celu lepszego zarządzania służbami medycznymi w armii brytyjskiej. Swoją myśl udoskonalił już jako pracownik amerykańskiej fabryki Bethlehem Steel, tworząc system wspomagający zarządzanie jakością produkcji.

Tabela 6. Harmonogram Gantta – przykład

	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu	jednostka czasu
działanie a								
działanie b								
działanie c								
działanie d								
działanie e								
działanie f								

oś czasu 

Źródło: opracowanie własne.

Harmonogram Gantta przedstawia działania, ich zależności oraz czasy trwania na osi czasu lub w określonym kalendarzu programu. Najczęściej przyjmuje postać tabeli, w jej ramach poszczególnym działaniom przypisuje się czas trwania na skali czasu za pomocą zacieniowania pól lub zastosowania odpowiednich symboli i linii.

Przygotowanie harmonogramu wymaga wykonania kilku czynności (etapów):

1. Wyodrębnienie (identyfikacja) zasadniczych działań w ramach programu/projektu.
2. Ustalenie ewentualnych zależności pomiędzy poszczególnymi działaniami i ustalenie ich kolejności.
3. Określenie czasu trwania poszczególnych działań.
4. Przeniesienie poczynionych założeń na diagram (tabelę).

Harmonogram Gantta może stanowić narzędzie służące ustalaniu czasu realizacji poszczególnych działań (projektów) w ramach **programu** całościowego, jak i szczegółowemu planowaniu realizacji poszczególnych **projektów** na poziomie operacyjnym (wdrażania).

Etap I. Zasadnicze działania

Zasadnicze działania to określony **zestaw czynności (zadań), których realizacja jest konieczna, aby program/projekt został zakończony**. Realizacja zasadniczych działań wymaga określonego czasu i/lub innych zasobów oraz kończy się konkretnym wynikiem. Działania te powinny mieć dobrze określony moment rozpoczęcia i zakończenia oraz przypisaną osobę (osoby) odpowiedzialną.

Warto zwrócić uwagę na częsty błąd związany z pomijaniem w harmonogramie zadań o charakterze technicznym, organizacyjnym bądź pomocniczym oraz działań związanych z monitoringiem, ewaluacją i promocją programu/projektu. Wprowadzenie takich zadań nie są merytorycznym rdzeniem naszej aktywności, są jednak bardzo istotne dla końcowego sukcesu działań i jako takie nie powinny być pomijane.

Stopień szczegółowości działań i ich charakter zależy od specyfiki programu/projektu. Decyzja, czy dane działanie/zadanie traktujemy jako podstawową jednostkę, którą należy umieścić w harmonogramie, czy też należy je podzielić na mniejsze części albo połączyć z innymi w większy pakiet, jest do pewnego stopnia arbitralna i zależy m.in. od stopnia złożoności programu/projektu. Przedsięwzięcia o małym stopniu złożoności nie wymagają szczegółowych harmonogramów, z kolei przedsięwzięcia bardziej złożone powinny mieć harmonogramy odpowiednie do stopnia trudności projektu. Generalnie, im program/projekt jest trudniejszy w realizacji, tym jego harmonogram powinien być bardziej szczegółowy. Stopień trudności przedsięwzięcia wyznacza jego obiektywna złożoność i doświadczenie wykonawcy.

Harmonogram powinien być na tyle szczegółowy, aby na etapie realizacji programu/projektu stanowić użyteczne narzędzie monitoringu. Jeśli będzie zbyt ogólny – możliwość kontroli będzie zbyt ograniczona; jeśli będzie zbyt szczegółowy – jego stosowanie będzie trudne i czasochłonne.

Etap II. Kolejność działań

Ustalenie kolejności działań wynika z dwóch przesłanek:

- **logicznych związków pomiędzy poszczególnymi działaniami,**
- **naszych decyzji co do sposobu postępowania.**

Pierwszy element ma charakter obiektywny. Zadaniem osoby sporządzającej harmonogram jest jedynie wychwycenie istniejących zależności – np. na poziomie konkretnego projektu nie można rozstać za-proszeń na konferencję, jeśli nie pozyskano listy adresowej lub nie można rozpocząć inwestycji przed opracowaniem projektu architektoniczno-budowlanego. Inna sytuacja ma miejsce, gdy z logicznego punktu widzenia kolejność działań może być dowolna i od naszej decyzji zależy, które z nich realizowane będą najpierw, bądź czy będą realizowane równolegle.

Dokonując ustalenia kolejności działań, na początku zawsze należy zidentyfikować faktyczne zależności pomiędzy działaniami lub ich brak. Pomocna w tym względzie może być metoda tzw. **bezpośrednich poprzedników (BP)**. Zastosowanie tej metody polega na wykorzystaniu prostej, ale użytecznej tabeli, zawierającej zestawienie wcześniej zidentyfikowanych działań oznaczonych symbolami i zapisanych w dowolnej kolejności oraz kolumny bezpośrednich poprzedników (BP). Na poziomie poszczególnych działań w kolumnie BP wpisuje się symbol działania, które musi zostać wykonane (zakończone), aby dane działanie można było rozpocząć (np. wysyłkę listów przeprowadzić można dopiero po ustaleniu listy adresowej, czyli sporządzenie listy adresowej jest bezpośrednim poprzednikiem w stosunku do wysyłki listów). W przypadku zidentyfikowania braku tego typu zależności przy danym działaniu stawia się kreskę.

Tabela 7. przedstawia przykład określenia zależności pomiędzy poszczególnymi zadaniami na poziomie konkretnego projektu (poziom operacyjny) dla przedsięwzięcia polegającego na przygotowaniu, wydaniu i rozpowszechnieniu materiałów informacyjnych na temat przeciwdziałania narkomanii.

Tabela 7. Określenie kolejności działań za pomocą bezpośrednich poprzedników (BP) – przykład

Symbol	Nazwa działania	BP
a	Przygotowanie wstępnej koncepcji folderu (pomysł na folder)	–
b	Wykonanie zdjęć do folderu (samodzielnie)	a
c	Opracowanie tekstów do folderu (samodzielnie)	a
d	Wyłonienie wykonawcy koncepcji graficznej folderu	-
e	Przygotowanie i zatwierdzenie koncepcji graficznej	b, c, d, k
f	Opracowanie projektu folderu	e
g	Przygotowanie dokumentacji przetargowej usługi druku i składu folderu	e
h	Wyłonienie wykonawcy usługi składu i druku folderu	g
i	Wykonanie składu folderu i jego akceptacja	h, f
j	Druk folderu	i
k	Określenie kanałów dystrybucji folderu	-
l	Organizacja dystrybucji folderu	k
ł	Dystrybucja folderu	l, j

Źródło: opracowanie własne.

W przedstawionym przykładzie mamy do czynienia z kilkunastoma zależnościami. Niektóre z nich są oczywiste i jednoznaczne, np. druk folderu (j) odbywa się po składzie folderu i zatwierdzeniu tego składu przez zleceniodawcę (i). Występują jednak także zależności, które nie są od razu tak oczywiste – np. zależność przygotowania i zatwierdzenia koncepcji graficznej folderu (e) od określenia kanałów dystrybucji folderu (k). Zależność ta wynika z faktu, iż rozmiar i waga folderu może ograniczać możliwości wyboru sposobów jego rozpowszechnienia. Przykładowo, jeżeli środki finansowe na działania są mocno ograniczone, dodatkowe opłaty związane z wysyłką przedmiotu, którego wymiary nie pasują do standardowych opakowań, mogą stanowić znaczący problem.

Bez dokonania identyfikacji zależności, kolejność wykonywania opisanych działań prawdopodobnie odpowiadałaby kolejności wierszy w tabeli. **Zadowolając się kolejnością intuicyjną, utracić można możliwość bardziej efektywnego zaplanowania działań.**

Etap III. Czas trwania działań

Podczas określania czasu trwania zidentyfikowanych działań można, a nawet należy, **posiłkować się swoimi doświadczeniami** w realizacji podobnych projektów/zadań, **doświadczeniami innych osób** oraz **standardami** wypracowanymi w trakcie realizacji tego typu przedsięwzięć. **Jednostką czasu za-**

stosowaną w harmonogramie mogą być: dni, tygodnie, miesiące, kwartały, a nawet lata. Wybór jednostki zależy od wielkości programu/projektu i przewidywanego czasu jego trwania. Należy zwrócić szczególną uwagę na realizm oszacowanych okresów wykonywania poszczególnych działań. Narzucenie nierealnych ram czasowych (np. nieuwzględnienie wystarczającego czasu na protesty i odwołania przy procedurze przetargowej) może uniemożliwić realizację nawet dobrze pomyślanego przedsięwzięcia.

Etap IV. Budowa harmonogramu

Po oszacowaniu czasów niezbędnych do realizacji poszczególnych działań i biorąc pod uwagę ewentualne zależności pomiędzy działaniami, można rozpocząć budowę właściwego harmonogramu. Dla stworzenia optymalnej kolejności wykonywania działań należy brać pod uwagę również zasoby (ludzkie i materialne), jakimi w danym momencie dysponuje organizacja. W niektórych przedsięwzięciach, a szczególnie na poziomie całego programu obejmującego kilka projektów, nie ma wielu działań zależnych. Tym samym większość czynności mogłaby być wykonywana w dowolnej kolejności lub nawet równocześnie, o ile mielibyśmy do dyspozycji odpowiednią liczbę osób o określonych kwalifikacjach i odpowiednią liczbę stanowisk.

Tworząc harmonogram Gantta, warto go od razu dostosować do pełnienia funkcji narzędzia monitoringu programu/projektów. Można to uzyskać poprzez zastosowanie dwóch odrębnych wierszy na skali czasu dla każdego z zadań, przy czym górny wiersz będzie służyć przedstawieniu planu realizacji działania, zaś dolny – oznaczaniu rzeczywistych czasów realizacji działania podczas wdrażania przedsięwzięcia.

Można wskazać wiele **rozwiązań dotyczących budowy i symboliki stosowanej w harmonogramach**. Najprostsze jest stosowanie zacienionych prostokątów. Działania planowane mogą być zacieniane innym kolorem niż działania faktycznie wykonane (znaczenie poszczególnych kolorów powinno zostać opisane w legendzie). Można również stosować oznakowania literowe, np. P – plan, W – wykonanie lub rysować linie poziome z pionowymi kreskami oznaczającymi daty początku i końca zadania (dla oznaczenia działań faktycznie wykonanych można w takiej sytuacji stosować linię falistą).

Tabela 9. Harmonogram Gantta – przykład

SYMBOL DZIAŁANIA	WRZESIEŃ																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
A						X	X						X	X					
						X	X						X	X					
B						X	X						X	X					
						X	X						X	X					
C						X	X						X	X					
						X	X						X	X					
D						X	X						X	X					
						X	X						X	X					
E						X	X						X	X					
						X	X						X	X					



planowane



wykonane



X dzień wolny

Warto zapamiętać!

- Oprócz działań merytorycznych harmonogram musi uwzględniać również działania towarzyszące realizacji przedsięwzięcia.
- Harmonogram to ważne narzędzie służące monitorowaniu i kontroli działań oraz identyfikacji potrzeby dokonywania zmian w programie w przypadku znaczących odchyleń od planu.

Literatura:

- Heerkens G.R., *Jak zarządzać projektami*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2003.
- Davidson Frame J., *Zarządzanie projektami w organizacji*, WIG-PRESS, Warszawa 2001.
- Mignus N., *Zarządzanie projektami*, Wydawnictwo Helion, 2002.
- Kozłowska B., Szczęsny P., *Zarządzanie projektami w administracji publicznej*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu: Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej).
- Kłosowski W., Warda J., *Wyspy szans. Jak budować strategię rozwoju lokalnego?*, Warda & Kłosowski Consulting, Bielsko-Biała 2001.

7.6 Budżet programu

Piotr Szczęsny

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Z jakich głównych rodzajów kosztów powinien się składać budżet?
- Czym jest i czemu służy rezerwa budżetowa?
- Czym różni się analiza finansowo-ekonomiczna od budżetu przedsięwzięcia?

Opracowanie budżetu to sztuka równomiernego rozłożenia rozczarowań.

Maurice Stan

Rodzaje kosztów

Kolejnym ważnym elementem planowania realizacji przedsięwzięcia jest przygotowanie budżetu. Budżetowanie jest to niezwykle istotne działanie, ponieważ błędy popełnione przy tworzeniu planu budżetowego mogą być bardzo trudne do naprawienia. Niedooszacowanie kosztów może doprowadzić do zawieszenia lub zaprzestania realizacji programu, a w przypadku dużych przedsięwzięć nawet zagrozić stabilności finansowej instytucji realizującej przedsięwzięcie.

Podobnie jak to miało miejsce w przypadku harmonogramu, proces budowy budżetu powinien być dwuetapowy: najpierw należy opracować budżety dla konkretnych działań/projektów przewidywanych do realizacji w ramach programu, następnie te szczegółowe budżety sumują się i składają na budżet całego programu.

Na koszty realizacji przedsięwzięcia składają się zazwyczaj trzy pozycje: bezpośrednie koszty pracy, inne koszty bezpośrednie i koszty ogólne, a jeżeli przedsięwzięcie ma w jakiejś części charakter inwestycyjny pojawia się nowa, dodatkowa kategoria wydatków, określana zazwyczaj na podstawie kosztorysu inwestorskiego.

Koszty bezpośrednie

Koszty bezpośrednie to **wydatki, które nie mają charakteru stałego i zależą wprost od podejmowanych działań**, w tym przypadku działań związanych z realizacją projektu. Często dzieli się je na bezpośrednie koszty pracy i bezpośrednie koszty pozostałe. Przeważnie koszty bezpośrednie stanowią największą pozycję budżetu, oprócz projektów inwestycyjnych.

Bezpośrednie koszty pracy obliczamy, mnożąc stawki wynagrodzenia przez czas pracy poszczególnych osób w projekcie. Koszty te warto określić także wtedy, kiedy przedsięwzięcie jest realizowane przez pracowników etatowych instytucji realizującej projekt. Celem takiego działania jest obliczenie faktycznych kosztów wykonywanych zadań. Takie informacje mogą posłużyć do oceny efektywności projektu, czyli odniesienia wydatków do uzyskanych rezultatów. Obliczenia dotyczące wynagrodzenia powinny być wykonane dla wszystkich osób zaangażowanych w realizację projektu. Używane jednostki wynagrodzenia mogą być różne: godziny, dniówki, pensje miesięczne. W przypadku pracowników etatowych pozycją wyjściową jest wielkość wynagrodzenia, jaką otrzymuje dany pracownik⁷.

Pozostałe koszty bezpośrednie są związane z zakupem m.in.:

- materiałów, które będą używane w trakcie realizacji projektu, np. papier ksero;
- sprzętu i wyposażenia (zakup, wynajem);

⁷ Oczywiście chodzi o pełne koszty zatrudnienia, łącznie z wszystkimi narzutami (ZUS, podatek dochodowy).

- usług, np. koszty druku, koszty opracowań eksperckich, wynajmu pomieszczeń;
- budynków i pomieszczeń, o ile zostały zakupione wyłącznie na cele projektu;
- podróży oraz innych kosztów, które są niezbędne do zrealizowania przedsięwzięcia.

Jeżeli przedsięwzięcia w ramach programu mają choćby w części charakter inwestycyjny, odrębną grupą kosztów będą **wydatki inwestycyjne**, określane zazwyczaj na podstawie odrębnego kosztorysu. W zależności od rodzaju i wielkości projektu, budżet jest mniej lub bardziej rozbudowany (im większy projekt, tym zazwyczaj więcej pozycji w układzie budżetu).

Koszty ogólne

Koszty ogólne to takie, które **wiążą się z codziennymi działaniami danej instytucji i trudno jednoznacznie przypisać je do realizowanych działań**. Są to np. wydatki na materiały biurowe, usługi telefoniczne, pocztowe, koszty utrzymania pomieszczeń, część kosztów wynagrodzeń kadry kierowniczej i obsługi księgowej (o ile nie zatrudniamy księgowych bezpośrednio w projekcie – wtedy będą to koszty bezpośrednie). Zwykle koszty ogólne utrzymują się w stałej proporcji w stosunku do kosztów pracy, co oznacza, że wzrost zatrudnienia powoduje wzrost kosztów ogólnych. Tego typu koszty także powinny zostać obliczone dla realizowanego przez nas programu/projektu. Należy wyodrębnić je spośród kosztów ogólnych działania całej instytucji i ująć w budżecie przedsięwzięcia. Łatwym sposobem dokonania takiego podziału będzie procentowe określenie udziału zadań projektowych do innych zadań organizacji.

Rezerwa budżetowa

Jeśli wymagania formalne dotyczące budżetu na to pozwalają, zawsze warto uwzględnić rezerwę finansową – **dodatkowe środki na nieprzewidziane wydatki**. Może mieć ona formę osobnej pozycji lub, gdy nie jest to możliwe, **przeszacowania poszczególnych pozycji budżetu** programu/projektu. Należy podkreślić, że jawna rezerwa ogólna jest lepsza od ukrytych i rozproszonych „zapasów” finansowych, ponieważ przy rozproszeniu rezerw ich suma jest często niepotrzebnie większa niż rozsądnie skalkulowana suma rezerwy ogólnej. Ponadto w przypadku projektów realizowanych przez instytucje publiczne istnieje skłonność do pełnego wykorzystywania rezerw, nawet jeżeli dany rodzaj wydatków nie był niezbędny (szczególnie jeśli nie ma możliwości przenoszenia w ramach budżetu projektu rezerw tam, gdzie są one naprawdę potrzebne). Przy bardziej złożonych projektach w kalkulacji poszczególnych wydatków i tak kryje się zazwyczaj wiele ukrytych rezerw.

Wielkość potrzebnej rezerwy zależy od stopnia ryzyka, jaki cechuje przedsięwzięcie. W typowych projektach niezwiązanych ze szczególnym ryzykiem wystarcza rezerwa rzędu 5-10%.

Budżet

Dodatkowym wymogiem dotyczącym konstrukcji budżetu może być również konieczność **przypisania poszczególnych pozycji kosztowych z układu rodzajowego do poszczególnych zadań** (np. rozbijamy wynagrodzenia na związane z realizacją zadania 1, zadania 2 itd.). Z jednej strony zwiększa to nakład pracy niezbędny do opracowania budżetu, z drugiej jednak dzięki temu zarówno przygotowujący, jak i czytający budżet uzyskują pewność, że przedstawione kalkulacje mają dobre umocowanie.

Budżet opracowany na etapie planowania powinien na etapie wdrażania stać się, podobnie jak harmonogram, **narzędziem monitoringu i kontroli** (zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej). Aby jednak budżet mógł być efektywnym instrumentem kontroli wydatków, nie może operować wyłącznie rodzajowym układem kosztów (wydatków), lecz musi wiązać wydatki z poszczególnymi działaniami składającymi się na projekt. Sama informacja, że np. w połowie realizacji projektu wykorzystano 75% kwoty planowanej na zakup usług nie pozwala bowiem ocenić, czy nastąpiło to z powodu szybszej realizacji któregoś zadania (efekt pozytywny), czy też wydano więcej pieniędzy, niż założono, np. z powodu złego oszacowania potrzebnych usług (efekt negatywny).

W projektach, w których dysponujemy różnymi źródłami finansowania zaplanowanych działań, może być konieczne przygotowanie oprócz budżetu (planu wydatków) również planu finansowania programu wskazującego źródła pochodzenia środków finansowych.

W przypadku budżetów opracowywanych jako części wniosków aplikacyjnych należy zwrócić uwagę na to, że zazwyczaj nie wszystkie rodzaje kosztów mogą być finansowane przez instytucje, do których trafia wniosek aplikacyjny. Koszty, które mogą być finansowane są to tzw. **koszty kwalifikowalne**, bądź koszty uprawnione (ang. *eligible costs*). Można się spotkać z sytuacją, kiedy instrukcja do wniosku definiuje, jakie koszty mogą być finansowane z dotacji, albo przeciwnie, określa, jakie koszty nie mogą podlegać finansowaniu z tego źródła (albo niekiedy jedno i drugie). Najczęściej do kosztów kwalifikowanych nie można zaliczyć ceł i podatku VAT, zatem trzeba to uwzględnić przy konstrukcji budżetu (bardzo łatwo tu o pomyłkę).

Analiza finansowo-ekonomiczna

Oprócz opracowania budżetu projektu warto dokonać również uproszczonej analizy finansowo-ekonomicznej przedsięwzięcia, czyli zobaczyć **ile będzie w przyszłości kosztowało utrzymanie wprowadzonego rozwiązania** i jakich ewentualnie przychodów możemy się z spodziewać w ramach realizowanych działań.

W takiej analizie powinniśmy po jednej stronie zestawzić koszt przedsięwzięcia ujęty w budżecie oraz prognozę dotyczącą miesięcznych kosztów utrzymania wprowadzonego rozwiązania. Jako horyzont czasowy prognozy dla działań zawierających istotną część inwestycyjną przyjmuje się zazwyczaj **czas przewidywanej żywotności zakupionych urządzeń**. Jeżeli takie urządzenia nie były kupowane, można przyjąć arbitralnie jakiś okres czasu – istotne jest, aby był to czas przekraczający standardowy horyzont planowania jednorocznego.

Można także przewidzieć i rozplanować w czasie dodatkowe działania bezpośrednie, np. cykliczne działania informacyjne, zakup dodatkowego wyposażenia, podniesienie kwalifikacji pracowników itp.

Uzyskana suma obrazuje nam koszty przedsięwzięcia (jednorazowe oraz stałe). Po drugiej stronie tego zestawienia należy zebrać ewentualne przychody, jeżeli przewidujemy taką możliwość. Dokonanie takiego zestawienia pozwala zobaczyć, czy nowe działania będą się samofinansowały, czy też będą stanowiły dodatkowe obciążenie dla budżetu naszej instytucji, a jeżeli tak, to jak duże.

Zgodnie ze stanowiskiem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii istnieje możliwość uchwalania jednego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii w ramach wykonania ustawowego obowiązku uchwalania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Tworzenie wspólnego programu jest uzasadnione z punktu widzenia merytorycznego, organizacyjnego i finansowego. Oba programy tworzone są najczęściej na podstawie wspólnej diagnozy, dodatkowo część zadań ma taki sam charakter, a ich adresatami są przeważnie te same grupy osób. Ponadto nadzorowanie jednego programu umożliwia bardziej racjonalne wydatkowanie środków z budżetu samorządu terytorialnego. Według opinii Departamentu Finansów Samorządu Terytorialnego Ministerstwa Finansów zasady klasyfikacji budżetowej nie stanowią przeszkody w ewentualnym uchwaleniu jednego programu, jednakże program powinien być sporządzony w sposób pozwalający na jednoznaczne rozróżnienie, w ramach której ustawy realizowane będą poszczególne zadania.

Źródło: Stanowisko Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii dotyczące uchwalania wspólnego Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (http://www.narkomania.gov.pl/stanowisko_programy.doc).

Warto zapamiętać!

- Główne niebezpieczeństwo podczas konstruowania budżetu wiąże się z niedoszacowaniem kosztów. Może ono doprowadzić do zawieszenia lub zaprzestania realizacji zaplanowanych przedsięwzięć.
- Im bardziej innowacyjny charakter mają działania, tym większa powinna być rezerwa budżetowa związana z ich realizacją.

Literatura:

- Lock D., *Podstawy zarządzania projektami*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.
- Heerkens G. R., *Jak zarządzać projektami*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2003.
- Davidson Frame J., *Zarządzanie projektami w organizacji*, WIG – PRESS, Warszawa 2001.
- Kozłowska B., Szczęsny P., *Zarządzanie projektami w administracji publicznej*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu: Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej).
- Kozłowska B., Królikowski J., Szczęsny P., *Telepraca – Poradnik dla Gminnych Centrów Informacji*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2006 (publikacja wydana w ramach projektu *Telepraca. Ogólnopolski program promocji i szkoleń dla przedsiębiorców*).

7.7 Zaplecze finansowe

Wojciech Lachiewicz

Niniejszy rozdział wraz z załącznikiem 5. zawiera teksty czterech artykułów Wojciecha Lachiewicza:

- *Gminne programy przeciwdziałania uzależnieniom* („Na zdrowie”, nr 1/2006),
- *Publiczne pieniądze dla organizacji pozarządowych* („Na zdrowie”, nr 2/2006),
- *Konkursy, dotacje i kontrola wydawanych pieniędzy* („Na zdrowie”, nr 3-4/2006, 5/2006).

Artykuły ukazały się w miesięczniku „Na zdrowie”, którego wydawcą jest Fundacja Na Rzecz Edukacji, Profilaktyki i Terapii Uzależnień „DROGA” z siedzibą w Katowicach.

Gminne programy przeciwdziałania uzależnieniom – charakterystyka prawna

Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii (dalej: g.p.p.n.) jest dokumentem obowiązkowo uchwalanym przez rady gmin (miast) na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz.1485). Obowiązek opracowania projektu g.p.p.n. spoczywa na wójcie (burmistrzu lub prezydencie miasta). Traktujący o tym przepis art. 10 ust. 2 ww. ustawy wymaga równocześnie, aby projekt g.p.p.n. (a co za tym idzie również uchwalony program) obejmował zadania nałożone na gminę przepisem art. 2 ust. 1 ustawy, a także uwzględniał kierunki działań gmin wynikające z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii – określonego przyszłym rozporządzeniem Rady Ministrów. Prawo wymaga ponadto, aby program stanowił część Gminnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych, którą rada gminy uchwała na podstawie art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz.593; z późn. zm.). Częścią tej strategii jest również **Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych** (dalej: g.p.p.r.p.a.). Program ostatnio wymieniony jest programem rocznym, który rada gminy (miasta) zobowiązana jest uchylać na podstawie art. 4 [1] ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednol.: Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231, z późn. zm.).

Uchybienie obowiązkowi uchwalenia dwóch ww. programów, podobnie jak zaniechanie realizacji wyrażonych w nich zadań, stanowi naruszenie prawa i może skutkować zastosowaniem środków nadzoru przez Sejm, Prezesa Rady Ministrów i właściwego terytorialnie **wojewodę**. Ocena legalności podjętej uchwały o g.p.p.n, podobnie jak uchwały o g.p.p.r.p.a. należy do wojewody. Uchwałę sprzeczną z prawem (dajmy na to, gdy program wyrażałby działania nieobjęte przepisami o zadaniach g.p.p.n. i g.p.p.r.p.a.) wojewoda uchyla w całości lub w jej części. Jeśli tego nie uczyni w terminie 30 dni od jej przekazania, wówczas może uchwałę zaskarżyć do sądu administracyjnego. Do sądu administracyjnego może również się zwrócić gmina, jeśli kwestionuje rozstrzygnięcie stwierdzające nieważność uchwały.

Według art. 18 [2] cyt. ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi finansowaniu dwóch ww. programów mają służyć środki pochodzące z należnych gminie opłat za wystawienie zezwoleń na handel alkoholem (z tzw. „korkowego”). Co wymaga podkreślenia, **powiązanie środków z „korkowego” z finansowaniem zadań z dwóch gminnych programów, nie wyklucza tego, aby gmina, jeśli jest to konieczne, zadania z dwóch programów finansowała dodatkowymi jeszcze środkami własnymi.** Wartym podkreślenia jest również fakt, że jeśli na koniec roku budżetowego, łączna kwota wpływów uzyskanych z „korkowego” okazałaby się przewyższać wydatki dokonane na zadania z g.p.p.n. i g.p.p.r.p.a. – to powstała nadwyżkę środków rada gminy musi w przyszłym roku przeznaczyć na finansowanie zadań z dwóch programów. (Planowane wydatki na programy będą wówczas wyższe od wpływów z opłat zakładanych na dany rok, gdyż w określonej części będą finansowane z opłaty pobranej i niewykorzystanej w roku poprzednim). Prawo wyklucza zatem przeznaczenie środków z opłat na inne cele niż zadania wynikające z g.p.p.r.p.a. i g.p.p.n., a zarazem dopuszcza, aby programy planować i finansować w kwotach wyższych niż wpływy z opłaty.

Przewidywane do uzyskania dochody z opłat za zezwolenia na handel alkoholem oraz wydatki na zadania g.p.p.n. i g.p.p.r.p.a. rada gminy planuje rokrocznie **w budżecie gminy**. Wprawdzie w przepisie art. 184 ust. 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz.2104) wpływy

z opłat powiązано z jedynie z wydatkami na g.p.p.r.p.a., jednak znowelizowany później przepis art. 18 [2] ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nakazuje wpływy z opłat przeznaczać na dwa ww. programy. Co wymaga podkreślenia, **budżet gminy swoimi ustaleniami nie wyraża, ani nie zastępuje ustaleń właściwych dla dwóch programów, a tylko zabezpiecza środki na ich realizację.** W konsekwencji powyższego w wydatkach budżetu na realizację obydwóch programów należy zaplanować odpowiednie kwoty opisane podziałkami klasyfikacyjnymi: **dział 851 (ochrona zdrowia) oraz rozdział 85153 (zwalczanie narkomanii) i rozdział 85154 (przeciwdziałanie alkoholizmowi).** Suma powyższych wydatków nie może być niższa od dochodów zaplanowanych w dziale 756 (*Dochody od osób prawnych, od osób fizycznych i od innych jednostek nie posiadających osobowości prawnej oraz wydatki związane z ich poborem*) i opisane podziałką „§ 0480 (wpływy z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu)”. Jeśli rada gminy nie zaplanowałaby w budżecie rocznym wydatków na g.p.p.n. i g.p.p.r.p.a., albo zaplanowała w kwotach niższych niż wpływy planowane z opłat na rok bieżący – to wówczas przekazana do **regionalnej izby obrachunkowej** (r.i.o.) uchwała budżetowa zostałaby zakwestionowana z punktu widzenia jej legalności. Niedokonanie przez radę gminy uzupełnień i korekt uchwały budżetowej nakazanych przez r.i.o. – powodowałoby, że budżet w tej części podlegałby zastępczemu ustaleniu przez r.i.o. Zatem to r.i.o. zdecydowałoby o wysokości wydatków i ich podziale na dwa ww. programy.

O ile prawo przesądza, że g.p.p.r.p.a. ustanawiane są na okres roku kalendarzowego, o tyle ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nie określa zakresu czasowego dla realizacji zadań z przewidzianego w niej g.p.p.n. O tym czy w konkretnej gminie program taki będzie „roczny”, czy „kilkuletni” decyduje wójt (burmistrz, prezydent miasta) przygotowujący jego projekt oraz rada gminy (miasta) uchwalająca program. Jak pokazuje praktyka stosowania nowej ustawy – **pierwsze g.p.p.n. uchwalone zostały najczęściej jako programy roczne. Rzadziej uchwalano programy 3-letnie i 5-letnie. W praktyce pojawiły się również przypadki uchwalania takich dokumentów, w których zawarto łącznie zadania rocznego g.p.p.r.p.a. oraz zadania g.p.p.n.** Wyrazem weryfikacji tego pomysłu (usprawnienia) będzie orzecznictwo organów nadzoru nad samorządem terytorialnym i sądów administracyjnych, gdyż prawo mówi o dwóch oddzielnych programach i nie przewiduje bezpośrednio możliwości ich połączenia w jednym dokumencie prawnym.

Z prawnego punktu widzenia, gminny program przeciwdziałania narkomanii, podobnie jak g.p.p.r.p.a. może być realizowany siłami i środkami własnych jednostek organizacyjnych, drogą finansowania usług zamawianych od wykonawców wybieranych w trybie zamówień publicznych oraz droga współpracy (w tym finansowej) pomiędzy gminą a organizacjami pozarządowymi, a także kościołami i związkami wyznaniowymi.

Ocena wykonania budżetu rocznego, z punktu widzenia wykonania zadań g.p.p.n. i g.p.p.r.p.a., dokonywana jest poprzez ocenę przedstawianego radzie gminy sprawozdania z wykonania budżetu i podejmowanie uchwały w sprawie absolutorium. Sprawozdanie z wykonania budżetu składa się do 20 marca kolejnego roku budżetowego. Powyższe reguluje przepis art. 199 powołanej ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych, w obliczu którego przyczyną nieudzielenia absolutorium może być niewykonanie bądź niski poziom wykonania zadań z g.p.p.n., bądź g.p.p.r.p.a.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomani w art. 11 ust. 1 przewiduje, że wójt gminy (burmistrz, prezydent miasta) do dnia 31 marca każdego roku przedstawia radzie gminy (miasta) raport z wykonania gminnego programu przeciwdziałania narkomanii wraz ze wskazaniem efektów jego realizacji. W prawie nie przewidziano natomiast obowiązku sporządzenia analogicznego raportu o wykonaniu g.p.p.r.p.a. Okoliczność ta, wraz z wcześniej wskazanymi nieścisłościami przepisu art. 184 ust. 3 ustawy o finansach publicznych uzasadnia potrzebę dokonania odpowiednich korekt i uzupełnień w przepisach prawa.

Dotowanie działalności organizacji pozarządowych ze środków budżetu państwa i budżetów samorządów terytorialnych.

Podstawową funkcją administracji publicznej, czyli organów administracji rządowej i samorządów terytorialnych, jest wykonywanie zadań publicznych wobec społeczeństwa. Właściwe poszczególnym zadaniom efekty i rezultaty wywodzą się z przepisów Konstytucji i ulegają dalszemu uściśleniu w przepisach ustaw prawa administracyjnego oraz aktach wykonawczych do tych ustaw. Zadania publiczne regulowane w ten sposób obejmują dajmy na to takie dziedziny jak: ochrona przyrody i środowiska,

oświata, pomoc społeczna, czy ochrona zdrowia. Ich wykonywaniu służą zamieszczone w ustawach kompetencje administracji oraz pozostające w dyspozycji administracji środki finansowe i mienie publiczne. Korzystając z dostępnych instrumentów organ musi działać na podstawie prawa oraz w celu wykonania zadań publicznych. Ze szczególną sytuacją mamy do czynienia w przypadkach, gdy zadania publiczne z jednej ustawy zbiegają się z zadaniami z innych ustaw. Przykładem są **zadania z ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi** (tekst jednol.: Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231, z późn. zm.) oraz z ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485; z późn. zm.). Ich wykonawstwo może bazować na stosowaniu instrumentów z ww. ustaw, a także może dokonywać się niejako „przy okazji” realizacji zadań z ustaw dotyczących dajmy na to: ochrony zdrowia, oświaty, pomocy społecznej, czy kultury fizycznej.

Zadania poszczególnych organów administracji i środki ich realizacji powinny być z zasady adekwatne do potrzeb i oczekiwań społecznych. Mimo to administracja nie ma wyłączności w realizacji zadań publicznych, przez co zaspakajaniem niektórych potrzeb społecznych, równoległe do działań administracji, zajmują się organizacje pozarządowe (organizacje non profit) oraz podmioty zorganizowane w ramach struktur kościołów i związków wyznaniowych. (W uproszczeniu będą one dalej określane wspólnym mianem: „organizacje pozarządowe”). Zbieżność celów działania pomiędzy organami administracji i organizacjami pozarządowymi uzasadnia nawiązywanie współpracy. Przyjmuje ona mniej lub bardziej zinstytucjonalizowane formy przewidziane w **ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie** (Dz.U. Nr 96, poz. 873; z późn. zm.) [dalej: „uDPP”]. Według art. 3 ust. 1 uDPP, jeśli działalność społecznie użyteczna organizacji pozarządowej zbiega się z zadaniami publicznymi organu administracji z ustawodawstwa dotyczącego dziedzin wyspecyfikowanych w art. 4 ust. 1 uDPP, wówczas działalność taka określana jest mianem: **działalności pożytku publicznego**. W przeważającej zatem większości przepisów powołana ustawa reguluje zasady, formy i tryb korzystania z działalności pożytku publicznego organizacji pozarządowej przez organy administracji publicznej realizujące swoje zadania publiczne objęte katalogiem z art. 4 ust. 1 uDPP. Poza takimi formami współpracy jak: wymiana informacji o swojej działalności, czy powoływanie wspólnych zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym – za szczególną formę korzystania z działalności pożytku publicznego ustawa uznaje zlecenie organizacji pozarządowej określonego przedsięwzięcia (działania) mieszczącego się w zakresie zadań publicznych zlecającego organu administracji (art. 5 ust. 1 uDPP). Zlecenie zadania może przyjmować dwie postaci:

- **powierzenia przez organ administracji wykonawstwa zadania publicznego** – finansowane przekazywaną na nie dotacją celową z budżetu państwa (zlecenie zadania od organu rządowego) lub dotacją celową z budżetu samorządu terytorialnego (zlecenie zadania od samorządu terytorialnego: gminy, powiatu lub samorządu województwa);
- **wspierania przez organ administracji działania podejmowanego przez organizację pozarządową**, jako działania przyczyniającego się do realizacji zadania publicznego tego organu – dokonujące się drogą uznania (akceptacji) działania oraz jego dofinansowania ze środków dotacji celowej (odpowiednio: z budżetu państwa lub z budżetu jednostki samorządu terytorialnego).

Ustawowy model „powierzenia zadania” obejmuje przedsięwzięcie w całości finansowane z dotacji od danego organu. Natomiast model „wspierania działań organizacji pozarządowej” może bazować na pozyskiwaniu środków od kilku zlecających dane zadanie organów administracji oraz na środkach własnych organizacji pozarządowej (w tym pochodzących od prywatnych sponsorów).

Zagadnienie współpracy w formie zlecania organizacjom pozarządowym wykonawstwa zadań publicznych regulują przepisy art. 11-19 uDPP oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 grudnia 2005 r. w sprawie wzoru oferty realizacji zadania publicznego, ramowego wzoru umowy o wykonanie zadania publicznego i wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania (Dz.U. Nr 264, poz. 2207) [określane dalej, jako: „rozporządzenie M.Pi P.S.”]. Kwestie prawne zlecania zadań z zakresu pomocy społecznej regulowane są odrębnymi przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593; z późn. zm.) i rozporządzeń wykonawczych, mimo to opierają się w większości na rozwiązaniach zbieżnych z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Zastrzec również należy, że w przypadku samorządów terytorialnych prawo wymaga uchwalania dodatkowej jeszcze regulacji prawnej, która dotyczyłaby trybu zlecania zadań nie objętych katalogiem z art. 4 uDPP, jak na przykład zadania z zakresu „promocji gminy (powiatu, województwa)”. Zasady i tryb ich zlecania organizacji pozarządowej określają odrębne uchwały rady gminy, rady powiatu lub sejmiku województwa z art. 176 ust. 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104; z późn. zm.).

W świetle art. 11-19 uDPP oraz rozporządzenia MPiPS procedura powierzenia zadania organizacji pozarządowej lub wspierania jej działań bazuje na następujących założeniach: (1) Organ ogłasza otwarty konkurs ofert. (2) Zgodnie z przyjętym trybem i kryteriami wybierana jest oferta (lub w zależności od treści ogłoszenia o konkursie – kilka ofert). (3) Zawierana jest umowa o zlecenie realizacji zadania publicznego (tj. o powierzenie zadania lub o współfinansowanie działania), która m.in. określa realizowany cel (cele), parametry zadania, kosztorys, tryb i terminy przekazania dotacji, zasady i termin rozliczenia dotacji. (4) Realizacji zadania towarzyszy przekazywanie przyznanej dotacji celowej, finansowanie z niej wydatków objętych kosztorysem oraz kontrola wykonawstwa zadania ze strony organu. (5) Wykonawca składa sprawozdanie oraz rozlicza się z dotacji w terminie i w trybie określonym umową.

Co wymaga podkreślenia w tym miejscu: **o ile samą współpracę administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie widzi w kategoriach szczególnego rodzaju zadania każdego organu administracji, o tyle sięganie po tę formę współpracy nie jest obowiązkiem organu administracji, a stanowi jedynie jego uprawnienie (kompetencję).** Dodatkowo zaznaczyć należy, że o powierzaniu całościowych zadań publicznych ustawa stanowi również poprzez normę z art. 11 ust. 4 i 5, w świetle której **wybór wykonawcy zadania publicznego niekoniecznie musi opierać się na stosowaniu procedury z ustawy o działalności pożytku publicznego i finansowaniu dotacją budżetową, ale może być oparty na innych procedurach.** (Dajmy na to na przepisach o zamówieniach publicznych, bądź przepisach o partnerstwie publiczno-prywatnym). W takich sytuacjach oferta organizacji pozarządowej konkuruje z ofertami innych wykonawców, a zapłatą za zadanie nie jest dotacja budżetowa lecz należność cywilnoprawna za usługę.

O formie współpracy z organizacją pozarządową, a także o trybie realizacji zadania decyduje każdorazowo organ administracji, kierując się między innymi rachunkiem ekonomicznej efektywności poszczególnych działań. W przypadku samorządów terytorialnych, forma współpracy może czasem wynikać z ustaleń „rocznych programów współpracy z organizacjami pozarządowymi” (z art. 5 ust. 4 uDPP), a także ze skorelowanych z nimi gminnych i wojewódzkich „programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych” oraz „programów przeciwdziałania narkomanii”. Adresatami ww. programów są wyłącznie organy administracji, przez co nie mogą one stanowić podstawy dla roszczeń organizacji pozarządowych o współpracę w tam określonych kierunkach i formach.

W załączniku 5. w formie pytań i odpowiedzi znajdują się informacje dotyczące najczęściej zgłaszanych problemów w praktyce udzielania dotacji celowych, kontroli wykorzystywania dotacji oraz rozliczania dotacji.

7.8 Dodatkowe źródła finansowania działań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii

Piotr Szczęsny

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakiego rodzaju źródeł finansowania można wykorzystać do realizacji działań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii?
- Kto i na jakich zasadach może skorzystać z tych źródeł?
- Na co można przeznaczyć te środki?

Główne rodzaje źródeł finansowania

Zasadniczym źródłem finansowania Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii są środki pochodzące z **opłat za wystawienie zezwoleń na handel alkoholem** (tzw. „korkowe”) – w wielu polskich miastach i gminach pozostają one zresztą źródłem jedynym. Tymczasem zgodnie z intencją ustawodawcy są to środki, które są prawnie zagwarantowane na realizację tych działań, co oznacza, że nie można przeznaczyć je na inne cele, natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, aby samorząd dodatkowo przeznaczał na przeciwdziałanie narkomanii środki ze swojego budżetu, gdyż przeciwdziałanie narkomanii jest takim samym zadaniem własnym gminy jak np. utrzymanie szkół, budowa dróg czy wodociągów. Jeżeli jednak takie dofinansowanie nie będzie z jakichkolwiek powodów możliwe, to warto przeanalizować możliwość uzyskania zewnętrznego dofinansowania planowanych działań.

Proponujemy podzielić dostępne źródła finansowania na kilka grup, biorąc pod uwagę pochodzenie środków i skalę realizowanych przedsięwzięć⁸:

- **środki pochodzące z tzw. mechanizmów finansowych** (Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG));
- **ogólnokrajowe programy wykorzystujące środki UE;**
- **programy i środki krajowe.**

Po niektóre rodzaje środków może sięgnąć bezpośrednio samorząd, inne dostępne są tylko dla organizacji pozarządowych czy ZOZ-ów – m.in. dlatego istotne jest aby mieć zidentyfikowanych partnerów, którzy mogą z takiego dofinansowania skorzystać.

Mechanizmy finansowe

www.eog.gov.pl

Pomoc jest udzielana w ramach dwóch instrumentów finansowych (potocznie znanych jako fundusze norweskie): **Norweskiego Mechanizmu Finansowego** i **Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego** (EOG). Darczyńcami są trzy kraje EFTA: Norwegia, Islandia i Liechtenstein.

Oba Mechanizmy zostały objęte jednolitymi zasadami i procedurami oraz podlegają jednemu systemowi zarządzania i wdrażania w Polsce. Funkcję koordynacyjną w tym względzie – jako Krajowy Punkt Kontaktowy – pełni Ministerstwo Rozwoju Regionalnego. Wdrażanie Mechanizmów Finansowych odbywa się na podstawie Programu Operacyjnego, przy uwzględnieniu wytycznych przygotowanych przez państwodawców.

⁸ Programy i instytucje oferujące wsparcie na poziomie lokalnym lub regionalnym nie zostały tu opisane: po pierwsze – ze względu na ich ilość, po drugie – w momencie przygotowywania tej publikacji konkursy na szczeblu lokalnym i regionalnym przeważnie były już rozstrzygnięte.

Środki finansowe mogą być przeznaczone na realizację zadań w postaci:

- pojedynczych projektów,
- grup projektów (programów),
- grantów blokowych (m.in. Fundusz dla Organizacji Pozarządowych).

Pojedyncze projekty – wnioski składają realizatorzy przedsięwzięć, wysokość wnioskowanej pomocy nie może być mniejsza niż 250 000 euro.

Programy – wniosek składa operator programu, który następnie organizuje proces zbierania aplikacji od potencjalnych beneficjentów. Programy składają się z równorzędnych grup oddzielnych projektów skierowanych na osiągnięcie wspólnych przestrzennie/ sektorowo/tematycznie celów. Mają one na celu ułatwienie wdrażania całościowych i bardziej kosztownych strategii.

O dofinansowanie pojedynczych projektów lub programów można ubiegać się w ramach poszczególnych obszarów priorytetowych szczegółowo opisanych w Programie Operacyjnym. Granty blokowe są traktowane horyzontalnie. **Oznacza to w praktyce oddzielne nabory i różne procedury wyłaniania wniosków do dofinansowania w ramach poszczególnych kategorii.**

Działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii mogą być realizowane w ramach *Priorytetu 5. Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem*. Głównym celem tego priorytetu jest poprawa warunków zdrowotnych społeczeństwa poprzez m.in. programy promocji zdrowia i profilaktyki, poprawę jakości usług w jednostkach ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności, usprawnienie podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Rodzaje przedsięwzięć

Do dofinansowania kwalifikują się m.in.: projekty mające na celu integrację ze społeczeństwem środowisk zagrożonych patologią (ze szczególnym uwzględnieniem zwalczania patologii społecznych jak narkomania i alkoholizm) oraz zapobieganie przestępczości nieletnich na przykład dotyczące:

- **zapobiegania uzależnieniom i ich leczenia,**
- wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz rozwiązywania problemów dzieci ze środowisk trudnych,
- **wspierania kół zainteresowań wśród dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych patologią społeczną.**

Ważne informacje!

- Priorytetowo traktowane będą projekty, które swoim zasięgiem obejmą tereny wiejskie oraz małomiasteczkowe (tzn. do 20 000 mieszkańców) oraz projekty o jak największym zasięgu oddziaływania.
- Wydatki inwestycyjne oraz koszty planowanych remontów łącznie nie mogą przekroczyć 70% ogólnej wartości kosztów kwalifikowalnych poszczególnego projektu.
- Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach pojedynczego projektu nie może być mniejsza niż 250 000 euro.
- Wydatki poniesione przed datą podjęcia decyzji o dofinansowaniu nie są kwalifikowalne. Końcowa data kwalifikowalności wydatków zostanie określona w umowie finansowej. Nie może być ona późniejsza niż 30 kwietnia 2011 r.

Współfinansowanie:

- Projekty finansowane z budżetu państwa i/lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego (jst) mogą uzyskać dofinansowanie maksymalnie do 85% całkowitych kosztów kwalifikowalnych.
- W pozostałych przypadkach - maksymalnie do 60% całkowitych kosztów kwalifikowalnych.
- Działania w ramach projektów organizacji pozarządowych (w tym partnerów społecznych) mogą uzyskać dofinansowanie maksymalnie do 90% całkowitych kosztów kwalifikowalnych.

Uprawnieni wnioskodawcy:

Wszystkie instytucje sektora publicznego i prywatnego oraz organizacje pozarządowe utworzone w prawny sposób w Polsce i działające w interesie publicznym, w szczególności:

- publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej,
- minister właściwy do spraw zdrowia,
- minister właściwy do spraw oświaty i wychowania,
- uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- jednostki badawczo-rozwojowe, prowadzące działalność w systemie ochrony zdrowia,
- jednostki samorządu terytorialnego lub działające w ich imieniu jednostki organizacyjne,
- związki, porozumienia i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego,
- organizacje pozarządowe,
- organ prowadzący przedszkole, szkołę lub placówkę edukacyjną (zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o Systemie Oświaty – tekst jednolity: Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 z późn. zm.)

Terminy naborów

Dotychczas⁹ odbyły się dwa nabory wniosków. **Ogłoszenie trzeciego, ostatniego naboru wniosków o dofinansowanie pojedynczych projektów i programów planowane jest na przełom 2007 i 2008 r. Łączna kwota do rozdysponowania w trzecim naborze dla Priorytetu 5 to 12 680 000 euro.**

Instytucja zbierająca wnioski i udzielająca informacji:

Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia
<http://www.bpz.gov.pl/>

Granty blokowe – Fundusz dla Organizacji Pozarządowych (FOP)

Fundusz dla Organizacji Pozarządowych - ustanowiony w ramach Mechanizmów Finansowych, przeznaczony dla organizacji pozarządowych na realizację przedsięwzięć o charakterze niedochodowym, przyczyniających się do zmniejszania różnic ekonomicznych i społecznych w obrębie EOG, zwiększenia roli społeczeństwa obywatelskiego w Polsce oraz zacieśniania współpracy pomiędzy Polską a Państwami – Darczyńcami.

Działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii mogą być realizowane w ramach Komponentu III Równe szanse i integracja społeczna.

Komponent ma na celu rozwiązywanie problemów społeczności lokalnej i regionalnej. Jednym z głównych zadań jest popieranie inicjatyw zwiększających udział społeczny i tworzenie równych szans dla najsłabszych lub dyskryminowanych grup społecznych oraz pomaganie organizacjom pozarządowym w podejmowaniu działań w obszarach, w których rola lub możliwości państwa są ograniczone. Inne zadania zakładają wspieranie inicjatyw kulturowych, jak również promowanie rozwoju lokalnego i regionalnego oraz wymianę doświadczeń w rozwiązywaniu lokalnych problemów. Komponent ma na celu wsparcie organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz poprawy sytuacji grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i ich ponownej integracji z resztą społeczeństwa.

⁹ Dane do publikacji były aktualizowane 10.07.2007 r.

Rodzaje przedsięwzięć

W obszarze tematycznym *Pomoc i wzmocnienie pozycji osób pokrzywdzonych i dyskryminowanych* wspierane będą między innymi następujące działania:

- poprawa usług i działań mających na celu integrację społeczną;
- wzmocnianie pozycji i integracja grup pozbawionych przywilejów (np. osób niepełnosprawnych, starszych, bezdomnych);
- profilaktyka i promocja zdrowia;
- programy terapeutyczne i profilaktyczne dla młodzieży z biednych dzielnic i ze środowisk patologicznych;
- profesjonalizacja usług świadczonych przez organizacje pozarządowe (inwestowanie w infrastrukturę, ustanowienie i wdrażanie standardów usług, tworzenie sieci) – tylko jako temat dodatkowy projektu;
- terapia uzależnień.

W obszarze tematycznym *Wsparcie zrównoważonego rozwoju regionalnego i lokalnego* wspierana będzie między innymi:

- pomoc w organizowaniu grup wsparcia i samopomocy.

W ramach obszaru tematycznego *Aktywizacja zawodowa grup wykluczonych społecznie* wspierane będą między innymi:

- tworzenie Centrów Integracji Społecznej przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym;
- kampanie promujące oraz inne działania wspierające wolontariat w zakresie integracji z rynkiem pracy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Ważne informacje!

- Przedmiotem dofinansowania będą głównie projekty „miękkie” (tj. nieinwestycyjne) – skierowane na zwiększanie różnorodności działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe, propagowanie dobrych praktyk, podnoszenie jakości i skuteczności prowadzonych przez nie działań. Dofinansowanie komponentów „twardych” (inwestycyjnych) jest dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy jest to konieczne i uzasadnione dla właściwego przeprowadzenia podstawowego projektu „miękkiego” (nieinwestycyjnego).
- Minimalna wartość dofinansowania na jeden projekt wynosi 5 000 euro, a maksymalna 250 000 euro.
- Dofinansowaniu podlegają wyłącznie koszty poniesione od dnia podjęcia decyzji o przyznaniu Wnioskodawcy dotacji.
- Działania projektowe nie mogą generować zysku w trakcie realizacji projektu.
- Nie został określony minimalny ani maksymalny czas trwania projektów, jednak muszą one być zrealizowane (zakończone) do końca grudnia 2010 r.
- Promowane będą projekty oparte na partnerstwie z organizacją zagraniczną pochodzącą z krajów EOG. Również utworzenie partnerstwa w ramach projektu z organizacją polską będzie pozytywnie wpływać na ocenę projektu. W przypadku zawiązania partnerstwa międzynarodowego Wnioskodawcą pomocy może być wyłącznie polska organizacja pozarządowa.

Dofinansowaniu w ramach FOP nie mogą podlegać:

- działania polegające na doraźnej pomocy (w tym na bezpośredniej pomocy socjalno-bytowej);
- projekty już trwające lub zakończone;
- działania o charakterze komercyjnym (realizowane dla osiągnięcia zysku);
- działania o charakterze politycznym (związane z działalnością partii politycznych i organizacji je wspierających);
- działania o charakterze religijnym (związane ze sprawowaniem kultu religijnego oraz posługi kapłańskiej);
- działania związane z przygotowaniem i finansowaniem akcji protestacyjnych lub innych form protestu.

Współfinansowanie

- Maksymalna wartość dofinansowania wynosi 90% kosztów kwalifikowalnych projektu.
- Beneficjent ma obowiązek wniesienia wkładu własnego w wysokości co najmniej 10% kosztów kwalifikowalnych. Wkład ten może pochodzić z zasobów własnych wnioskodawcy lub partnerów. Wkład własny może być również zapewniony przez sponsorów.

Uprawnieni wnioskodawcy

Wnioskodawcami w ramach FOP mogą być wyłącznie organizacje:

- mające osobowość prawną
- zarejestrowane co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku
- zarejestrowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- działające na zasadzie non-profit lub non for profit tj. nie dla osiągnięcia zysku lub przeznaczające wygenerowany zysk na cele statutowe

Wnioski o dofinansowanie dla projektów w ramach FOP mogą składać w szczególności:

- fundacje i stowarzyszenia;
- organizacje założone przez kościoły i/lub związki wyznaniowe;
- inne organizacje pozarządowe charakteryzujące się odrębnym statusem prawnym działające dla pożytku publicznego;
- partnerzy społeczni.

Organizacja nie mająca osobowości prawnej lub zarejestrowana krócej niż 12 miesięcy w momencie składania wniosku, nie może być Wnioskodawcą w ramach FOP. Może jednak uczestniczyć w projekcie jako partner, we współpracy z organizacją pozarządową spełniającą kryteria Wnioskodawcy.

Warunki, jakie musi spełnić partner uczestniczący w realizacji projektu w ramach FOP:

- Jest organizacją pozarządową lub inną instytucją (mogą to być władze lokalne, instytucje publiczne, firmy prywatne).
- Pochodzi z krajów: Islandii, Liechtensteinu, Norwegii, Austrii, Belgii, Bułgarii, Cypru, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Litwy, Luksemburga, Łotwy, Malty, Niemiec, Polski, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.
- Ma uzasadniony udział w projekcie w kontekście celów projektu i zaangażowania partnera.
- Działalność partnera w projekcie ma charakter non-profit – partner projektu nie może czerpać zysków z uczestnictwa w projekcie.
- Partner projektu nie musi mieć osobowości prawnej i być zarejestrowany dłużej niż 12 miesięcy licząc od daty złożenia wniosku.

O dofinansowanie nie mogą ubiegać się partie polityczne, organizacje przez nie założone lub powstałe przy ich wsparciu.

Terminy naborów

Planowane jest przeprowadzenie jeszcze dwóch naborów wniosków dla Komponentu III.

1. w I kwartale 2008 r. (planowany budżet 5 000 000 euro);
2. w I kwartale 2009 r. (planowany budżet 2 600 000 euro).

Instytucja zbierająca wnioski i udzielająca informacji:

ECORYS Polska Sp. z o.o.
<http://www.fundusznngo.pl/>

Programy ogólnokrajowe wykorzystujące środki Unii Europejskiej

Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013

<http://www.mrr.gov.pl/ProgramyOperacyjne+2007-2013/Kapitał+Ludzki/>

29 listopada 2006 r. Rada Ministrów przyjęła projekt Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. 11 czerwca 2007 r. zakończyły się negocjacje z Komisją Europejską. W chwili opracowywania tej książki do druku trwają jeszcze prace nad ostateczną wersją Programu Operacyjnego oraz Szczegółowego Opisu Priorytetów. Po uwzględnieniu przez stronę polską uwag zgłoszonych przez Komisję Europejską, Komisja podejmie oficjalną decyzję zatwierdzającą Program. Oczekuje się, że nastąpi to we wrześniu 2007 r.

Priorytety programu:

- I. **Zatrudnienie i integracja społeczna**
- II. **Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących**
- III. Wysoka jakość systemu oświaty
- IV. Szkolnictwo wyższe i nauka
- V. Dobre rządzenie
- VI. Rynek pracy otwarty dla wszystkich
- VII. **Promocja integracji społecznej**
- VIII. Regionalne kadry gospodarki
- IX. Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach
- X. Pomoc techniczna

Według obecnie dostępnych wersji dokumentów, **projekty z zakresu przeciwdziałania narkomanii będą mogłyby być realizowane najprawdopodobniej w priorytecie I, II i VII.**

Instytucje:

- **Instytucja Zarządzająca** – Minister Rozwoju Regionalnego (Departament Zarządzania EFS)
- **Instytucje Pośredniczące:**
 - Priorytet I, II – Minister Pracy i Polityki Społecznej
 - Priorytet VII – zadania będą delegowane do poszczególnych Samorządów Województw

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

<http://www.mrr.gov.pl/ProgramyOperacyjne+2007-2013/Infrastruktura+i+Środowisko/>

29 listopada 2006 r. Rada Ministrów przyjęła projekt Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Trwają negocjacje z Komisją Europejską odnośnie ostatecznego kształtu dokumentu.

Priorytety programu:

- I. Gospodarka wodno-ściekowa
- II. Gospodarka odpadami i ochrona powierzchni ziemi
- III. Zarządzanie zasobami i przeciwdziałanie zagrożeniom środowiska
- IV. Przedsięwzięcia dostosowujące przedsiębiorstwa do wymogów ochrony środowiska
- V. Ochrona przyrody i kształtowanie postaw ekologicznych
- VI. Drogowa i lotnicza sieć TEN-T

- | | |
|-------|---|
| VII. | Transport przyjazny środowisku |
| VIII. | Bezpieczeństwo transportu i krajowe sieci transportowe |
| IX. | Infrastruktura drogowa w Polsce Wschodniej |
| X. | Infrastruktura energetyczna przyjazna środowisku |
| XI. | Bezpieczeństwo energetyczne |
| XII. | Kultura i dziedzictwo kulturowe |
| XIII. | Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia |
| XIV. | Infrastruktura szkolnictwa wyższego |
| XV. | Pomoc techniczna – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego |
| XVI. | Pomoc techniczna – Fundusz Spójności |

Jedyny priorytet związany z opieką zdrowotną to **Priorytet XIII, gdzie głównymi działaniami są rozwój systemu ratownictwa medycznego i inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym** (np. przebudowa, modernizacja obiektów, zakup aparatury obrazowej, zakup aparatów lub urządzeń służących do diagnostyki lub terapii, dostosowanie stanu technicznego infrastruktury do zakupu i użytkowania nowego sprzętu).

Adresatami priorytetu są zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, kolumny transportu sanitarnego, a także publiczne zakłady opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub inną publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Instytucje:

- **Instytucja Zarządzająca** – Minister Rozwoju Regionalnego (Departamentu Koordynacji Programów Infrastrukturalnych)
- **Instytucja Pośrednicząca** dla Priorytetu XIII – Minister Zdrowia

Wspólnotowy program w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003-2008

Podstawą prawną programu jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1786/2002 z dnia 23 września 2002 r. przyjmująca program działań Wspólnoty w obszarze zdrowia publicznego na lata 2003-2008. W Polsce wszelkich informacji na temat tego programu udziela Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Krajowy Punkt Kontaktowy).

www.bpz.gov.pl

W ramach tego programu raz do roku ogłaszano nabory wniosków. Ostatni nabór zakończył się w maju 2007 r. (łącna kwota w ramach zaproszenia do składania wniosków w roku 2007 to 33 800 000 euro). Wg informacji z Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Krajowy Punkt Kontaktowy Programu) – nie wiadomo, czy będzie on kontynuowany w roku 2008, czy też wejdzie wówczas w życie nowy program dotyczący zdrowia publicznego. Dotychczas brak ostatecznej decyzji UE w tej sprawie, należy śledzić rozwój sytuacji. Prawdopodobnie w styczniu/lutym 2008 r. sprawa się wyjaśni.

Główne założenia programu:

- **Konieczność stworzenia międzynarodowego partnerstwa** – projekt składa jeden z partnerów, pełniący funkcję lidera - koordynatora (Biuro Programów Zagranicznych w Ochronie Zdrowia udostępnia informacje na temat podmiotów poszukujących partnerów do współpracy, także niektóre urzędy marszałkowskie prowadzą bazę podmiotów poszukujących partnerów do projektów).
- **Pułap dofinansowania** – maksymalnie **60%** kwalifikujących się wydatków (jedynie w wyjątkowych przypadkach możliwość otrzymania **80%** dotacji).

- Projekty powinny mieć charakter innowacyjny, a okres ich trwania nie powinien przekraczać 3 lat.
- Projekty muszą odpowiadać celom i priorytetom zawartym w dokumentach programowych (**wykaz rodzajów działań kwalifikujących się do dofinansowania zawiera publikowany co roku Plan Pracy – są one podzielone na 3 główne grupy tematyczne: informacja dotycząca zdrowia, zagrożenia dla zdrowia, uwarunkowania zdrowia**).
- Preferowane są projekty na dużą skalę, przynoszące trwałe rezultaty i korzyści na poziomie wspólnotowym.
- Projekty nie mogą mieć celu komercyjnego.
- Aby kwalifikowały się do dofinansowania – koszty w ramach projektów muszą być poniesione dopiero po podpisaniu umowy o przyznaniu dotacji (w wyjątkowych przypadkach jeszcze przed zawarciem umowy, ale po złożeniu wniosku o dofinansowanie).
- Środki finansowe w ramach programu mogą uzyskać „prawnie ustanowione organizacje”.

W Planie Pracy na rok 2007 w sekcji Uwarunkowania zdrowia wśród priorytetów znajdowały się:

- **Wspieranie kluczowych strategii Wspólnoty w sprawie substancji uzależniających, a tu m.in. działania dotyczące narkotyków:**
 - Opracowywanie i udoskonalanie programów profilaktycznych, uwzględniających różnice płci oraz koncentrujących się na określonych kontekstach (np. miejsca pracy).
 - Wdrażanie i zapewnianie trwałości programów ograniczania szkodliwych skutków zażywania narkotyków w grupach narażonych, w celu zapobiegania przenoszeniu chorób zakaźnych (np. gruźlicy, zapalenia wątroby, HIV/AIDS) wśród więźniów, osób przyjmujących narkotyki w drodze iniekcji i ich partnerów seksualnych oraz z matek na dzieci.
 - Opracowanie praktycznych wzorców poprawy dostępności usług socjalnych, psychologicznych i medycznych dla osób zażywających narkotyki, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży.
 - Rozwój i udoskonalanie szkoleń dla profesjonalistów pracujących bezpośrednio z osobami zażywającymi narkotyki (np. w służbach ratunkowych).
- **Zintegrowane podejścia do stylu życia, a tu w zakresie działań dotyczących HIV/AIDS m.in.:**
 - Określanie dobrych wzorców i opracowywanie wytycznych dotyczących kwestii dobrowolnego korzystania z poradnictwa i poddawania się testom na HIV, z uwzględnieniem różnorodności szczególnie narażonych grup (**młodzież, społeczności imigrantów, osoby zażywające narkotyki w drodze iniekcji**).
 - Określanie i rozpowszechnianie praktycznych wzorców w zakresie działań na rzecz ograniczania szkodliwych skutków zażywania **narkotyków** (profilaktyka, leczenie, opieka i wsparcie), koncentrujących się na grupach szczególnie narażonych, zwłaszcza osobach zażywających **narkotyki** w drodze iniekcji.

Wnioski są składane bezpośrednio do Agencji Wykonawczej Programu (*Public Health Executive Agency*), która ma siedzibę w Luksemburgu.

http://ec.europa.eu/phea/calls/call_for_proposals_en.html

Programy i środki krajowe

Program wspierania inicjatyw obywatelskich na rzecz terenów wiejskich

<http://www.efrwp.com.pl>

Celem programu jest pobudzenie aktywności środowisk i organizacji lokalnych oraz stymulowanie lokalnych inicjatyw i współpracy na rzecz rozwoju i promocji wartości związanych z miejscową specyfiką społeczną, kulturową i oświatową. Granty programu w wysokości do 15 tys. zł, udzielane w trybie konkursu projektów – będą stanowić wsparcie dla lepszego wykorzystania potencjału rozwojowego terenów wiejskich, poprawy ich konkurencyjności jako miejsca zamieszkania i pracy. Zakres przedmiotowy grantów udzielanych w ramach niniejszego programu może obejmować przedsięwzięcia/zadania zlokalizowane na terenie wsi lub miast do 10 tys. mieszkańców, dotyczące inicjatyw obywatelskich w następujących dziedzinach:

- oświata;
- **ochrona zdrowia wraz z rehabilitacją leczniczą;**
- zachowanie i odbudowa dziedzictwa kulturowego oraz kreowanie narodowych produktów turystyki kulturowej na terenach wiejskich, w tym w szczególności ochrona i zachowanie obiektów o znaczeniu symbolicznym dla kultury oraz zabezpieczenie zabytków ruchomych i nieruchomych przed kradzieżą.

Uprawnieni wnioskodawcy:

O granty mogą ubiegać się organizacje pozarządowe oraz zorganizowane grupy osób/członków lokalnych społeczności, realizujące przedsięwzięcia w zakresie inicjatyw obywatelskich.

Termin naboru wniosków:

W ramach czwartej edycji konkursu wnioski o granty są przyjmowane **od początku maja do końca września 2007, lub do wcześniejszego wyczerpania środków Programu (wg informacji na dzień 10.07.2007 – jeszcze można składać wnioski)**. Rozpatrywanie wniosków, które wpłyną do Fundacji w ciągu każdego miesiąca, począwszy od maja 2007, będzie odbywać się w ciągu miesiąca następnego (np. wnioski, które wpłynęły w maju, zostały rozpatrzone do końca czerwca), z zachowaniem uwarunkowań i trybu ustalonego w regulaminie programu i zasadach kwalifikacji projektów.

Instytucja zbierająca wnioski i udzielająca informacji:

Fundacja na Rzecz Rozwoju Wsi Polska Wieś 2000 im. Macieja Rataja
<http://www.efrwp.com.pl/polish/aktualnosci/>

Dotacje Fundacji Kronenberga

www.kronenberg.org.pl
http://www.citibank.pl/poland/kronenberg/polish/index_1386.htm#wnioski

Fundacja Kronenberga wspiera działania na rzecz dobra publicznego w zakresie edukacji i rozwoju lokalnego, finansując inicjatywy dotyczące edukacji ekonomicznej, innowacji w zakresie edukacji, dziedzictwa kulturowego i tradycji, twórczości artystycznej dzieci i młodzieży, polityki społecznej i nauki przedsiębiorczości.

Finansuje takie działania, jak m.in.: warsztaty, szkolenia, konkursy, olimpiady, organizowanie pracowni edukacyjnych.

Fundacja nie finansuje: przedsięwzięć realizowanych dla osiągnięcia zysku, kosztów bieżącej działalności organizacji, projektów inwestycyjnych (w tym budów, remontów), projektów realizowanych za granicą, przedsięwzięć religijnych i politycznych, konferencji, sympozjów, seminariów, zakupów wyposażenia pracowni komputerowych, wydawnictw, imprez okolicznościowych (festiwali, koncertów, przedstawień teatralnych, jubileuszy, wystaw etc.), obozów, kolonii, rajdów, przedsięwzięć sportowych, stypendiów, kapitałów żelaznych.

Wsparcie jest udzielane projektom w dwóch obszarach:

- **Edukacja**
 - Innowacje w edukacji
 - Edukacja ekonomiczna
 - Dziedzictwo kulturowe i tradycje
 - Twórczość artystyczna dzieci i młodzieży
- **Rozwój lokalny**
 - Priorytety opieki zdrowotnej
 - Polityka społeczna
 - Nauka przedsiębiorczości

Ważne informacje!

- Fundacja nie określa maksymalnej ani minimalnej kwoty przyznawanych dotacji.
- Wkład własny nie jest formalnie wymagany, jednak zwiększa on szansę na realizację projektu zgodnie z jego założeniami, a to z kolei zwiększa szansę na uzyskanie dofinansowania z Fundacji.
- Fundacja udziela wsparcia na projekty realizowane w okresie do 12 miesięcy. Możliwe jest przedłużenie terminu realizacji dotowanego projektu pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody Fundacji.

Uprawnieni wnioskodawcy:

O dotacje mogą wnioskować fundacje, stowarzyszenia, szkoły, domy kultury, biblioteki oraz jednostki samorządu terytorialnego działające na rzecz dobra publicznego.

Fundacja nie finansuje: osób fizycznych, podmiotów prawa handlowego.

Wnioski o dotacje na projekty o charakterze ponadlokalnym, tzn. realizowane na obszarze większym niż jedno województwo i adresowane do odbiorców z obszaru większego niż jedno województwo przyjmowane są przez **biuro Fundacji**.

Terminy składania wniosków:

- do 8 października 2007 r. (decyzja – 20 grudnia 2007 r.)
- do 15 lutego 2008 r. (decyzja – 9 maja 2008 r.)

Wnioski o dotacje na projekty o charakterze lokalnym, tzn. realizowane na obszarze nie przekraczającym jednego województwa i adresowane do odbiorców z obszaru nie przekraczającego jednego województwa należy składać w jednej z właściwych terytorialnie **placówek Citi Handlowy. Wyjątek stanowią instytucje z terenu województwa mazowieckiego. Wnioski o dotacje na projekty o charakterze lokalnym od instytucji z województwa mazowieckiego przyjmowane są wyłącznie przez biuro Fundacji.**

Terminy składania wniosków

- do 16 sierpnia 2007 r. (decyzja – 18 października 2007 r.)
- do 14 grudnia 2007 r. (decyzja – 21 marca 2008 r.)
- do 2 kwietnia 2008 r. (decyzja – 16 czerwca 2008 r.)

Równać szanse

<http://www.rownacszanse.pl/strona.php?p=413>

Podstawowym celem programu Równać Szanse jest **wsparcie inicjatyw społecznych służących wyrównywaniu szans edukacyjnych**, a tym samym startu życiowego dzieci i młodzieży z terenów wiejskich oraz miejscowości do 20 tys. mieszkańców.

Poprzez wspieranie inicjatyw społecznych Program „Równać Szanse” dąży do:

- podniesienia jakości pracy z młodymi ludźmi w szkole i w warunkach pozaszkolnych;
- integracji środowisk lokalnych wokół edukacji;
- podniesienia jakości edukacji;
- stworzenia sieci organizacji pozarządowych współpracujących z młodzieżą;
- aktywizacji młodych ludzi do działań na rzecz własnego środowiska lokalnego oraz rówieśników.

Tegoroczna edycja Regionalnego Konkursu Grantowego będzie ogłoszona 1 sierpnia 2007 r. Zasady konkursu, wnioski i kryteria oceny będą umieszczone na stronie programu www.rownacszanse.pl oraz na stronach internetowych Partnerów Regionalnych.

Partnerzy Regionalni będą organizatorami konkursu w następujących województwach:

- Stowarzyszenie Tratwa z Olsztyna – warmińsko-mazurskie, podlaskie, mazowieckie;
- Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu Słupsk – pomorskie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie;
- Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu Lublin – lubelskie, podkarpackie, małopolskie, świętokrzyskie;
- Kłodzkie Towarzystwo Oświatowe – opolskie, dolnośląskie, śląskie;
- Stowarzyszenie Centrum Promocji i Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich PISOP z Poznania – wielkopolskie, lubuskie, łódzkie.

7.9 Analiza ryzyka, działania zapobiegawcze

Beata Kozłowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Dlaczego należy analizować ryzyko związane z realizacją programu?
- Jakie główne obszary ryzyka należy przeanalizować?
- W jaki sposób zarządzać ryzykiem w programie?

Źródła ryzyka

Każde przedsięwzięcie obarczone jest określonym poziomem ryzyka i nigdy nie da się go całkowicie wyeliminować. Wielkość ryzyka zależy od rodzaju realizowanego przedsięwzięcia. Projekty innowacyjne oraz o dużej skali i wysokim stopniu złożoności obciążone są większym ryzykiem od przedsięwzięć, które choć złożone i znaczące, były już wcześniej realizowane i można skorzystać z doświadczeń uzyskanych w trakcie ich wdrażania. W przypadku wielu społeczności lokalnych kompleksowe podejście do przeciwdziałania narkomanii wyrażające się opracowywaniem i wdrażaniem wieloletnich programów gminnych jest działaniem innowacyjnym i złożonym, tym samym w wysokim stopniu narażonym na ryzyko.

Co jest źródłem ryzyka? Ryzyko związane jest z niepewnością dotyczącą rezultatów podejmowanych działań. Im mniej wiemy o możliwych konsekwencjach podejmowanych decyzji, tym ryzyko jest większe. Im większa jest pewność (wynikająca z posiadanych informacji) co do uzyskiwanych rezultatów, tym ryzyko jest mniejsze. Osoby posiadające doświadczenie w realizacji różnego rodzaju przedsięwzięć doskonale zdają sobie sprawę z tego, jak niebezpieczne może być ignorowanie ryzyka lub lekceważenie jego skutków. Nie bez przyczyny w dziedzinie zarządzania wyodrębniła się specjalizacja zarządzanie ryzykiem.

Warto zaznaczyć, że **skutki ryzyka mogą być pozytywne lub negatywne**. Skutki pozytywne to możliwości, z których można skorzystać, a skutki negatywne to zagrożenia dla realizacji celów przedsięwzięcia. Takie podejście do skutków ryzyka jest wykorzystywane w analizie SWOT. Specjaliści z zakresu zarządzania zalecają, aby bardziej koncentrować się na zagrożeniach niż na możliwościach, ponieważ faktyczne możliwości pojawiają się dużo rzadziej niż rzeczywiste zagrożenia (i nie grożą negatywnymi konsekwencjami). Dlatego w dalszej części tego rozdziału, mówiąc o ryzyku będziemy mieli na myśli jego negatywne konsekwencje.

Postępowanie z ryzykiem i jego konsekwencjami w większości podejść proponowanych w literaturze fachowej opiera się na czterech etapach.

Rysunek 19. Etapy analizy ryzyka



Źródło: opracowanie własne.

Identyfikacja ryzyka

W celu ograniczenia ryzyka należy podjąć próbę zidentyfikowania jak największej liczby czynników, które mogą mieć wpływ na powodzenie podejmowanego przedsięwzięcia. Im bardziej przyłożymy się do tego zadania, tym lepiej poznamy zakres ryzyka projektu. Nie ma żadnej złotej recepty ani specjalnego narzędzia ułatwiającego wykonanie tego działania. Jak określił to Gary R. Heerkens, wymaga ono dobrej znajomości przedsięwzięcia, sporego intelektu oraz zdolności spekulacyjnych.

Wydaje się, że w identyfikacji ryzyka dobre efekty przyniosłaby technika **burzy mózgów**, w trakcie której cały zespół pracujący nad przygotowaniem gminnego programu przeciwdziałania narkomanii rozważałby możliwe scenariusze rozwoju wypadków, które mogłyby negatywnie wpłynąć na realizację programu.

Ryzyko związane z realizacją przedsięwzięć może dotyczyć:

- **przedmiotu przedsięwzięcia**, np. w trakcie jego realizacji zmieniają się cele programu oraz realizowane działania;
- **harmonogramu realizacji**, np. czas trwania działań zostanie niedoszacowany;
- **Zasobów ludzkich**, np. zmiana składu zespołu realizującego program, niewystarczające kompetencje osób zaangażowanych w realizację działań w ramach programu;
- **zasobów fizycznych**, np. zagrożenia dotyczące lokalizacji i wyposażenia obiektów, w których prowadzone będą działania w ramach programu;
- **reakcji społecznych**, np. niezrozumienie istoty działań wśród społeczności lokalnej i władz;
- **relacji interpersonalnych**, np. konflikty pomiędzy członkami zespołu i decydentami;
- **organizacji**, np. problemy z komunikacją pomiędzy członkami zespołu i instytucjami biorącymi udział w realizacji programu;
- **kwestii osobowych**, np. choroba jednego z pracowników;
- **wydarzeń zewnętrznych**, np. zmiany prawne, polityczne, technologiczne, klęski żywiołowe.

Ocena ryzyka

W dalszej kolejności każdy zidentyfikowany czynnik powinien zostać oceniony pod kątem prawdopodobieństwa wystąpienia i skutków, jakie może wywołać.

Dobrym przykładem znaczenia analizy ryzyka w planowaniu przedsięwzięć może być fabuła jednego z amerykańskich filmów z gatunku sądowych. Opiera się ona na przedstawieniu sporu dwóch firm prawniczych: jednej, reprezentującej koncern samochodowy i drugiej, będącej pełnomocnikiem grupy klientów tego koncernu. Koncern został oskarżony o wypuszczenie na rynek samochodu z wadą konstrukcyjną, co doprowadziło do utraty zdrowia i życia wielu ludzi. Punktem zwrotnym całej akcji było ujawnienie informacji o tym, iż władze koncernu, dowiedziawszy się o poważnej wadzie konstrukcyjnej samochodu, skorzystały z usług specjalisty w zakresie oceny ryzyka, by na tej podstawie podjąć decyzję o wycofaniu samochodów z rynku. Specjalista oszacował prawdopodobieństwo wystąpienia awarii i jej skutki dla pasażerów samochodu. Oceniał także szacunkową liczbę poszkodowanych osób, które prawdopodobnie wystąpią o odszkodowania sądowe, oraz wysokość ewentualnych odszkodowań. Zgodnie z prognozą specjalisty, koszty wycofania samochodów z rynku okazałyby się większe niż wielkość sumy potencjalnych odszkodowań. Abstrahując od dość ponurej wymowy tej historii, został w niej pokazany proces prowadzenia oceny ryzyka. Nawiasem mówiąc, specjalista pomylił się, ponieważ sąd usłyszawszy o tych faktach, zwiększył sumę odszkodowań kilkudziesięciokrotnie.

Analiza ryzyka w praktyce sprowadza się do określenia, którymi ze zidentyfikowanych zagrożeń powinniśmy się zająć, a które z zagrożeń mieszczą się w zakresie naszej tolerancji na ryzyko. Lista zidentyfikowanych ryzyk, która powstała na pierwszym etapie naszych działań, może być bardzo obszerna.

Zaleca się, aby utrzymać ją w rozsądnych granicach – najwyżej kilkanaście pozycji. Tak, czy inaczej, może to być dość obszerne zestawienie i jeżeli mielibyśmy się zajmować każdym rodzajem ryzyka, które zostało zidentyfikowane, mogłoby się okazać, że zabraknie nam czasu na realizację zaplanowanego przedsięwzięcia.

W trakcie wykonywania analizy ryzyka niezbędne jest korzystanie z wyników oceny zagrożeń, a więc **oceny prawdopodobieństwa wystąpienia danego zagrożenia oraz skutków jego oddziaływania**. Warto przyjąć punktową skalę oceny i poprosić każdego z członków zespołu, aby w tej skali ocenił każde z zagrożeń. Przyjmując dziesięciopunktową skalę, w której 1 oznacza niskie prawdopodobieństwo lub małe skutki zagrożenia, zaś 10 – wysokie prawdopodobieństwo lub dużą skalę oddziaływania, zagrożenia, która otrzymały mniej niż 3-4 punkty można zignorować (tolerować). Pozostałe należy uszeregować i podjąć decyzje, wobec których w pierwszej kolejności zostaną podjęte odpowiednie kroki. Wspomniany wcześniej Gary R. Heerkens za rozsądną liczbę zagrożeń, wobec których będzie planowana reakcja, uznaje pięć.

Poniżej przedstawiono przykładową tabelę z oceną ryzyka, w której obie oceny: prawdopodobieństwa i skali stanowią podstawę do obliczenia **istotności** danego ryzyka (iloczyn prawdopodobieństwa i skali oddziaływania).

Tabela 10. Ocena istotności ryzyk – przykład

Ryzyko	Prawdo- podobieństwo [a]	Efekt (skala) [b]	Istotność (waga) [a · b]
Choroba szefa zespołu	2	3	6
Sprzeciw społeczności lokalnej odnośnie lokalizacji świetlic socjoterapeutycznych	4	9	36
Niewystarczająca liczba oraz kwalifikacje osób odpowiedzialnych za realizację działań edukacyjnych skierowanych do młodzieży	3	6	18
Zmiana nastawiania do programu po wyborach samorządowych	3	9	27

Źródło: opracowanie własne.[BB8]

Warto jeszcze wspomnieć o jednej zależności. Jeżeli w trakcie analizy zagrożeń zostaną zidentyfikowane takie, które wystąpią na pewno – program powinien zostać przeformułowany, a jeżeli nie jest to możliwe – należy zastanowić się, czy powinien być realizowany. Przeformułowanie powinno mieć miejsce także wtedy, kiedy zidentyfikowane zagrożenie jest zależne od nas – realizatora przedsięwzięcia.

Końcowym efektem naszej pracy powinna być krótka lista tych zagrożeń, które nie są zależne od realizatora programu, są istotne i jest prawdopodobne, że mogą wystąpić lub trudno jest określić ich prawdopodobieństwo.

Reakcja na ryzyko

Identyfikacja potencjalnych zagrożeń już na etapie planowania projektu pozwala z dużym wyprzedzeniem na przygotowanie różnych **wariantów planów awaryjnych**. Każdy problem, który może wystąpić posiada kilka rozwiązań. Poszczególne rozwiązania różnią się od siebie kosztami, wymaganiami odnośnie zasobów oraz efektami, jakie za sobą niosą. Oprócz analizy kosztowej poszczególnych rozwiązań, warto także wcześniej przeanalizować, jakie zasoby będą potrzebne do zastosowania konkretnego rozwiązania oraz sprawdzić, czy będą one dostępne.

Z dwojga złego: albo jak najmniej błędzić, ale i mało tworzyć pozytywnie, albo starać się o to, aby stosunek pozytywnych rezultatów do chybionych był jak największy, wybierać lepiej drugie, chociażby to była droga akceptująca wiele chybionych tworów. W każdej sferze czynów, a i w nauce też, postulat absolutnej poprawności działa hamująco na impet twórczy.

Tadeusz Kotarbiński

Generalnie podejście do zagrożeń może być różne. Można podjąć działania na rzecz **zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka**, można skupić się na **łagodzeniu jego skutków**, stworzyć plany rezerwowe, przeformułować program tak, aby uniknąć ryzyka, ubezpieczyć się od jego wystąpienia, czyli przenieść finansową odpowiedzialność za skutki ryzyka na kogoś innego. Decyzja należy do nas.

Tabela 11. Reakcja na ryzyko – przykład

Ryzyko	Prawdopodobieństwo	Efekt (skala)	Istotność (waga)	Przeciwdziałanie
Sprzeciw społeczności lokalnej odnośnie lokalizacji świetlic socjoterapeutycznych.	4	9	36	•Przeprowadzić badanie dot. postrzegania przez społeczność lokalną problematyki przeciwdziałania narkomanii. •Przygotować i przeprowadzić kampanię informacyjną dostosowaną do obaw prezentowanych przez społeczność lokalną.
Niewystarczająca liczba oraz kwalifikacje osób odpowiedzialnych za realizację działań edukacyjnych skierowanych do młodzieży.	3	6	18	•Zbadać aktualne kompetencje osób, które prowadziły będą działania merytoryczne w ramach programu. •Ustalić ewentualne potrzeby szkoleniowe tych osób oraz stworzyć im możliwość podniesienia kwalifikacji. •Przygotować i przeprowadzić rekrutację nowego personelu.
Zmiana nastawiania do programu po wyborach samorządowych.	3	9	27	•Przygotować zbiór informacji na temat programu dla nowych władz. •Przygotować i przeprowadzić akcję promocyjną projektu skierowaną do mieszkańców. •Podjąć działania na rzecz promocji projektu wśród obecnych radnych.

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzając analizę ryzyka programu warto zbadać, czy proponowane rozwiązania nie powielają utartych stereotypów w zakresie działań profilaktycznych. Od właściwego dobrania adresatów oraz instrumentów działań zależy skuteczność realizowanych programów. Kilka wskazówek mogących ograniczyć ryzyko nieskuteczności strategii przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym odnaleźć można w rozdziale VII *Realizacja programów profilaktycznych – pułapki i paradoksy publikacji „Profilaktyka w środowisku lokalnym”* (praca zbiorowa pod redakcją Grażyny Świątkiewicz, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, dostępna na stronie internetowej: www.narkomania.gov.pl/profilaktyka.pdf).

Warto zapamiętać!

- Każde działanie obarczone jest określonym ryzykiem i nigdy nie da się go w całości wyeliminować.
- Jeżeli zidentyfikuje się istotne ryzyka, które wystąpią na pewno, przedsięwzięcie powinno zostać przeformułowane lub czasami nawet zaniechane.
- Identyfikacja potencjalnych ryzyk już na etapie przygotowywania przedsięwzięcia umożliwia z dużym wyprzedzeniem opracowanie różnych wariantów planów awaryjnych.

Literatura:

- Yee Yee Chong, May Brown E., *Zarządzenie ryzykiem projektu*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2001.
- Bywalis-Jodlińska M., *Kontrola i zarządzanie ryzykiem*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu *Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej*).
- Heerkens G. R., *Jak zarządzać projektami*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2003.
- Mignus N., *Zarządzanie projektami*, Wydawnictwo Helion, 2002.

7.10 Trwałość i rozprzestrzenianie efektów programu

Anna Hejda
Beata Kozłowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Dlaczego trwałość i rozprzestrzenianie efektów projektów są ważnymi elementami programów publicznych?
- Jakie działania mogą wspomóc osiągnięcie trwałości efektów programu?

Trwałość efektów programu

Każdemu człowiekowi, który podejmuje wysiłek i wydaje środki finansowe w określonym celu, zależy na tym, aby osiągnięty sukces był długotrwały, a więc by jak najdłużej utrzymywać związane z jego osiągnięciem korzyści. Podobnie jest w przypadku programów działań społecznych.

Jednym z podstawowych wymogów, jakie powinien spełnić każdy program, jest **trwałość zmian dokonywanych w wyniku jego realizacji**. Przypomnijmy, że program jest zbiorem projektów / aktywności / przedsięwzięć, których wspólnym celem jest skuteczna walka z problemem, dotyczącym społeczność lokalną. Im efekty tej walki będą bardziej trwałe, tym większe korzyści odniesie społeczność, z jednej strony poprzez możliwość korzystania ze społecznych efektów programu, a z drugiej poprzez ograniczenie wydatków na walkę z problemem oraz na usuwanie negatywnych skutków, jakie ten problem ze sobą niesie.

Omawiając zagadnienie trwałości efektów programu warto zwrócić uwagę i na to, że szczególnie w przypadku środków publicznych niezwykle istotne jest, aby były one wydawane w sposób optymalny, a więc nie służyły organizowaniu tylko jednorazowych akcji, ale tworzyły trwałe rozwiązania, dzięki którym takie akcje będzie można w sposób efektywny i skuteczny **przeprowadzać wielokrotnie**. W tym kontekście trwałość efektów programu to także możliwość korzystania z narzędzi, jakie powstały w trakcie realizacji programu.

Trwałość efektów programu jest oceniana na poziomie celów strategicznych. W trakcie takiej oceny bada się, **czy wprowadzone zmiany są trwałe oraz na ile utrzymują się po zakończeniu finansowania**. Miejsce pomiaru trwałości – poziom celów strategicznych – pokazuje, że trwałość jest wynikiem końcowym całej logiki interwencji, a więc zależy od szeregu czynników, m.in. od tego czy trafnie zostały zidentyfikowane problemy dotyczące społeczność lokalną i ich przyczyny, czy realizowane projekty były skuteczne w osiąganiu celów szczegółowych programu oraz jaki jest stosunek włożonych środków finansowych do podejmowanych działań i uzyskiwanych wyników.

Kluczowym dla zagadnienia trwałości efektów programu wydaje się być zatem moment wyboru projektów/aktywności, w którym podejmowana jest decyzja, jaki środek zostanie zastosowany, aby założony cel został osiągnięty. Wybrany projekt nie tylko powinien być **skuteczny** w osiąganiu tego celu, ale także ekonomicznie opłacalny pod względem uzyskiwanych rezultatów (wytworzonych dóbr i usług oraz korzyści otrzymywanych w wyniku korzystania z tych dóbr i usług). Powinien także pozostawić po sobie konkretne rozwiązania, narzędzia, środki, które będą mogły być wykorzystywane w przyszłości do realizacji podobnych przedsięwzięć. Materialne efekty projektu powinny być dostępne dla osób zainteresowanych długo po zakończeniu realizacji projektu, dlatego planując projekt, warto przewidzieć odpowiednie środki, aby ten wymóg mógł być realizowany. W sytuacjach, w których w wyniku realizacji projektu dochodzi do powstania nowego bytu, np. punktu doradztwa dla osób zagrożonych narkomanią należy dłożyć wszelkich starań, żeby taki punkt kontynuował swoją działalność także po zakończeniu finansowania przez program. **Utworzyć nową instytucję jest stosunkowo łatwo, dużo trudniej jest sprawić, żeby prowadzona przez nią działalność była skutecznie kontynuowana**, a tylko wtedy można mówić o uzyskaniu trwałych efektów programu.

Rozpowszechnianie efektów programu

W rozdziale 7.3 wskazano, że program, po uchwaleniu przez radę gminy, powinien zostać upowszechniony wśród społeczności tak, aby zainteresowane osoby, grupy czy instytucje mogły dowiedzieć się, jaka jest skala zagrożenia problemem narkomanii w gminie i jakie działania podejmuje wspólnota lokalna, aby sobie z tym problemem poradzić. Oprócz **działań na rzecz popularyzacji zawartości programu** tuż po jego opracowaniu i przyjęciu, należy także pamiętać o zaplanowaniu, a następnie wykonaniu **działań na rzecz rozprzestrzenienia efektów programu po zakończeniu jego realizacji**. Głównym celem tych działań jest **umożliwienie innym podmiotom wykorzystania doświadczeń uzyskanych w wyniku realizacji programu** do przygotowania podobnych działań w innych gminach lub w zbliżonych obszarach problemowych, na przykład do przeciwdziałania alkoholizmowi. Z tego względu konieczne jest udostępnianie pełnej informacji o programie, a więc mówienie **zarówno o sukcesach, jak też o porażkach i błędach**, jakie zostały popełnione przy jego realizacji. Dzięki temu dobre, sprawdzone rozwiązania będą mogły – po adaptacji do lokalnych warunków – być z powodzeniem stosowane przez innych. Z kolei te działania, których efekty nie były zbyt spektakularne, biorąc pod uwagę włożony wysiłek i wydatkowane środki finansowe, w wyniku gruntowanej analizy mogą zostać udosконаlone i stać się podstawą nowych, bardziej efektywnych działań. Informacja o popełnionych przez nas błędach może ustrzec innych przed popełnieniem takich samych lub podobnych pomyłek. Pozwoli to w skali globalnej na zwiększenie skuteczności i efektywności działań na rzecz zmniejszenia zagrożenia narkomanią, czy też patrząc na to szerzej, zagrożeń różnego typu uzależnieniami.

Przedmiotem działań na rzecz rozprzestrzenienia efektów programu powinny być wszelkie informacje związane z jego realizacją, a więc zarówno dotyczące:

- **bezpośrednio podejmowanych działań merytorycznych** (konkretnych projektów/aktywności),
- **kwestii organizacyjnych** (np. w jaki sposób została zorganizowana współpraca różnych instytucji),
- **działań informacyjnych** (np. jakie kanały informacyjne i jakie środki przekazu były najbardziej skuteczne),
- **działań ewaluacyjnych** (skąd czerpano dane do wskaźników osiągnięcia celów, w jaki sposób zapewniono ich wiarygodność),
- **metodologii planowania** (np. w jaki sposób dokonano tak precyzyjnego oszacowania skali zagrożenia narkomanią, jakie źródła informacji zostały wykorzystane).

Adresatami działań na rzecz rozprzestrzeniania efektów programu będą przede wszystkim inne **samorządy lokalne**, szczególnie te, których sytuacja jest podobna do gminy, w której program był realizowany (ze względu na możliwość wykorzystania doświadczeń) oraz **instytucje publiczne i prywatne, organizacje społeczne, osoby zainteresowane problematyką przeciwdziałania narkomanii**. W trakcie planowania działań upowszechniających nie można także zapominać o **społeczności lokalnej**, która także powinna otrzymać informację na temat efektów programu, który był realizowany przy wykorzystaniu środków z budżetu gminy.

Planując realizację programu, warto zastanowić się nad tym, **kiedy i w jakiej formie** działania upowszechniające efekty programu mogą być wykonywane. Biorąc pod uwagę, że przedmiotem upowszechniania są efekty programu, aby to działanie mogło być wykonywane, program powinien zostać zakończony i oceniony. Tylko w takim wypadku dostępne są kompletne informacje, które mogą być pomocne dla innych. Jednak ze względu na to, że program przeciwdziałania narkomanii ma charakter wieloletni, warto rozważyć podejmowanie działań upowszechniających już w trakcie realizacji, po zakończeniu wykonywania poszczególnych projektów/aktywności. Dzięki temu informacja o uzyskiwanych rezultatach może być dostępna wcześniej, zwiększa się częstotliwość działań informacyjnych, co nie pozostaje bez wpływu na wzrost zainteresowania samym programem. Oczywiście po zakończeniu programu, kiedy pełna informacja o jego efektach będzie dostępna, działania upowszechniające należy powtórzyć.

Forma działań upowszechniających efekty programu może być różna, od zamieszczenia rzetelnego i szczegółowego sprawozdania z realizacji programu/projektu na stronie internetowej gminy, po przesłanie materiałów informacyjnych do zainteresowanych podmiotów, w tym prasy fachowej czy organizacja spotkania informacyjnego. Podczas takiego spotkania osoby zainteresowane będą mogły m.in. otrzymać informacje o programie, jego efektach, zapytać osoby, które bezpośrednio były zaangażowane w realizację programu o doświadczenia, pozyskać gotowe, sprawdzone rozwiązania dotyczące różnych jego aspektów.

Trwałość i rozprzestrzenianie efektów działań można uzyskać m.in. poprzez upowszechnianie informacji o naszych doświadczeniach za pośrednictwem sieci internetowej. Na poziomie europejskim prowadzony jest m.in. międzynarodowy projekt *European Drug Demand Reduction Action* (EDDRA) – „Europejskie Działania Ograniczające Popyt na Narkotyki.” Elementem tego przedsięwzięcia jest program *Ewidencjonowanie i Ocena Polskich Programów Ograniczających Popyt na Narkotyki*, realizowany przez Krajowe Biuro Centrum Informacji o Narkotykach (www.narkomania.gov.pl/eddra.htm). Celem projektu EDDRA jest dostarczenie europejskim realizatorom programów ograniczających popyt na narkotyki szerszej bazy informacji na temat programów spełniających kryteria dobrej jakości. Opisy najbardziej wartościowych przykładów projektów realizowanych w krajach europejskich, w tym w Polsce, znaleźć można na stronie internetowej *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (www.emcdda.europa.eu) – angielska wersja językowa. Kilka z nich zostało streszczonych w rozdziale 5.1.

Warto zapamiętać!

- Zapewnienie rozprzestrzeniania efektów działań jest szczególnie istotne w przypadku programów finansowanych ze środków publicznych. Pozwala to wykorzystywać zdobyte doświadczenia w efektywnym i skutecznym przygotowywaniu podobnych przedsięwzięć przez inne podmioty.
- Oprócz opisu bezpośrednich działań merytorycznych przedsięwzięć upowszechnieniu powinny podlegać również informacje dotyczące kwestii organizacyjnych, działań informacyjnych, ewaluacyjnych czy metodologii planowania.

Literatura:

- Heerkens G. R., *Jak zarządzać projektami*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2003.

8.

***Wdrażanie,
monitorowanie i ewaluacja
Gminnego Programu
Przeciwdziałania Narkomanii***



8.1 Koordynacja i zarządzanie

Anna Hejda

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- *Jakie narzędzia zarządzania projektami można i należy wykorzystać w koordynacji i zarządzaniu pracami nad przygotowaniem programu przeciwdziałania narkomanii?*

Przygotowanie programu przeciwdziałania narkomanii będzie zadaniem realizowanym przez zespół. Aby działanie, w którym będą brali udział partnerzy reprezentujący różne instytucje, zakończyło się sukcesem, musi być odpowiednio koordynowane i zarządzane. Powinny w tym przypadku być stosowane narzędzia zarządzania zespołami przy realizacji projektów.

Do **narzędzi koordynacji i zarządzania**, które można wykorzystać przy opracowywaniu i realizacji programu zaliczamy:

- analizę zasobów ludzkich – jest to analiza potrzebnych predyspozycji i kompetencji oraz zestawienie tych informacji z predyspozycjami i kompetencjami ludzi, których chcemy widzieć w zespole realizującym;
- dokonanie przydziału zakresu obowiązków, definicja oczekiwanych rezultatów wymaganych od poszczególnych członków zespołu;
- określenie zasad komunikacji w zespole (formy kontaktów bieżących, częstotliwość spotkań, częstotliwość raportowania);
- zarządzanie projektem przy użyciu harmonogramu i budżetu;
- monitoring projektu;
- wprowadzanie systemu działań korygujących.

Efektywny zespół realizujący to taki, w którym jego członkowie posiadają niezbędną wiedzę, kompetencje i cechy osobowości potrzebne do realizacji zadania. Tworząc zespół należy zacząć od zdefiniowania warunków jakie powinni spełniać jego członkowie, a dopiero potem „dopasowywać” do nich osoby. Każdy z członków zespołu powinien otrzymać informację na czym będzie polegało jego zadanie, ile czasu zajmie praca w zespole, jaka będzie struktura zespołu. W przypadku zadań bardziej skomplikowanych każdy powinien wiedzieć do kogo może się zwrócić z pytaniami i wątpliwościami. Najczęściej jest tak, że kolejne fazy realizacji zadania (analiza, diagnoza, wyznaczenie celów) muszą być realizowane w odpowiedniej kolejności. Dlatego należy ułożyć harmonogram pracy zespołu, aby jego członkowie wiedzieli co i na kiedy mają zrobić.

Praca zespołowa będzie efektywna tylko wtedy, gdy będzie dobrze zorganizowana, a członkowie zespołu będą się w sposób skuteczny komunikować. Podstawowymi narzędziami koordynacji są harmonogram i budżet. Warto na klasyczny harmonogram Gantta (omawiany w tym podręczniku) nanieść oprócz czasu informacje jakie osoby będą poszczególne zadania realizować. Pozwoli to uniknąć błędu polegającego na tym, że jedna osoba musi zajmować się równocześnie kilkoma działaniami. Osoba koordynująca i monitorująca prace zespołu będzie mogła dzięki tym narzędziom wprowadzać na bieżąco niezbędne działania korygujące.

Tworząc **zasady pracy w zespole**, które będą służyły zarządzaniu i koordynowaniu, należy uwzględnić specyfikę i wewnętrzną kulturę organizacyjną poszczególnych organizacji. Zbyt ni formalizm w kierowaniu i komunikowaniu się może zniechęcić przedstawicieli organizacji pozarządowych i grup nieformalnych. Z kolei przedstawiciele urzędu czy policji będą przyzwyczajeni do bardziej formalnego systemu komunikowania się. Ważne, aby na bieżąco korygować sposoby wykorzystania narzędzi zarządzania. Pamiętajmy, że jednym z warunków sukcesu pracy grupowej jest elastyczność i otwartość.

Warto zapamiętać!

- Koordynując prace zespołu przygotowującego program należy wykorzystywać narzędzia zarządzania zasobami ludzkimi, takie jak odpowiednia rekrutacja członków zespołu, precyzyjny przydział obowiązków.
- Najważniejszymi narzędziami monitoringu pracy zespołu jest harmonogram i budżet.
- Końcowa ocena pracy zespołu i wnioski są niezwykle cenne dla realizacji kolejnych wspólnych działań.

Literatura:

- Lock D., *Podstawy zarządzania projektami*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.
- Davidson Frame J., *Zarządzanie projektami w organizacji*, WIG-PRESS, Warszawa 2001.
- *Zarządzanie projektami. Model najlepszych praktyk*, IFC Press, Kraków 2003.
- Kozłowska B., Szczęsny P., *Zarządzanie projektami w administracji publicznej*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu *Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej*).

8.2 Monitorowanie programu

Beata Kozłowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Czym różni się monitoring od kontroli i ewaluacji?
- Jak zaplanować system monitorowania i jak poradzić sobie z problemami, jakie mogą wystąpić przy jego użytkowaniu?
- Jakie są narzędzia monitorowania?
- Z jakich etapów składa się monitorowanie?
- Na czym polegają działania naprawcze?

Monitoring a kontrola i ewaluacja

Monitoring to systematyczne zbieranie i analizowanie informacji ilościowych i jakościowych na temat przebiegu wdrożenia programu w aspekcie finansowym, rzeczowym i czasowym w celu zapewnienia jego realizacji zgodnie z wcześniejszymi założeniami.

Niektóre osoby monitoring utożsamiają z kontrolą, a innym z kolei kojarzy się on z ewaluacją. Dlatego warto dokładnie wyjaśnić, jakie są różnice pomiędzy przedstawionymi pojęciami. Ułatwi to właściwe zrozumienie idei monitorowania.

Monitoring a kontrola

Kontrola to porównanie istniejącego stanu ze stanem postulowanym z punktu widzenia prawa, ustalenie nieprawidłowości oraz przekazanie wyników w formie wniosków i zaleceń do uprawnionego organu.

Punkty wspólne. Oba działania opierają się na zbieraniu i analizowaniu informacji dotyczących przebiegu programu oraz wyciąganiu na tej podstawie wniosków, które mają służyć poprawieniu istniejącego stanu.

Różnice. Odmienność monitoringu w stosunku do kontroli odnosi się do:

- celu wykonywanych działań – zalecenia pokontrolne mają za zadanie doprowadzenie do stanu zgodnego z prawem i wyeliminowanie podobnych zdarzeń w przyszłości, natomiast głównym celem monitoringu jest jak najwcześniejsze zidentyfikowanie zdarzeń, które mogą zakłócić realizację programu i zapobieganie ich wystąpieniu;
- momentu dokonywania oceny – kontrola dotyczy działań, które już zostały wykonane, a monitoring działań wykonywanych i tych, które będą realizowane w przyszłości;
- długości trwania – kontrola ma charakter incydentalny, a monitoring prowadzony jest w sposób ciągły przez cały czas prowadzenia działań;
- kryteriów – w przypadku kontroli kryterium oceny jest zgodność z przepisami prawa, a monitoring bada i analizuje przebieg programu pod względem zgodności z wcześniej ustalonymi planami w wymiarze czasowym i finansowym oraz pod względem rzeczowym;
- **wpływu na realizowany program** – biorąc pod uwagę fakt, że przedmiotem kontroli są wydarzenia, które miały już miejsce, a więc doszło do naruszenia prawa lub ustalonych zasad, wpływ wyników kontroli na program jest ograniczony (wprowadzenie sankcji i ukaranie winnych), natomiast wyniki monitoringu służą do zarządzania programem.

Monitoring a ewaluacja

Ewaluacja to ocena polityki, programu lub projektu według jego rezultatów, oddziaływania i potrzeb, które ma (miał) zaspokajać.

Punkty wspólne. Monitoring w sposób ciągły zbiera informacje pozwalające ocenić, na ile przebieg realizacji programu jest zgodny z planem, a kiedy istniejące rozbieżności zagrażają sukcesowi programu, podejmowane są określone działania naprawcze. Ewaluacja jest procesem, który towarzyszy różnym etapom realizacji programu, na przykład przed rozpoczęciem realizacji programu zbiera się informacje o sytuacji problemowej, aby po zakończeniu działań dokonać porównania. W trakcie trwania programu na podstawie wyników monitoringu stale sprawdza się, czy program faktycznie przyczyni się do uzyskania oczekiwanych efektów, a po zakończeniu dokonuje się jego całościowej oceny. Po dokonaniu ewaluacji wstępnej lub okresowej, kiedy istnieją uzasadnione obawy, że program nie uzyska zakładanych rezultatów, dokonuje się zmian. Te trzy wyżej opisane aspekty ewaluacji – zapewnienie, aby dokonywana interwencja przebiegała zgodnie z wcześniejszymi założeniami, zbieranie informacji oraz dokonywanie wstępnej oceny realizacji programu i dokonywanie korekt – mogą być niekiedy powodem utożsamiania ewaluacji z monitoringiem, jeżeli nie w całości, to przez częściowe nakładanie się tych pojęć.

Różnice. Najważniejsze różnice między monitoringiem a ewaluacją dotyczą następujących kwestii:

- **kryteria oceny** – ewaluacja odnosi się do sensowności i efektywności podejmowanych działań, a monitoring skupia się na zgodnym z planem wykonaniu działań operacyjnych, związanych z realizacją rzeczowych produktów programu i ewentualnie jego rezultatów;
- **moment dokonywania oceny** – ewaluacja może być ograniczona tylko do oceny końcowej, zaś monitoring musi być prowadzony przez cały czas realizacji programu;
- **[BB10] długość trwania** – w zasadzie oba procesy powinny mieć charakter ciągły; ale może zdarzyć się sytuacja, w której ewaluacja będzie dokonywana dopiero po zakończeniu programu; dodatkowo czas trwania obu działań różni się tym, że ewaluacja może rozpocząć się na etapie planowania realizacji programu i zakończyć po upływie określonego czasu od zakończenia programu, a więc trwać o wiele dłużej niż proces monitorowania;
- **wpływ na program** – podobnie jak w punkcie poprzednim, jeżeli ewaluacja jest wykonywana na etapie planowania i w trakcie realizacji programu, może mieć duży wpływ na jego realizację; w wypadku ograniczenia działań ewaluacyjnych do oceny końcowej jej wpływ na program jest ograniczony – służy jedynie wyciągnięciu wniosków na przyszłość, do wykorzystania w następnych programach.

Planowanie monitoringu

Monitoring programu, podobnie jak i inne jego elementy, **podlega planowaniu**. Plan monitoringu mówi o tym, jakie informacje będą zbierane, kiedy, przez kogo i przy pomocy jakich narzędzi. Plan powinien przewidywać również: kto, jak często i w jakim celu będzie analizował zebrane informacje oraz komu wyniki analizy będą dostarczane.

Planując system monitoringu należy te kwestie odpowiednio wcześniej szczegółowo przeanalizować i **podjąć decyzję, które informacje będą zbierane**. Przygotowywanie obszernych raportów i sprawozdań stanowi znaczne obciążenie dla osób zaangażowanych w realizację programu. Poza tym, **im więcej danych i informacji jest pozyskiwanych, tym więcej czasu trzeba poświęcić na ich przetwarzanie** (czytanie, analizowanie, streszczanie, powielanie, prezentowanie, archiwizowanie), co dodatkowo obciąża zespół realizujący program. Z drugiej strony warto wykorzystać system monitorowania do zebrania danych nie tylko dotyczących realizacji projektów, ale także uzyskiwanych rezultatów. Pozwoli to na sprawniejsze przeprowadzenie późniejszych działań ewaluacyjnych.

Dodatkowym aspektem, na który warto zwrócić uwagę podczas planowania monitoringu, jest **określenie momentu otrzymywania informacji**. Jeżeli informacje pozyskiwane są zbyt późno, ich przydatność jest znikoma. W sytuacji, kiedy jakieś negatywne zdarzenie już wystąpiło, możliwości działania są niewielkie, w wielu wypadkach można co najwyżej skupić się na ograniczeniu jego skutków. Dużo większe możliwości daje odpowiednio wcześnie uzyskanie informacji o trudnościach, które mogą wystąpić.

W trakcie prac nad systemem monitorowania może okazać się, że:

- osoby odpowiedzialne za monitorowanie programu nie potrafią określić swoich potrzeb w zakresie pozyskiwania informacji na temat realizacji projektów;
- osoby odpowiedzialne za monitorowanie żądają więcej informacji, niż faktycznie potrzebują;
- osoby odpowiedzialne nie zdają sobie sprawy, jakie informacje będą dostępne.

Kwestie te można z powodzeniem rozwiązać w czasie realizacji programu przez **zachęcanie osób uczestniczących w systemie monitorowania do przedstawiania własnych uwag na temat zawartości i formy raportów** (np. poprzez zamieszczenie słów zachęty na formularzu raportu) oraz organizowanie spotkań, na których omawia się użyteczność systemu monitorowania.

Raporty, o których wcześniej wspomniano, są **podstawowym narzędziem zbierania danych** koniecznych do prowadzenia monitoringu programu. Najczęściej stosuje się dwa rodzaje raportów: raporty z postępu prac oraz raporty końcowe. Standardowa zawartość raportu z postępu prac to:

- skrótowe przedstawienie aktualnego stanu projektu w stosunku do założonych produktów i rezultatów,
- najważniejsze działania podjęte w okresie sprawozdawczym,
- wydatki w danym okresie i narastająco,
- aktualne i przewidywane problemy z uwzględnieniem proponowanych działań naprawczych,
- najważniejsze planowane działania i harmonogramy na następny okres.

Zakres raportu końcowego może być podobny, ale będzie on opisywał realizację całego projektu, a nie tylko działania podejmowane w okresie sprawozdawczym. Do raportów powinny być dołączane źródła weryfikacji danych opisywanych w raportach, wskazane w macierzy logicznej programu, np. listy obecności z przeprowadzonych szkoleń czy dokumenty księgowe, o ile kwestia dostarczania tych ostatnich nie została ujęta w zasadach rozliczania środków finansowych. Należy przyjąć zasadę: osoba przygotowująca raport nie będzie niepotrzebnie obciążana kopiowaniem i dostarczaniem dokumentacji, która już jest w posiadaniu urzędu.

Oczywiście, oprócz raportów możliwe jest także korzystanie z innych narzędzi zbierania danych i informacji, takich jak **spotkania** czy **wizyty kontrolne**. W sytuacji, kiedy skala programu jest nieduża i w systemie monitorowania przewidziano raportowanie końcowe, należy pamiętać o tym, aby osoba odpowiedzialna za monitoring była odpowiednio wcześniej informowana o terminie i miejscu realizacji działań. Posiadanie takich informacji pozwoli na przeprowadzenie działań kontrolnych.

System monitoringu powinien zostać przygotowany na etapie planowania realizacji programu i zostać opisany w programie. Z opisu systemu monitoringu powinno wynikać:

- **Kto jest odpowiedzialny za monitorowanie realizacji programu i jakie są jego kompetencje.**

Formą wskazania może być podanie nazwy stanowiska, które w zakresie swoich zadań będzie miało powierzoną odpowiedzialność za to działanie. Opisując kompetencje warto rozstrzygnąć, czy osoba odpowiedzialna za monitorowanie będzie posiadała upoważnienie do wykonywania działań kontrolnych, czy będzie mogła żądać dodatkowych wyjaśnień od wykonawców projektów, czy będzie miała dostęp do dokumentacji księgowej.

- **Kto jest odpowiedzialny za przygotowywanie raportów z realizacji projektów, jakie są terminy ich dostarczania oraz zakres przekazywanych informacji.**

Najczęściej raportowaniem zajmują się komórki, jednostki organizacyjne lub osoby odpowiedzialne za realizację danego projektu. Należy pamiętać, że program przeciwdziałania narkomanii jest programem gminnym i za jego realizację odpowiada organ wykonawczy gminy: wójt, burmistrz, prezydent. W praktyce odpowiedzialność za realizację poszczególnych działań zostaje przekazana pracownikom gminy. W niektórych sytuacjach obowiązek przygotowania raportu może być przeniesiony na bezpośredniego wykonawcę projektu, np. stowarzyszenie, któremu gmina udziela dotacji, czy firmę, która realizuje warsztaty dla rodziców, pod warunkiem, że organizacje te są w posiadaniu wszystkich informacji koniecznych do przygotowania raportu.

Termin dostarczenia raportu powinien być określony w sposób konkretny, np. *do 10 dnia miesiąca następującego po zakończeniu kwartału, do 15 lipca*. W przypadku raportów za dany okres dobrze jest tak określić termin, żeby osoba odpowiedzialna za raportowanie miała po upływie okresu sprawozdawczego kilka dni na opracowanie danych, np. do 10. dnia miesiąca następującego po zakończeniu kwartału, zamiast do końca kwartału.

Standardowa zawartość raportu została wcześniej opisana. Wprowadzając obowiązkowy zakres raportu należy sprawdzić, czy wszystkie żądane informacje będą dostępne w okresie sprawozdawczym, szczególnie jeżeli wykorzystujemy system monitorowania również do zbierania informacji o rezultatach projektów.

Przykład

W ramach programu zakupiono dla szkół pomoce dydaktyczne do prowadzenia zajęć z profilaktyki narkotykowej. System monitorowania w przypadku tego projektu przewiduje tylko przedstawienie raportu końcowego, składanego w ciągu 15 dni po zakończeniu realizacji projektu. Czy w opisanej sytuacji możliwe jest przedstawienie w raporcie rezultatów projektu (ile godzin profilaktyki zrealizowano przy użyciu tych narzędzi, jaka była tematyka tych zajęć, liczba uczestników, itp.)? Oczywiście, nie. Takie dane będą dostępne dopiero po pewnym okresie czasu, na przykład na koniec roku szkolnego.

- **Wskazanie, kto będzie analizował zebrane dane i informacje, komu oraz w jakich terminach i w jakiej formie będą one przedstawiane.**

Wyniki analiz zebranych danych i informacji powinny być przekazywane osobie posiadającej kompetencje do podejmowania decyzji w sprawie sposobu realizacji projektów, w tym decyzji o charakterze finansowym. Najczęstszą formą przekazywania wniosków z przeprowadzonych analiz jest pisemny raport. Częstotliwość raportowania może być różna, w zależności od potrzeb, jednak nie powinna być rzadsza niż raz na 6 miesięcy. W przypadku zastosowania takiej właśnie częstotliwości, pierwszy raport zbiorczy dotyczyłby realizacji programu w pierwszym półroczu, a drugi – całego roku. Ta minimalna częstotliwość raportowania pokrywa się z obowiązkiem przedstawiania radzie gminy sprawozdania z wykonania budżetu, warto więc tak przygotowywać raport, aby mógł być on użyty jako forma realizacji tego obowiązku, oczywiście w zakresie środków przeznaczonych na przeciwdziałanie narkomanii. Należy pamiętać także o tym, że charakter raportu zbiorczego (rocznego lub półrocznego) wymaga podania go do publicznej wiadomości.

Oczywiście, w przypadku większych, bardziej kosztownych programów raportowanie zbiorcze co pół roku nie jest wystarczające. W takich sytuacjach należy przyjąć raportowanie częstsze: co miesiąc, co dwa miesiące lub co kwartał.

Prowadzenie monitoringu

Monitorowanie składa się z kilku etapów:

- zbierania danych i informacji;
- analizowania danych i informacji oraz wyciągania wniosków;
- podejmowania decyzji, czy wdrożyć działania naprawcze i na czym te działania będą polegały;
- realizacji działań naprawczych: korygujących, zapobiegawczych i niwelujących;
- wprowadzania następstw zaistniałych faktów do planów realizacji programu.

W fazie realizacji programu zebrane dane i informacje służą **porównywaniu stanu zaawansowania poszczególnych działań ze stanem zaplanowanym** oraz jak najwcześniejszemu **identyfikowaniu ewentualnych zagrożeń**. Osoba odpowiedzialna za analizę informacji musi podjąć decyzję, czy stwierdzone odchylenia od planu są istotne i czy z przekazanych informacji nie wynika możliwość wystąpienia wydarzeń, których skutki mogłyby mieć negatywny wpływ na program.

W tych działaniach pomocne są inne **narzędzia monitorowania**. Odnoszą się one do trzech głównych wymiarów programu:

- produktów i efektów podejmowanych działań,
- czasu,
- środków finansowych.

Stąd do najważniejszych narzędzi monitorowania zaliczamy: **budżet, harmonogram oraz matrycę logiczną programu**, w której zostały zidentyfikowane wskaźniki sukcesu. Przy niektórych typach projektów pomocne są także dokumenty, które określają szczegółowe wymogi jakościowe podejmowanych działań, np. specyfikacja istotnych warunków zamówienia.

Rodzaje działań naprawczych

Po dokonaniu oceny stopnia zagrożenia podejmowana jest decyzja dotycząca tego, czy i jakie działania naprawcze powinny zostać podjęte. Zazwyczaj wyróżnia się kilka rodzajów działań naprawczych:

- działania zapobiegawcze;
- działania korygujące;
- działania niwelujące skutki wydarzeń, których nie da się skorygować.

Działania zapobiegawcze podejmowane są wtedy, kiedy informacje o przyszłym wydarzeniu, mogącym niekorzystnie oddziaływać na program, zostały uzyskane na tyle wcześnie, że możliwe jest jeszcze podjęcie działań na rzecz ograniczenia jego negatywnych skutków.

Przykład

Jedna z instytucji realizujących określone usługi na rzecz programu stwierdza, że nie będzie w stanie wykonać założonej ich liczby; zespół realizujący program może podjąć działania zapobiegawcze, mające na celu płynne przekazanie realizacji tych usług innej instytucji.

Działania korygujące mają miejsce wtedy, kiedy doszło już do określonych zdarzeń o negatywnych skutkach dla programu, ale w dłuższej perspektywie możliwe jest dokonanie stosownych korekt, ograniczających negatywne oddziaływanie tego wydarzenia na program.

Przykład

W jednym z realizowanych projektów doszło do znacznych opóźnień, ale zatrudnienie dwóch dodatkowych osób pozwoli nadrobić te zaległości.

Trzeci rodzaj podejmowanych działań naprawczych ma miejsce gdy nie ma już możliwości skorygowania odchyleń od planu, można jedynie starać się **zmniejszyć ich skutki lub wpływ** na sukces programu.

Przykład

Na plakatach i ulotkach informujących o utworzeniu punktu interwencji kryzysowej został podany błędny numer telefonu, pod którym można uzyskać pomoc. Materiały zostały rozdyskrebowane pomiędzy różne instytucje, część plakatów jest już wywieszonych w różnych punktach miasta. Działaniem, jakie można podjąć w tej sytuacji, jest wystąpienie do operatora o zmianę numeru telefonu.

Na koniec warto pamiętać o tym, żeby wybrane działania naprawcze wprowadzić do planów realizacji programu, a więc uwzględnić je w skorygowanym harmonogramie, budżecie i macierzy zasobów.

Warto zapamiętać!

- „Zawsze istnieją różnice między planem a przebiegiem realizacji. Nie chodzi o to, aby ich uniknąć, ale o to, aby pozostawały pod stałą kontrolą” – J. Davidson Frame.
- Celem monitoringu jest identyfikacja istniejących oraz przewidywanie możliwych odstępstw przebiegu realizacji działań względem planu, co ma umożliwić podjęcie ewentualnych działań naprawczych.
- Monitoring powinien koncentrować się na zbieraniu i analizie tylko wybranych niezbędnych informacji, nie może stać się narzędziem biurokratyzacji programu.

Literatura:

- Frame J. D., *Zarządzanie projektami w organizacjach*, WIG-Press, Warszawa 2001.
- B. Kozłowska, P. Szczęsny, *Zarządzanie projektami w administracji publicznej*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu *Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej*).
- *Zarządzanie cyklem projektu* – podręcznik przygotowany w 2001 r. na zamówienie Komisji Europejskiej – Biura Współpracy EUROPAID – przez ITAD Ltd. z Wielkiej Brytanii i zaktualizowany przez PARTICIP GmbH z Niemiec, Ministerstwo Gospodarki i Pracy, 2004.
- Kierzkowski T., *Ocena (ewaluacja) programów i projektów o charakterze społeczno-gospodarczym w kontekście przystąpienia Polski do Unii Europejskiej*, publikacja wydana przez Ministerstwo Finansów w ramach grantu Banku Światowego na wsparcie systemu monitoringu i oceny użycia funduszy pomocowych Unii Europejskiej i innych funduszy pomocowych, Warszawa 2002 (<http://www.parp.gov.pl/raport11.html>).

8.3 Ewaluacja programu

Beata Kozłowska

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Co to jest ewaluacja i dlaczego warto używać tego pojęcia zamiast mówić o ocenie?
- Po co wykonuje się ewaluację i jakich zasad należy przestrzegać, aby uzyskiwane wyniki były wiarygodne?
- Jakie są rodzaje ewaluacji i czemu służą?
- Jak przygotować i przeprowadzić ewaluację?

Omówienie problematyki ewaluacji warto rozpocząć od kwestii językowych, związanych ze stosowaniem terminów „**ewaluacja**” i „**ocena**”. Porównanie znaczenia tych dwóch terminów w języku polskim pokazuje, że są one tożsame – obie oznaczają określanie wartości czegoś.

- Ocena – „wyrażony w formie ustnej lub pisemnej sąd o wartości czegoś”.
(*Słownik Języka Polskiego*)
- Ewaluacja – (ang. i fr. *evaluation*) – szacowanie, określanie wartości.
(*Słownik Wyrazów Obcych PWN*)

Dlaczego zatem w tytule niniejszego rozdziału został użyty obco brzmiący termin „ewaluacja” zamiast polskiej „oceny”? Argumentem na rzecz używania w kontekście zarządzania programem terminu „ewaluacja” jest to, że **ewaluacja jest dziedziną wiedzy, która posiada zarówno swoją teorię, jak i praktykę oraz dysponuje własnym instrumentarium badawczym**: zasadami, metodami i technikami, które gwarantują prawidłowość dokonywanej oceny.

W literaturze przedmiotu można spotkać się z różnymi definicjami ewaluacji. Wiele z nich opisuje ewaluację jako ocenę skuteczności podejmowanych działań. Odnosząc tą definicję do programów społecznych można powiedzieć, że ewaluacja ma udzielić odpowiedzi na pytanie, czy program przyczynił się do rozwiązania problemów, które leżały u podstaw jego opracowania. Czy jednak kryterium skuteczności jest jedynym i wystarczającym, aby w sposób odpowiedzialny móc powiedzieć, że program zakończył się sukcesem? Doświadczenia z realizacji wielu programów społecznych pokazują, że o sukcesie można mówić dopiero wtedy, kiedy weźmie się pod uwagę także inne czynniki, na przykład poniesione koszty, trwałość uzyskanych rezultatów czy adekwatność wykonywanych działań w stosunku do istniejących potrzeb.

Z tych powodów warto dla celów przygotowania GPPN posługiwać się definicją Komisji Europejskiej, która opisuje ewaluację jako **ocenę wartości programu w odniesieniu do wcześniej zdefiniowanych kryteriów i w oparciu o odpowiednie informacje**. Ewaluacja wymaga zatem tego, aby podmiot dokonujący ewaluacji wydał opinię, czy program zakończył się sukcesem czy też porażką, ale opinia ta powinna spełniać dwa warunki: być wydana w oparciu o kryteria, które zakreślą ramy dokonywanej oceny i mieć podstawy w postaci konkretnych informacji zebranych w czasie monitoringu lub samodzielnie pozyskanych przez podmiot ewaluujący.

Cele ewaluacji

Celem ewaluacji jest stałe ulepszanie **skuteczności i efektywności** podejmowanych działań w kategoriach pozytywnych efektów społecznych oraz **zwiększanie przejrzystości i promowanie działań** podejmowanych przez władze publiczne czy społeczność lokalną.

Użyte powyżej pojęcia skuteczności i efektywności wymagają wyjaśnienia.

Skuteczność jest miarą sensowności podejmowanych działań. Skuteczność jest mierzona przez stopień, w jaki zamierzone efekty programu zostały osiągnięte, na ile są trwałe, a także jak oddziałują na otoczenie. Dobry program skutecznie i trwale rozwiązuje problemy, z powodu których był realizowany, ma również pozytywny wpływ na swoje otoczenie.

Efektywność jest miarą gospodarności. Pomiar efektywności odbywa się przez odniesienie wydatków do uzyskanych produktów i rezultatów – np. koszt wydania jednego egzemplarza poradnika dla rodziców (koszt jednego produktu), koszt podniesienia wiedzy i umiejętności wychowawczych jednego rodzica uczestniczącego w programie (koszt uzyskania rezultatu) – po to, aby ocenić, jak uzyskane efekty realizacji programu odnoszą się do poniesionych kosztów.

Jaka powinna być **relacja pomiędzy efektywnością i skutecznością**? Odpowiedź na tak postawione pytanie nie jest prosta. Jeżeli w swoich działaniach będziemy kierować się tylko kryterium efektywności, możemy podejmować działania, które będą mało kosztowne, ale nieskuteczne. Chcąc za określone środki finansowe przeszkolić jak najwięcej osób, będziemy dążyć do obniżenia kosztów szkolenia. Jeżeli skupimy się tylko na kwestiach finansowych, a nie weźmiemy pod uwagę jakości, łatwo możemy spowodować, że zorganizujemy szkolenie, którego koszty będą niewielkie, ale korzyści żadne. W efekcie tylko wydamy pieniądze, nie otrzymując w zamian żadnych konkretnych rezultatów. Oczywiście wskaźniki produktu i efektywności jego uzyskania będą bardzo zadawalające, ale pomiar na poziomie rezultatów pokaże, że nasze działania nie przyniosły nic konkretnego, a przecież wiązały się z ponoszeniem wydatków. I odwrotnie, koncentracja wyłącznie na skuteczności bez uwzględnienia kwestii efektywności także może nas zaprowadzić donikąd. Np. przy obecnym postępie technologicznym bardzo skutecznie można zmodernizować stary komputer. Jednak analiza kosztów zazwyczaj prowadzi do wniosku, że lepiej jest kupić nowy komputer niż modernizować stary. Dlatego **efektywność i skuteczność zawsze powinny być rozpatrywane razem**, a każdy realizujący projekt lub program powinien szukać złotego środka pomiędzy tymi dwoma wymaganiami.

W kategorii programowania efektów społecznych celem ewaluacji jest uzyskanie niezależnej opinii na temat faktycznych efektów programu oraz czynników, które przyczyniły się do ich uzyskania oraz wpływu programu na rozwiązywanie konkretnych problemów społecznych, czyli **ocena w kategoriach skuteczności i efektywności**, o której była wcześniej mowa. Przeprowadzenie takiej oceny pozwala także na lepsze poznanie funkcjonowania programu, relacji pomiędzy jego składowymi, co z kolei służy **lepszemu przygotowywaniu następnych programów**. Ten sam cel realizuje inny element procesu ewaluacji – **identyfikacja błędów i nieprawidłowości, ocena ich wpływu na program oraz uzyskanie rekomendacji**, jak te błędy i nieprawidłowości wyeliminować w przyszłości.

W kategorii przejrzystości działań publicznych wyniki ewaluacji pozwalają na **obiektywną ocenę władzy**, ponieważ pokazują, w jaki sposób wydawane są pieniądze publiczne. Dlatego raporty z ewaluacji powinny być szeroko rozpowszechnione i publicznie dostępne.

Standardy ewaluacji

Jakość ewaluacji zależy przede wszystkim od tego, czy w trakcie dokonywania oceny przestrzegane są standardy ewaluacji. Standardy ewaluacji istnieją dopiero od lat 80. XX w., zostały opracowane w USA. Jest ich ponad trzydzieści, ale generalnie odnoszą się do czterech aspektów działań ocenianych:

- **użyteczności** (ang. *utility*) – uzyskane informacje powinny być użyteczne z punktu widzenia inicjatora realizacji programu, np. przy planowaniu następnych programów;
- **wykonalności** (ang. *feasibility*) – dostarczanie wartościowych informacji za rozsądną cenę i w rozsądnym terminie;
- **poprawności** (ang. *propriety*) – profesjonalność wykonania, zgodność z prawem oraz standardami etycznymi (uwzględnianie dobra osób zaangażowanych w ewaluację oraz tych, których dotyczy jej wyniki);
- **stosowności** (ang. *accuracy*) – korzystanie wyłącznie z informacji i czynników, które mają znaczenie dla oceny efektów programu – dają możliwość sformułowania wiarygodnych wniosków.

Ewaluacja jest procesem, który powinien mieć charakter ciągły, a więc występować na etapie przygotowywania programu, w trakcie jego realizacji oraz być kontynuowany długo po zakończeniu ostatnich działań programu.

Rodzaje ewaluacji

Zastosowanie **kryterium czasu** pozwala na wyodrębnienie:

- ewaluacji wstępnej;
- ewaluacji okresowej (na przykład dokonywanej w połowie realizacji programu);
- ewaluacji końcowej, która niejednokrotnie dzieli się jeszcze na ewaluację wykonywaną bezpośrednio po zakończeniu działań oraz ewaluację wykonywaną jakiś czas od zakończenia programu (ewaluację odroczoną).

Celem **ewaluacji wstępnej** jest zagwarantowanie, że środki przeznaczone na realizację programu zostaną wykorzystane w sposób gwarantujący osiągnięcie najlepszych efektów, co w praktyce oznacza, że:

- wstępna wersja programu zostanie oceniona przez niezależny podmiot (ocena w zakresie merytorycznym i realizacyjnym);
- zostaną wyciągnięte wnioski dotyczące dotychczas podejmowanych działań (własnych i cudzych);
- zostanie wykonana analiza SWOT danego obszaru i w odniesieniu do jej wyników dokonana zostanie ocena proponowanych działań programowych;
- zostaną przygotowane założenia dotyczące przewidywanych długoterminowych efektów programu (na podstawie porównania z innymi programami).

Ewaluacja wstępna jest dokonywana w wyjątkowych sytuacjach, na przykład kiedy sposób przygotowywania programu nie był prawidłowy i są uzasadnione wątpliwości, czy powinien być realizowany.

Ewaluacja wykonywana **w trakcie programu** służy oszacowaniu wstępnych efektów interwencji, jej adekwatności w stosunku do problemu (w programach wieloletnich) oraz stopnia osiągnięcia zakładanych celów. Możliwe konsekwencje to: wcześniejsze zakończenie projektu/programu, przeformułowanie programu, przeformułowanie celów programu. Ocena w trakcie realizacji działań dostarcza informacji na temat dotychczasowych efektów programu – ocenia skuteczność osiągania celów i efektywność programu (porównanie efektów z nakładami), ponownie sprawdza adekwatność interwencji (cele, sposoby ich osiągnięcia) w stosunku do zmieniającej się sytuacji, sprawdza mierzalność celów (czy wskaźniki zostały dobrze dobrane, jak działa system monitorowania) oraz sprawdza efektywność zarządzania programem.

Ocena **końcowa** nie ma wpływu na przebieg programu, służy raczej zebraniu doświadczeń i wyciągnięciu wniosków na przyszłość. Może także wygenerować nowe działania: programy, projekty służące temu, aby jeszcze ulepszyć uzyskane już rezultaty.

Przygotowanie ewaluacji

Dobre przygotowanie ewaluacji wymaga określenia:

- kto będzie odpowiedzialny za jej przeprowadzenie,
- kto dokona ewaluacji,
- jaki będzie zakres ewaluacji.

W przypadku programu przeciwdziałania narkomanii odpowiedź na pierwsze pytanie wymaga rozstrzygnięcia, czy za ewaluację będzie odpowiadał urząd lub inna jednostka organizacyjna gminy, czy też zostanie powołany **zespół ewaluacyjny**, składający z przedstawicieli partnerów programu. W przypadku programów społecznych, których inicjatorem i fundatorem jest gmina, a główne działania wykonywane są przez jej pracowników, warto rozważyć skorzystanie z drugiej opcji, tym bardziej, że praktyka Unii Europejskiej potwierdza większą efektywność ewaluacji wykonywanej przy zastosowaniu tego podejścia.

Dodatkowym argumentem za wyborem tego rozwiązania jest fakt, że zaangażowane instytucje łatwiej identyfikują się z wynikami oceny. Poza tym, każdy z uczestników takiego zespołu wnosi do niego swoją specyficzną wiedzę na temat programu i swoich potrzeb ewaluacyjnych.

Kolejna kwestia wymagająca decyzji to **wybór ewaluatora**. Zewnętrzny wykonawca ewaluacji zapewnia bezstronność oceny oraz odpowiedni poziom merytoryczny, jednak jego zatrudnienie wymaga środków finansowych. Ewaluator wewnętrzny posiada dużą wiedzę o programie, ale nie daje gwarancji obiektywności oceny. Może także podlegać naciskom ze strony swoich przełożonych, którym zależy na tym, aby wyniki ewaluacji były korzystne.

Generalnie osoby, **które były zaangażowane w proces wdrażania oraz osoby podejmujące decyzje dotyczące programu, nie powinny dokonywać ewaluacji**. Mogą brać udział w przygotowaniu ewaluacji, współpracować z ekspertami czy korzystać z wyników ewaluacji, ale nie wolno im dokonywać oceny swoich własnych działań. Ewaluacja może być dokonywana przez jednostki wewnętrzne instytucji odpowiedzialnej za realizację programu, o ile nie podlegają one osobom, które były zaangażowane w przygotowywanie i wdrażanie programu, np. zespół audytu i kontroli.

Określenie zakresu ewaluacji polega na wyborze rodzaju ewaluacji, jaka będzie przeprowadzana i wskazananiu jej celów, sformułowaniu pytań ewaluacyjnych, wyborze metod i opracowaniu harmonogramu.

O celach i rodzajach ewaluacji była już wcześniej mowa. Teraz pora na to, aby te informacje o charakterze ogólnym odnieść do praktyki. I tak, celem ewaluacji okresowej może być na przykład poprawa efektywności zarządzania programem. Po pierwszym roku realizacji programu sprawdzana jest skuteczność i efektywność zarządzania i monitorowania programu po to, aby w następnych latach jego realizacji system działał jak najlepiej. Należy pokreślić, że w tak sformułowanym celu nie chodzi tylko o ocenę sprawności systemu, a więc na przykład o to, czy sprawozdania spływają terminowo, ale także czy przyjęty system nie jest zbyt skomplikowany i obciążający dla uczestników.

Inny przykład celu ewaluacji okresowej to zwiększenie skuteczności i efektywności tych projektów, które będą powtarzane w następnych latach realizacji programu. Podobnie jak to było poprzednio, po pierwszym roku realizacji programu takie projekty poddawane są ocenie.

W zależności od wyników oceny projekty te będą zmodyfikowane lub podjęta zostanie decyzja o zaprzestaniu ich realizacji. **Zmiana projektu** może polegać na przykład na:

- **obniżeniu zakładanych wartości wskaźników realizacji projektu, ponieważ nie są one możliwe do osiągnięcia;**

Przykład

Planowano zorganizować warsztaty z umiejętności psychospołecznych dla 1000 uczniów, ale okazało się to niemożliwe ze względów organizacyjnych.

- **weryfikacji sposobu realizacji projektu, aby osiągnąć lepsze rezultaty;**

Przykład

Zakupiono materiały edukacyjne dla szkół. Informacje o poziomie uzyskanych rezultatów (ile razy były prowadzone lekcje z użyciem tych materiałów, jaki był czas ich trwania, ilu było uczestników) pokazały niewielką skuteczność tego działania dla podnoszenia wiedzy uczniów na temat narkomanii i jej skutków. Materiały rzadko były wykorzystywane przez nauczycieli. Analiza przyczyn wystąpienia tej sytuacji pokazała, że zostały zakupione bez porozumienia z nauczycielami, co spowodowało, że nie były dostosowane do poziomu uczniów. Dodatkową trudnością w ich wykorzystaniu był fakt, że zakupione filmy nakręcono w krajach Europy Zachodniej i sytuacje, które pokazywały znacznie odbiegały od polskich realiów. Opierając się na wynikach ewaluacji postanowiono, że środki przeznaczone w następnym roku realizacji programu na zakup pomocy dla nauczycieli będą wydane po konsultacji z osobami bezpośrednio zainteresowanymi.

W przypadku ewaluacji końcowej takim przykładowym celem może być zwiększenie efektywności i skuteczności następnego programu. Ocena skuteczności i efektywności projektów zrealizowanego programu, służących osiągnięciu tych samych rezultatów, pozwoli wybrać te projekty, które uzyskały lepsze wyniki pod względem tych dwóch kryteriów.

Przykład

Pogadanki dla młodzieży okazały się formą znacznie tańszą niż warsztaty (biorąc pod uwagę koszt udziału jednej osoby w każdej z tych form). Poziom osiągniętych rezultatów dla tych dwóch projektów także jest odmienny. Poziom wiedzy i postawa wobec problemu narkomanii osób, które brały udział w warsztatach znacznie przewyższają wyniki osiągnięte przez młodzież uczestniczącą w pogadankach. W tym przypadku gmina może podjąć decyzję, że w przyszłości nie będzie korzystała z pogadarek, ponieważ chociaż kosztują niezbyt wiele, to równie niewiele korzyści przynoszą.

Inny przykładowy cel ewaluacji końcowej to zwiększenie przejrzystości władz publicznych. Publikacja wyników ewaluacji pozwala na ocenę prawidłowości wykonywania zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii oraz sposobu, w jaki wydawane są ten cel pieniądze.

Przykład

Gmina przeznacza prawie wszystkie swoje środki z zakresu przeciwdziałania narkomanii na ośrodki dla dzieci i młodzieży z dysfunkcjami. Z ośrodka tego korzysta 30 osób. Z braku środków gmina nie prowadzi żadnych innych działań na rzecz przeciwdziałania narkomanii.

Pytania ewaluacyjne

Pytania ewaluacyjne dotyczą jednego z pięciu kryteriów ewaluacyjnych:

- **skuteczności i efektywności**, o których była już wcześniej mowa;
- **adekwatności**, czyli zgodności celów programu z potrzebami i problemami występującymi w danym sektorze i regionie;
- **trwałości i użyteczności programu** – kryterium trwałości pozwala ocenić czy pozytywne efekty programu / projektu na poziomie celu mogą trwać po zakończeniu finansowania zewnętrznego, a także czy możliwe jest utrzymanie się jego wpływu w dłuższej perspektywie, natomiast kryterium użyteczności konfrontuje potrzeby i problemy danego sektora z faktycznymi osiągnięciami programu po jego realizacji lub w trakcie wdrażania;
- **wpływu (oddziaływania)** – kryterium to pozwala ocenić związek pomiędzy rezultatami a celami programu oraz szerszy kontekst realizacji programu, tj. stopień, w jakim korzyści odniesione przez docelowych beneficjentów będą oddziaływały na większą liczbę ludzi w danym sektorze czy regionie oraz inne problemy społeczne.

Przykładowe pytania ewaluacyjne:

- Czy program został zrealizowany w założonych ramach czasowych, finansowych i czy uzyskano zakładane wskaźniki realizacji projektów? Jakie były przyczyny ewentualnych niepowodzeń w realizacji projektów w tych trzech aspektach i co należy zrobić w przyszłości, aby poprawić tę sytuację?
- Jakie rezultaty zostały osiągnięte? Czy są one zadawalające, biorąc pod uwagę koszty ich uzyskania? Co należy zrobić w przyszłości, aby poprawić tę sytuację?
- Czy sposób zarządzania programem był skuteczny? Jakie były przyczyny ewentualnych nieprawidłowości w sposobie wdrażania programu i w jaki sposób należy je wyeliminować?
- Które z form profilaktyki szkolnej były najbardziej skuteczne i dlaczego? Jaki był ich koszt?
- Czy działania programu były adekwatne do potrzeb? A jeżeli nie, to jakie były tego przyczyny?

- Czy system monitorowania działał sprawnie? (czy sprawozdania spływały terminowo i były kompletne? Czy zakres żądanych w sprawozdaniach informacji był wystarczający? Czy wszystkie informacje żądane w sprawozdaniach były faktycznie potrzebne? Czy przyjęty system monitorowania pozwalał na uzyskiwanie we właściwym czasie informacji o ewentualnych problemach w realizacji projektów? Czy sprawozdania były analizowane i czy były wyciągane na ich podstawie wnioski dot. realizacji działań naprawczych? Czy działania naprawcze były realizowane?) Jakże były przyczyny ewentualnych nieprawidłowości w monitorowaniu programu i w jaki sposób należy je wyeliminować?
- Czy środki na przeciwdziałanie narkomanii na terenie gminy są wydawane w sposób celowy i efektywny?
- Jaki był wpływ realizowanych działań na cele programu? Jaki był wpływ programu na inne problemy społeczne? Jaki był wpływ programu na beneficjentów?

Warto pamiętać, że uzyskanie odpowiedzi na każde z pytań ewaluacyjnych jest związane z koniecznością poniesienia określonych kosztów.

Metody ewaluacji

Kolejny etap przygotowań to wybór metod ewaluacji. Metody te zostaną opisane w odniesieniu do poszczególnych faz ewaluacji.

Pracę podmiotu ewaluującego można podzielić na cztery fazy:

- porządkowania,
- obserwacji,
- analizy,
- oceny.

Pierwsza z przedstawionych faz występuje tylko w ewaluacji początkowej lub wtedy, kiedy cele ewaluacji nie są jasne, logika interwencji nie została precyzyjnie określona, brakuje wskaźników. W fazie obserwacji określa się zakres przedmiotowy i podmiotowy badania, np. z jakimi osobami będą przeprowadzane wywiady, i na tej podstawie zbiera się **dane i informacje**. Warto wspomnieć, że w procesie oceny używane są dane bezpośrednio zebrane przez ewaluatorów (dane pierwotne) i dane pochodzące z monitoringu (dane wtórne). W fazie analizy zebrane dane są interpretowane i porównywane z założeniami programu. Na ostatnim etapie ewaluacji dokonuje się oceny efektów programu w stosunku do określonych kryteriów, czyli udzielane są odpowiedzi na pytania ewaluacyjne oraz formułuje się **wnioski i rekomendacje**. Dokonując oceny programu bierze się pod uwagę nie tylko stopień realizacji wcześniejszych założeń, ale także wartościuje się uzyskane efekty – czy uzyskana wartość wskaźnika jest sukcesem, czy też mogłaby być w tej konkretnej sytuacji wyższa.

W ramach poszczególnych faz wykorzystuje się różnego rodzaju metody. W **fazie porządkowania** stosuje się metody i techniki używane na etapie przygotowywania programu: **SWOT, Metaplan, matryca logiczna**. Celem ich stosowania jest identyfikacja logiki interwencji i wypracowanie wskaźników. Z wymienionych wyżej metod dwie były już wcześniej omawiane: SWOT i matryca logiczna. Metaplan to metoda pracy z grupą, w której najpierw zadawane są pytania, na które grupa chce uzyskać odpowiedź, następnie każdy z uczestników na osobnych kartkach papieru udziela odpowiedzi na te pytania, bez ograniczeń liczby odpowiedzi. Następnie kartki te są zawieszane na tablicy i grupowane w bloki podobnych odpowiedzi. Kolejny etap to nazwanie każdego z utworzonych segmentów i przypisanie mu wagi. Ta metoda może być używana do identyfikacji i wyboru najważniejszych problemów, których rozwiązywaniem ma zająć się program.

W **fazie obserwacji** wykorzystywane są **dane z monitoringu** oraz pozyskiwane są nowe dane i informacje, najczęściej przy pomocy: **wywiadów, kwestionariuszy, zogniskowanych wywiadów grupowych** – moderowanych dyskusji z osobami reprezentacyjnymi dla programu, których przebieg jest zapisywany i może stanowić istotne źródło informacji czy **bezpośrednich obserwacji**, np. wynikających z uczestnictwa w szkoleniu odbywającym się w ramach ocenianego programu.

W **fazie analizy ewaluacji** powinna być podjęta próba oddzielenia efektów brutto od efektów netto, aby sprawdzić w jakim stopniu dokonywana interwencja faktycznie była skuteczna, czy nie mamy do czynienia z sytuacją, w której dany rezultat i tak by wystąpił, nawet gdyby program/projekt nie był realizowany.

Przykład

Gmina realizowała program przeciwdziałania bezrobociu i uzyskała określone efekty – liczba bezrobotnych uległa zmniejszeniu. W czasie realizacji programu w gminie powstał duży zakład przemysłowy, w którym spora grupa mieszkańców znalazła zatrudnienie. Powstały także dodatkowe miejsca pracy w firmach obsługujących ten zakład. Dodatkowo w analizowanym okresie pewna liczba osób wyjechała do pracy za granicę. W opisanym sytuacji celem analizy będzie określenie, ilu bezrobotnych znalazło pracę bezpośrednio w wyniku udziału w programie, a ilu z powodu innych czynników.

Podstawową metodą stosowaną w tej fazie są **porównania**, np. grupy osób, która była beneficjentem programu z grupą, która nie była objęta pomocą; gminy, która realizowała program i takiej, która programu nie realizowała.

W **fazie oceny** stosowane są metody i techniki, które umożliwiają oszacowanie efektów programu w kontekście określonych kryteriów:

- **panel ekspertów** z danej dziedziny, którzy w oparciu o przedłożone dokumenty dokonają oceny efektów programu;
- **analiza wielokryterialna**, która polega na zdefiniowaniu kryteriów oceny i przypisaniu im odpowiedniej wagi, a następnie na ocenie punktowej poszczególnych projektów / programów w oparciu o wcześniej określone kryteria i skalę punktów; w dalszej kolejności punkty uzyskane przez poszczególne projekty / programy są mnożone przez wartość wagi; uporządkowane wyniki tego działania tworzą ranking, który na przykład może pokazać, które projekty zostały ocenione jako najefektywniejsze;
- **analiza kosztów i korzyści** oraz **analiza kosztów i efektywności** – pierwsza z nich używana jest do ewaluacji wstępnej, najczęściej projektów infrastrukturalnych; w tej analizie porównuje się koszty do korzyści opisanych jako wartości finansowe; druga z analiz wykorzystywana jest do ewaluacji końcowej, ale może być także stosowana na etapie ewaluacji wstępnej; w tej analizie porównuje się uzyskane efekty netto programu do jego całkowitych kosztów wyrażonych w wartościach finansowych;
- **benchmarking** – ocena poprzez porównanie z innymi podobnymi programami, które są uznawane za wzorcowe.

Raz jeszcze warto pokreślić, że **ewaluacja** tak jak monitoring **powinna zostać zaplanowana**, a więc powinien powstać harmonogram jej realizacji (wykonywania badań, przeprowadzania wywiadów, zbierania danych koniecznych do dokonywania porównań, itd.) a odpowiednie środki na ten cel ujęte w budżecie programu. Główne założenia ewaluacji powinny być także opisane w programie.

Opis ewaluacji w programie

Opis ewaluacji programu powinien zawierać wskazanie:

- **Jaki rodzaj ewaluacji będzie dokonywany** (czy tylko ewaluacja końcowa czy także okresowa).
- **Kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie ewaluacji**. Formą wskazania może być podanie nazwy stanowiska, które w zakresie swoich zadań będzie miało powierzoną odpowiedzialność za to działanie. Podawanie imienia i nazwiska konkretnej osoby nie jest właściwe, ponieważ do czasu wykonywania ewaluacji programu, szczególnie w programach wieloletnich, może zdarzyć się, że ta osoba nie będzie już pracownikiem gminy. Jeżeli ewaluacja będzie przeprowadzana przez zespół osób, cennym byłoby opisanie w jaki sposób zespół zostanie wyłoniony (ważne jest, aby pokazać, że nie będą to osoby wyłonione w sposób mogący poddać w wątpliwość obiektywność oceny), jakim aktem powołany, jakie będą jego zadania.

- **Czy ewaluacji będzie dokonywał ewaluator wewnętrzny czy zewnętrzny.** Ma to istotne znaczenie dla budżetu programu, ponieważ w przypadku zamiaru skorzystania z usług ewaluatora zewnętrznego, należałoby w planie finansowym programu przewidzieć odpowiednie środki na ten cel.
- **Celów ewaluacji i pytań ewaluacyjnych,** dla każdego rodzaju ewaluacji oddzielnie.
- **Terminu wykonania ewaluacji, formy opracowania wyników, osób, które otrzymają wyniki ewaluacji, sposobów upowszechniania wyników ewaluacji.**

Jeżeli tabele opisujące program nie posiadają wskaźników na poziomie celów i rezultatów to w opisie ewaluacji należy podać, w jaki sposób program będzie oceniany oraz określić wskaźniki i źródła pozyskania danych do tych wskaźników.

Warto zapamiętać!

- Celem ewaluacji jest stałe ulepszanie skuteczności i efektywności podejmowanych działań oraz zwiększanie przejrzystości i promowanie działań podejmowanych przez władze publiczne czy społeczność lokalną.
- Raporty z ewaluacji powinny być szeroko rozpowszechnione i publicznie dostępne.

Literatura:

- Frame J. D., *Zarządzanie projektami w organizacjach*, WIG-Press, Warszawa 2001.
- Kozłowska B., Szczęsny P., *Zarządzanie projektami w administracji publicznej*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2005 (publikacja wydana w ramach projektu *Szkolenia Generalne dla członków Korpusu Służby Cywilnej*).
- *Zarządzanie cyklem projektu* – podręcznik przygotowany w 2001 roku na zamówienie Komisji Europejskiej – Biura Współpracy EUROPAID – przez ITAD Ltd. z Wielkiej Brytanii i zaktualizowany przez PARTICIP GmbH z Niemiec, Ministerstwo Gospodarki i Pracy, 2004
- Kierzkowski T., *Ocena (ewaluacja) programów i projektów o charakterze społeczno-gospodarczym w kontekście przystąpienia Polski do Unii Europejskiej*, publikacja wydana przez Ministerstwo Finansów w ramach grantu Banku Światowego na wsparcie systemu monitoringu i oceny użycia funduszy pomocowych Unii Europejskiej i innych funduszy pomocowych, Warszawa 2002 (<http://www.parp.gov.pl/raport11.html>).
- Kłosowski W., Warda J., *Wyspy szans. Jak budować strategie rozwoju lokalnego?*, W&K Warda&Kłosowski Konsulting, Bielsko-Biała 2001.

8.4 Współpraca międzyinstytucjonalna w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym

Gerhard K. Eckstein
Janusz Sierosławski

Niniejszy tekst pochodzi z publikacji „Zapobieganie narkomanii – doświadczenia współpracy bliźniaczej Polski i Niemiec”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2006.

Z tego rozdziału Czytelnik dowie się:

- Jakie korzyści wynikają ze współpracy międzyinstytucjonalnej w przeciwdziałaniu narkomanii?
- Czym różni się współpraca „pionowa” od „poziomej”?

Wprowadzenie

Problemy związane z narkotykami, podobnie jak inne problemy społeczne, znajdują się w polu zainteresowania wielu służb i instytucji, poczynając od placówek edukacyjno-wychowawczych, poprzez służbę zdrowia, pomoc społeczną, aż do instytucji strzegących porządku publicznego i przestrzegania prawa. Wprawdzie każda z owych instytucji zajmuje się innym aspektem zjawiska, to **współpraca między nimi może znacznie podnieść efektywność działań każdej z nich**. Współpraca taka realizować się powinna przede wszystkim na szczeblu jednostek podstawowych, dla których społeczność lokalna, tj. miasto czy gmina, stanowi naturalny poziom integracji. W dobie decentralizacji państwa i wzrostu uprawnień samorządów lokalnych, zwiększa się rola społeczności także w rozwiązywaniu problemów społecznych. **Poziom lokalny to miejsce podejmowania bezpośrednich działań i personalnego kontaktu z klientem.** Wprawdzie tylko niektóre instytucje reagujące na problem narkotyków i narkomanii podlegają władzom gminy (pomoc społeczna, szkoły podstawowe i gimnazjalne, podstawowa opieka zdrowotna, straż miejska), a większa część podporządkowana jest powiatowi, województwu lub nawet szczeblowi centralnemu (lecznictwo uzależnień lekowych, szkoły ponadgimnazjalne, szkoły wyższe, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, sądy, placówki penitencjarne, prokuratura, policja, itp.), to jednak agendy tych instytucji działając na terenie gmin zaspakajają potrzeby ich mieszkańców. Ich działania mają zatem przede wszystkim wymiar lokalny. Mogą też one wchodzić między sobą i z instytucjami podległymi gminie w różnego rodzaju porozumienia, czy tworzyć wspólne ciała koordynacyjne.

Funkcje i zakres współpracy

Podejmowanie współpracy przez różne instytucje zwykle ma czemuś służyć. Nie wystarczy zatem określić zasad współpracy, trzeba jeszcze sformułować jej cele. Takim celem może być poprawa jakości oferty pomocy osobom uzależnionym, czy zwiększenie jej dostępności albo zintensyfikowanie oddziaływań profilaktycznych w szkołach. Cele współpracy mogą przybierać bardziej ogólną postać, jak na przykład opracowanie i wdrożenie kompleksowego, lokalnego programu przeciwdziałania narkomanii. Ważne jest, aby definiowanie celów bazowało na dokładnym rozeznaniu potrzeb, czyli brało pod uwagę stan zjawiska oraz dotychczasowe doświadczenia w sposobach reagowania na nie.

Cele działania poszczególnych instytucji miewają **charakter komplementarny**, w takich przypadkach zsynchronizowanie ich realizacji przynosi wymierne korzyści. Przykładem może być pomoc osobom uzależnionym, w którą zaangażowane są placówki leczenia i rehabilitacji oraz agendy pomocy społecznej. Ich współdziałanie może przyczynić się do ułatwienia dostępu osobom uzależnionym do każdej oferty.

Nawet jednak wtedy, gdy specyficzne cele działań instytucji pozostają daleko od siebie, wchodząc wręcz niekiedy w konflikt, współpraca polegająca choćby na określeniu jasnych reguł postępowania może przyczynić się do zwiększenia efektywności działań i unikania niepożądanych efektów ubocznych. Za przykład posłużyć mogą programy redukcji szkód oraz działania policji wymierzone w nielegalny rynek narkotyków. Oba rodzaje aktywności przebiegają w środowiskach osób używających narkotyków i tylko jasno zdefiniowane i wspólnie wypracowane reguły postępowania każdej ze służb pozwalają uniknąć

kolizji. Znane są przypadki, gdy nieprzemyślane intensywne akcje policyjne spychały narkomanów do głębokiego podziemia, kładąc się cieniem na zgłaszalności do leczenia w lokalnych placówkach. Z drugiej strony można wskazać wiele przykładów na wypracowanie takich reguł pracy policji, które sprzyjają podejmowaniu przez osoby uzależnione prób leczenia i korzystania z innych form pomocy dostępnej lokalnie.

Typy struktur współpracy

Inicjatywa tworzenia gremiów współpracy może wyjść od władz różnych szczebli, przy czym najczęściej będą to **władze gminy** czy **powiatu**. Są one bowiem odpowiedzialne za planowanie, koordynację, ewaluację oraz do pewnego stopnia finansowanie działań z obszaru szeroko rozumianego ograniczania popytu na narkotyki, w tym działań z zakresu pomocy dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem na swoim terenie. W tym kontekście możemy mówić o tworzeniu struktury współpracy „pionowej”.

Inicjatywa w zakresie tworzenia zrębów współpracy może wyjść od nauczycieli, innych specjalistów, terapeutów, ale także instytucji, placówek i projektów uwikłanych w konkretne działania praktyczne. W tym kontekście możemy mówić o tworzeniu struktur „współpracy poziomej”.

Współpraca „pionowa”

W formach współpracy „pionowej” spotykamy najczęściej następujące modele:

- rady doradcze,
- grupy projektowe,
- grupy eksperckie,
- rady koordynacyjne.

Struktury współpracy pionowej wykorzystują wiedzę **specjalistów** od działań praktycznych dla potrzeb analizy i planowania, sterowania oraz opracowywania koncepcji i strategii.

Krąg specjalistów, którzy mogą być powoływani do pracy w takich gremiach, obejmuje zwykle przedstawicieli:

- ambulatoryjnej pomocy dla osób uzależnionych,
- stacjonarnej pomocy dla osób uzależnionych,
- placówek profilaktycznych,
- medycyny rodzinnej,
- pomocy społecznej,
- oświaty,
- wymiaru sprawiedliwości,
- policji,
- organizacji pozarządowych.

Skład takich gremiów zależy od zakresu tematycznego prac. W przypadku pewnych zagadnień zespół taki może zostać rozszerzany – także tymczasowo. **Specjaliści mają za zadanie doradzać osobom ponoszącym odpowiedzialność za politykę lokalną w następujących zakresach:**

- analiza skuteczności interwencji;
- formułowanie na konkretny okres priorytetów opieki w regionie;
- analiza zasobów i ich rozmieszczenia w gminie;
- formułowanie zapotrzebowań natury merytorycznej, instytucjonalnej, finansowej.

Rady doradcze i podobne gremia mogą być powoływane także krótkoterminowo i zajmować się tylko konkretnymi wycinkowymi tematami albo realizować konkretne zadania w ograniczonym czasie. Rady doradcze i podobne gremia mogą także towarzyszyć władzom lokalnym w dłuższej perspektywie czasowej.

Struktury współpracy „pionowej” powoływane są zwykle w celu:

- wspólnej oceny pracy;
- wspólnego planowania pracy;
- wspólnego opracowania koncepcji;
- budowy projektów i struktur;
- analizy braków w zakresie profilaktyki i pomocy osobom uzależnionym;
- zdefiniowania priorytetów na szczeblu lokalnym.

Jeżeli gremium takie ma pracować w dłuższej perspektywie czasowej, np. jako stała rada doradcza, zapewnia ona możliwość długofalowego i nieprzerwanego korzystania z wiedzy specjalistów. Pracami takiego zespołu kieruje zwykle przedstawiciel administracji, która zainicjowała jego powstanie. Może ona jednak także delegować kierowanie na jednego z członków gremium, nie cedując jednocześnie odpowiedzialności. Instytucja ta dba także zwykle o stworzenie członkom rady stosownych warunków pracy (pomieszczenia, czas, materiały). Gremia kooperacyjne organizowane są w sposób wiążący oraz zorientowany na cele i rezultaty. Dla zoorganizowania pracy przydatne jest uzgodnienie reguł, wedle których ma ona przebiegać. W przypadku stałych zespołów reguły mogą przybrać formę regulaminu. Opisane w nim powinny być zadania zespołu, skład, sposób powoływania członków, częstotliwość spotkań, sposób powołania czy wyboru przewodniczącego i ewentualnie innych osób funkcyjnych (wiceprzewodniczący, sekretarz, itp.), reguły zwoływania spotkań i sposób zawiadamiania o nich, wreszcie kwestie protokołowania obrad. Protokoły dokumentujące prace zespołu umożliwiają monitorowanie jej efektów.

Współpraca „pozioma”

Ten typ struktur współpracy odróżnia się od poprzedniego nie tylko innym inicjatorem przedsięwzięcia, ale także sposobem organizacji współdziałania. Współpraca taka jest często mniej sformalizowana, chociaż może także przybierać postać formalnych porozumień między instytucjami. Jej zakres też jest zwykle węższy, ograniczony do konkretnego obszaru, np. pomocy osobom uzależnionym lub postępowania z okazjonalnym użytkownikiem narkotyków, względnie opieki nad osobami uzależnionymi w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności oraz po jej wykonaniu. Zawsze ważne jest, aby wstępnie zdefiniować i uzgodnić cele, których realizacji współpraca ma służyć.

Ten typ współpracy podejmować mogą placówki i organizacje, działające w różnych dziedzinach przeciwdziałania narkomanii. Nawiązywać mogą ją także profesjonaliści zajmujący się tą problematyką.

U podłoża zrodzenia się takiej współpracy leżą niekiedy podzielane przez praktyków przekonania o niewystarczającym stopniu lub błędnych kierunkach planowania i sterowania lokalną polityką przeciwdziałania narkomanii, albo w ogóle braku jakiegokolwiek koordynacji działań. Praktycy mogą na przykład zidentyfikować merytoryczne lub strukturalne luki w zakresie opieki nad osobami uzależnionymi lub stwierdzić nieskuteczność podejmowanych działań. Mogą też zauważyć, że pewne szkoły w mieście wprost zalewane są interwencjami profilaktycznymi, a do innych nikt nie przychodzi i nie pozostaje to w żadnym związku z poziomem zagrożenia czy potrzebami tych szkół. Tego typu konstatacje mogą skłonić do podjęcia wspólnych działań.

Współpraca „pozioma” na poziomie lokalnym ma zwykle **charakter interdyscyplinarny**, podejmują ją instytucje z różnych sektorów. Może też przybrać **charakter branżowy** – angażować instytucje tego samego typu. Ten rodzaj współpracy rzadziej zdarza się na poziomie lokalnym, chociaż można sobie wyobrazić na przykład współpracę szkół w jednej gminie czy lokalną sieć lekarzy rodzinnych zawiązaną po to, by wnieść wspólny wkład w pomoc osobom uzależnionym. Współpraca branżowa zawiązywana jest niekiedy po to, by skutecznie wyartykułować na poziomie gminy wspólny interes, na przykład wywalczyć więcej środków na profilaktykę w szkołach.

Współpraca „pozioma” może przybierać różne formy. Począwszy od luźnych spotkań uzgodnieniowych po stworzenie mniej czy bardziej sformalizowanych procedur wspólnego postępowania czy przepływu informacji. W budowaniu takiej wspólnej strategii wobec klientów różnych instytucji trzeba zawsze pamiętać nie tylko o obiektywnym interesie klienta, ale także o jego podmiotowości w procesie korzystania z różnego typu świadczeń. Inaczej mówiąc, zintegrowana oferta pomocy, czy choćby **przepływ informacji**

o kliencie, musi zawsze uprzednio zdobyć jego akceptację. To samo dotyczy oddziaływań profilaktycznych. Szczególnie delikatnej natury jest tu styk aktywności placówek pomocowych i instytucji porządku publicznego. Współpraca między instytucjami z tych sektorów wymaga bardzo precyzyjnych uregulowań i wyjątkowo transparentnej realizacji. W żadnym też wypadku nie może dochodzić do przepływu informacji o kliencie z sektora pomocowego do organów ścigania.

Współpraca między segmentami systemu pomocy osobom uzależnionym

Współpraca między instytucjami jest szczególnie istotna w obszarze pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin. Racjonalne i co za tym idzie skuteczne działania w zakresie pomocy uwzględniać powinny wszystkie aspekty towarzyszące powstaniu i konsekwencjom uzależnienia. Skuteczna pomoc musi zintegrować wszystkie możliwe środki w różnych obszarach oraz doświadczenia różnych służb, tak aby umożliwić narkomanowi stabilizację i wyjście z uzależnienia. **Zintegrowany system opieki** powinien zatem obejmować zarówno świadczenia związane ściśle z uzależnieniem, jak też świadczenia ogólnej służby zdrowia, pomocy dla młodzieży, wymiaru sprawiedliwości, policji, oświaty oraz samopomocy. Zintegrowane systemy opieki należy organizować jak najbliżej społeczności lokalnych, z uwzględnieniem uwarunkowań ekonomicznych, kulturowych, społecznych i administracyjnych wykorzystując wszystkie istniejące zasoby.

Współpraca między segmentami systemu opieki oznacza, że poradnie lub inne placówki terapeutyczne czy instytucje oferujące inne formy pomocy łączą siły i starają się współdziałać. Takie współdziałanie może z czasem prowadzić do powstania stowarzyszeń specjalistycznych.

Współpraca taka może obejmować między innymi:

- placówki ambulatoryjne (poradnie, punkty konsultacyjne);
- placówki stacjonarne (oddziały detoksykacyjne, ośrodki rehabilitacyjne);
- programy leczenia substytucyjnego;
- grupy samopomocowe;
- placówki pomocy post-terapeutycznej (hotele, mieszkania rotacyjne, itp.);
- programy redukcji szkód;
- ogniwa pomocy społecznej;
- rejonowe biura pracy;
- podstawowa i specjalistyczna opieka zdrowotna;
- placówki oświatowe;
- inne jednostki uczestniczące w systemie pomocy;
- placówki poradnictwa lub opieki wymiaru sprawiedliwości.

Celem tak szeroko zakrojonej współpracy jest udostępnienie potencjalnemu klientowi systemu pomocy kompleksowego zestawu świadczeń, które będą w maksymalnym stopniu odpowiadały jego potrzebom. Chodzi zatem o to, by osoba zgłaszająca się po pomoc miała szansę wyboru najlepszej dla niej drogi leczenia, a może tylko zmiany wzoru używania narkotyków na mniej destrukcyjny i jednocześnie uzyskiwała łatwość w skorzystaniu z oferty różnych instytucji, które mogą ją wspomóc w procesie zmiany stylu życia. Wsparcie socjalne, możliwość podjęcia przerwanej niegdyś nauki, czy pomoc w zdobyciu pracy to często nieodzowne warunki podjęcia, czy kontynuacji terapii i jej finalnego sukcesu. Bez uzyskania pomocy medycznej w zakresie schorzeń nabytych często w konsekwencji używania narkotyków, czy związanego z tym stylu życia, przeważnie nie może być mowy o pełnym dojściu do zdrowia. W uzyskiwaniu każdego z tych świadczeń osoby uzależnione od narkotyków napotykają zwykle różne bariery, z których dwie wydają się najtrudniejsze do przezwyciężenia: bariera własnej życiowej nieporadności i bierności oraz *image* „narkomana”, z którym trudno o społeczną akceptację. Zintegrowany system pomocy oparty na mechanizmach współpracy między instytucjami może te bariery w znacznym stopniu usunąć.

Inny model praktycznego współdziałania to wiążące porozumienia o współpracy zawierane między różnymi placówkami systemu pomocy, na zasadzie dwustronnej. Na przykład poradnia dla osób uzależnionych może zawrzeć porozumienie z oddziałem detoksykacyjnym. Porozumienie takie może regulować przyjmowanie klientów poradni na oddział, zakres pomocy udzielany przez poradnię po zakończeniu hospitalizacji, wzajemne informowanie się o postępach klienta w terapii, sposoby reagowania w sytuacjach kryzysowych.

Innym przykładem może być porozumienie między zakładem karnym a poradnią, które regulować może zasady i zakres udzielanie świadczeń terapeutycznych czy socjalnych osadzonemu, uzależnionemu od narkotyków.

Poradnia może zawrzeć porozumienie z lekarzem. Porozumienie reguluje przekazywanie klientów do gabinetu lekarza w celu leczenia i oceny oraz wzajemną sprawozdawczość. Tego typu porozumienie może zwłaszcza dotyczyć wspólnego leczenia pacjentów substytucyjnych i opieki nad nimi.

Korzyści wynikające z podjęcia współpracy

Zasadniczymi beneficjentami korzyści wynikających z podjęcia współpracy między instytucjami są ich klienci, czy szerzej – adresaci ich działalności. Dzięki współpracy między instytucjami **oferta pomocy każdej z nich staje się bardziej dostępna i łatwiej dopasować ją do potrzeb indywidualnego klienta**. Zintegrowane dzięki współpracy międzyinstytucjonalnej działania profilaktyczne powinny także okazać się bardziej efektywne.

Współpraca między instytucjami przynosi też zwykle korzyści im samym oraz ich pracownikom. Własny profil, własne kompetencje oraz doświadczenia są integrowane ze wspólnymi lokalnymi priorytetami w zakresie polityki społecznej. Dzięki mechanizmom współpracy mają one swój wkład w analizę, planowanie, pracę koncepcyjną i wreszcie lokalną komunikację społeczną. Mogą one dzięki konfrontacji z innymi instytucjami i organizacjami skryształizować swój profil etyczny i merytoryczny.

Pracownicy instytucji wchodzących we współpracę poznają innych specjalistów, mają okazję do **wymiany doświadczeń i poszerzenia swojej wiedzy fachowej**. Poznają nowe koncepcje i mogą sprawdzać je w swej praktyce zawodowej, przejmując elementy, które uznają za słuszne. Mogą poznać inne doświadczenia w zakresie administracji czy organizacji, a także skryształizować swój profil zawodowy, zdobyć uznanie i mieć wpływ na rozwój systemu opieki, także poza swym miejscem pracy. Mają szansę na zwiększenie dystansu do własnej praktyki zawodowej i spojrzenia na własną pracę z innej perspektywy. Uczą się myśleć w sposób systemowy.

Nawiązanie sieci powiązań współpracy między instytucjami lokalnymi jest też korzystne dla całej społeczności przyczyniając się do ogólnej poprawy organizacji życia społecznego w gminie, czy mieście. Wydaje się, że kultura kooperacji to dziedzina, w której jest w naszym kraju jeszcze wiele do zrobienia.

Warto zapamiętać!

- Współpraca między instytucjami zaangażowanymi w problem narkomanii może znacznie podnieść efektywność działań każdej z nich.
- Wyróżnia się dwa typy struktur współpracy: „pionową” – opierającą się na wiedzy specjalistów, oraz „poziomą” – mniej sformalizowaną.
- Celem współpracy między instytucjami systemu pomocy osobom uzależnionym jest udostępnienie potencjalnemu klientowi kompleksowego zestawu świadczeń, który w stopniu maksymalnym będzie odpowiadał potrzebom osoby uzależnionej.

8.5 Rozwiązywanie konfliktów

Anna Hejda, Beata Kozłowska

Z tego rozdziału¹⁰ Czytelnik dowie się:

- Jakiego są źródła konfliktu?
- Jaką dynamiką charakteryzuje się konflikt?
- Jak powinien wyglądać proces rozwiązywania konfliktów?
- Jakie techniki mogą być pomocne przy rozwiązywaniu sytuacji kryzysowych?

Żyjemy w społeczeństwie, w którym **poszczególne jednostki oraz grupy społeczne mają sprzeczne ze sobą cele, potrzeby i dążenia**. Czasami potrzeb jednej z grup nie da się zrealizować bez naruszenia interesów drugiej, niekiedy zaspakajanie potrzeb czy rozwiązywanie problemów wymaga współpracy pomiędzy grupami. Przygotowanie i następnie realizacja programu przeciwdziałania narkomanii jest jednym z takich działań, w których opisane wyżej sytuacje mogą wystąpić. Niektóre planowane do realizacji projekty/aktywności mogą spotkać się ze sprzeciwem społeczności lokalnej, a nawet wywoływać konflikty społeczne. Inne, dla swojej realizacji będą wymagały współpracy różnych grup, mających niekiedy odmienne interesy. Z tego względu przed przystąpieniem do przygotowywania programu warto zapoznać się z problematyką konfliktów i poznać sposoby ich rozwiązywania, aby w razie wystąpienia takiej sytuacji, skutecznie sobie z nimi poradzić.

Z konfliktem mamy do czynienia wtedy, kiedy dwie lub więcej stron ma sprzeczne interesy lub cele i świadomie podejmuje działanie, aby przeszkodzić pozostałym stronom w osiągnięciu tych celów lub realizacji interesów.

Stosunek do konfliktu na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat zmieniał się, ewoluując od poglądu, że każdy konflikt jest zły i należy go unikać, poprzez akceptację konfliktu jako naturalnej cechy stosunków międzyludzkich do uznania, że to, czy konflikt jest dobry czy też zły, zależy od jego rodzaju, a pewien poziom konfliktu jest warunkiem koniecznym, aby mogły zachodzić zmiany i dokonywał się rozwój. Obecnie konflikty traktuje się jako **zjawiska naturalne i nieuniknione**, nierozdzielnie związane z działalnością człowieka. Uznaje się także, że mogą mieć zarówno charakter pozytywny i stymulować rozwój, jak i w sposób destrukcyjny wpływać na aktywność ludzi.

O ile każdy dość łatwo wyobrazi sobie negatywne konsekwencje konfliktu, o tyle pozytywny, funkcjonalny charakter konfliktu wymaga kilku słów wyjaśnienia. Konflikty stanowią swoistego rodzaju **zawór bezpieczeństwa**, dzięki któremu możliwe jest obniżenie – w formach przewidzianych prawem i akceptowanych społecznie – napięcia pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Niejednokrotnie tego typu spory prowadzą do wypracowania dobrych rozwiązań, zadawalających różne środowiska i stymulujących rozwój. Jednak, aby tak się stało, konieczne jest odpowiednie podejście do rozwiązywania sytuacji konfliktowej.

Różne podejścia do konfliktu

Wybrane podejścia do konfliktu:

- unikanie,
- ignorowanie,
- ustępstwo,
- kompromis,

¹⁰ Tekst ten został opracowany przede wszystkim na podstawie książki Stanisława Chelpy i Tomasza Witkowskiego *Psychologia konfliktu*, Biblioteka Moderatora, Wrocław 2004, a także S. P. Robins, *Zasady zachowania w organizacjach*, Zysk i S-ka, Warszawa 2001.

- walka,
- deprecjonowanie,
- eskalacja,
- szukanie „kozła ofiarnego”,
- problem do rozwiązania.

Większość osób uważa konflikt za coś, czego za wszelką cenę należy unikać. Trudno się temu dziwić, skoro dość powszechne jest przekonanie, że konflikty są zjawiskiem negatywnym. Często staramy się przekonać siebie i innych, że nie ma żadnej sprawy, **unikamy** poruszania drażliwych kwestii „dla świętego spokoju”. Wydaje nam się, że najlepiej jest przeczekać, a konflikt jakoś sam się rozwiąże (co niestety przeważnie się nie sprawdza).

Podobne przekonanie leży u podstaw innego podejścia, jakim jest **ignorowanie konfliktu**. Polega ono na niepodjęciu rozmów ze stroną przeciwną, nieprzyjmowaniu jej argumentów, braku zrozumienia dla jej sytuacji, przy jednoczesnej prezentacji swojego niezmiennego stanowiska. Nawet, kiedy dojdzie do rozmów, strona ignorująca konflikt deleguje do ich prowadzenia osoby o niskich kompetencjach, nieposiadające żadnych pełnomocnictw. W konsekwencji druga strona czuje się lekceważona, co sprzyja radykalizacji poglądów i usztywnieniu dotychczasowego stanowiska i powoduje pogłębienie istniejącego konfliktu. Odwlekanie momentu zmierzenia się z konfliktem jest wynikiem przekonania, że w międzyczasie może zdarzyć się coś, co pozwoli uniknąć trudnej sytuacji. Takie podejście powoduje, że obie strony, czekając na moment konfrontacji, utwierdzają się w swoich pierwotnych przekonaniach, a konflikt wzmacnia się w wyniku ich chęci zachowania własnej godności i konsekwencji w działaniu.

Inną reakcją na konflikt jest **ustępstwo**. Może nastąpić bez walki, kiedy po prostu dochodzimy do wniosku, że nie mamy szans i ustępujemy. Czasami rezygnacja następuje dopiero po przegranej walce. Niekiedy jedna ze stron poświęca się i ustępuje, żeby nie utracić jakiejś innej, cennej dla niej wartości. Bliski ustępowi jest **kompromis**, w którym obie strony rezygnują z części roszczeń i dzielą się przedmiotem konfliktu, a kiedy nie jest to możliwe, wynagradzają drugiej stronie odstąpienie od części żądań w inny sposób. Wiara w skuteczność tej techniki ma swoje źródło w przekonaniu, że spory są nierozwiązywalne, a każda ze stron może zadowolić się częściową realizacją swoich żądań. Rozwiązanie kompromisowe nie jest skuteczną strategią rozwiązywania konfliktów, ponieważ w rzeczywistości tylko odsuwa spór w czasie. Częściowe spełnianie żądań i połowiczne ustępstwa tak naprawdę prowadzą do eskalacji konfliktu, który nie wybucha od razu, ale w ukryciu rozwija się.

W pewnych sytuacjach, jedna lub obydwie strony, aby poradzić sobie z konfliktem podejmują **walkę**. Może ona mieć formę rywalizacji lub prawdziwej walki o przedmiot sporu. Celem tej strategii bywa też chęć wykreowania się na ofiarę sporu po to, aby zyskać poparcie i dodatkowy argument w negocjacjach. W przypadku rywalizacji wygrana zawsze odbywa się kosztem drugiej strony, która albo pogodzi się z przegraną albo będzie pielęgnować konflikt, mając nadzieję na drugą rundę. Prawdziwa walka także prowadzi donikąd, gdyż kolejne ofiary i nieszczęścia tylko zaostrzają konflikt. Obie strony dążą do całkowitego wyniszczenia drugiej, bo tylko w takiej sytuacji mogą być zwycięzcami. Najczęściej obie strony przegrywają. Takie konflikty są ze swej istoty nie do rozwiązania.

Techniką często stosowaną przy strategiach rywalizacyjnych jest **deprecjonowanie**, czyli umowne zmniejszanie wartości przeciwnika w sporze. Badania pokazują, że łatwiej jest skrzywdzić człowieka, którego wcześniej nazwaliśmy w sposób, który w wymiarze słownym pozbawił go człowieczeństwa. W konfliktach, kłótniach, często najpierw poddaje się w wątpliwość zdolności umysłowe drugiej strony, a następnie powątpiewa się w jej zdrowie psychiczne. Kolejny krok to odebranie przeciwnikowi prawa do bycia człowiekiem i nazywanie go różnymi określeniami, będącymi nazwami zwierząt lub rzeczy. Po takim zabiegu, skrzywdzić drugiego człowieka jest dużo łatwiej, ponieważ w mniemaniu osób stosujących tę technikę, przestał on już posiadać ludzkie cechy.

Inną techniką stosowaną w takich sytuacjach jest **eskalacja**. W przypadku eskalacji obie strony sporu rozszerzają konflikt o dodatkowe kwestie lub zmieniają przedmiot sporu. Często także poszukują sprzymierzeńców po to, aby w spór włączyć jak najwięcej osób i uzyskać przewagę nad przeciwnikiem. Eskalacja może mieć dwie formy: spontaniczną i strategiczną. Spontaniczna ma tendencję do łączenia konfliktów dotyczących faktów z konfliktami wynikającymi z zagrożenia samooceny. Charakteryzuje się

takimi cechami jak: atak, rywalizacja, wymuszenia, oskarżenia, sankcje. Strategiczna eskalacja polega na świadomym rozszerzeniu konfliktu po to, aby można było go zakończyć poprzez przyjęcie rozwiązania, które wcześniej nie było akceptowane, natomiast teraz, poprzez porównanie do obecnej skali konfliktu, wydaje się być jedynym zadawalającym. Należy podkreślić, że strategiczna eskalacja nie jest metodą rozwiązywania sporów, służy jedynie do ujawnienia konfliktu.

Kolejne, nieskuteczne jednak na dłuższą metę podejście do rozwiązywania konfliktu, to znalezienie „**kozła ofiarnego**” – osoby lub grupy osób, które są wskazywane jako winne zaistniałej, niekorzystnej sytuacji. Strony konfliktu zazwyczaj łączą się w działaniu przeciwko wskazanej osobie lub grupie. Jest to technika nieskuteczna, ponieważ po wyeliminowaniu kozła ofiarnego, spór powraca.

Wreszcie można **konflikt potraktować jako problem do rozwiązania** – taka postawa jest sytuacją wyjściową do podjęcia negocjacji lub zastosowania innych technik wspierających porozumienie. Nim przejdziemy do ich prezentacji, konieczne jest pokazanie, skąd konflikty się biorą i jaka jest dynamika ich rozwoju.

Źródła konfliktów

Źródła konfliktów mogą być bardzo różne i prawdopodobnie nie jest możliwe przedstawienie ich wyczerpującej listy, ograniczymy się więc do wskazania kilku wybranych.

Potrzeby

Historia ludzkości pokazuje, że najczęstszą przyczyną konfliktów były **niezaspokojone potrzeby**. Amerykański psycholog A. Maslow, obserwując zachowania ludzi stwierdził, że **potrzeby zaspakajane są według określonej kolejności**. Najpierw ludzie zaspakajają **potrzeby fizjologiczne** (takie jak głód, pragnienie, sen, ciepło, odpoczynek, seks), następnie **potrzeby bezpieczeństwa** (ochrona, stabilność, dobre samopoczucie, pewność jutra), w dalszej kolejności **potrzeby społeczne** (m.in. przyjaźń, miłość, akceptację, prestiż) i na końcu **potrzeby indywidualne** (szacunek do samego siebie, wolność, samo-realizacja). Ta kolejność wpływa na siłę i dynamikę sporu. Im niżej niezaspokojona potrzeba znajduje się w hierarchii potrzeb, tym konflikty będzie silniejszy.

Niektórzy psychologowie zwracają uwagę na to, że zbyt rzadko w rozwiązywaniu sporów brana jest pod uwagę **potrzeba swobody i niezależności**. Swoboda dokonywania wyboru jest potrzebna każdemu człowiekowi do tego, aby mógł realizować inne swoje potrzeby, jest więc najbardziej pierwotną z potrzeb. Jeżeli nawet nie jest bezpośrednią przyczyną sporu, to pojawi się w trakcie, utrudniając jego rozwiązanie. Wszystkie próby zmuszenia kogoś do przyjęcia rozwiązania zaproponowanego przez jego oponenta będą spotkały się z oporem, nawet jeżeli propozycje te będą rozsądne. Im większy będzie nacisk, tym silniejsze przeciwdziałanie. Jeżeli do tego dojdzie potrzeba wyjścia z godnością z trudnej sytuacji (zachowania twarzy), rozwiązanie konfliktu stanie się jeszcze trudniejsze.

Komunikacja

Współczesna psychologia potwierdza, że decydujące znaczenie dla zachowania człowieka mają nie bodźce płynące z otoczenia zewnętrznego czy popędów, ale **informacje** odczytywane z tych bodźców. Brak komunikacji czy błędy w komunikacji mogą stwarzać warunki sprzyjające powstawaniu konfliktów. W pierwszym przypadku strony mogą nie wiedzieć, że ich interesy nie są sprzeczne, a w drugim może dojść do niewłaściwego zrozumienia intencji jednej ze stron i zablokowania możliwości jakiegokolwiek porozumienia.

Czynniki osobowe

Czynniki osobowe to **indywidualne systemy wartości i uprzedzenia, typy osobowości**. Każdy człowiek przypisuje inne znaczenie takim wartościom jak np.: uczciwość, pracowitość, sprawiedliwość. Te różnice są odpowiedzialne za uprzedzenia czy odmienne oceny tej samej sytuacji, a to z kolei stanowi źródło wielu konfliktów.

Badania wykazują, że niektóre typy osobowości przyczyniają się do powstawania konfliktów, np. **osobowość autorytarna**. Według jednej z teorii, ludzie charakteryzujący się taką osobowością uważają, że światem rządzą niezależne do człowieka siły, którym on się podporządkowuje. Dlatego osoby posiadające taką osobowość poszukują silnych autorytetów, silnie utożsamiają się z własną grupą i ją idealizują. W stosunku do innych są wrogo nastawieni, pełni uprzedzeń i nietolerancyjni. Często posługują się stereotypami. Zachowania osób o osobowości autorytarnej mogą inicjować konflikty, a rozwiązywanie sporu, w którym uczestniczą takie osoby, będzie niezwykle trudne.

Dynamika konfliktu

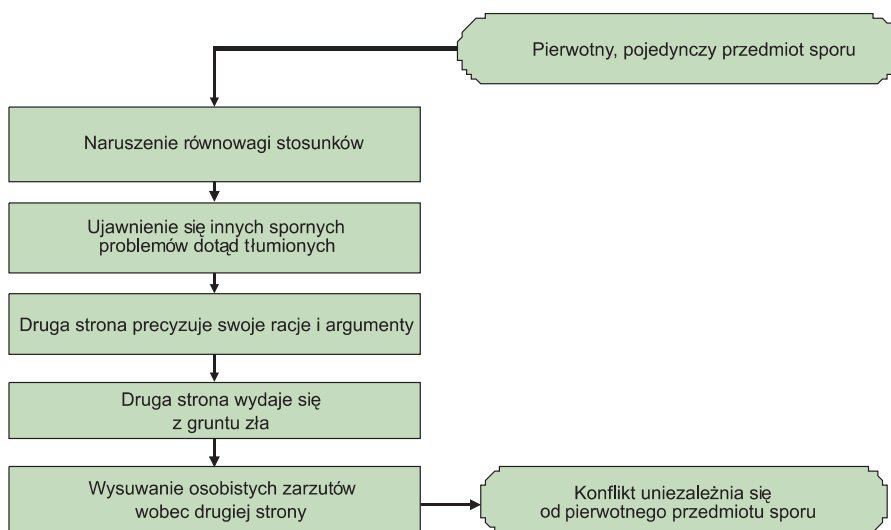
Jeszcze nim konflikt ujawni się światu, na podstawie różnych czynników można zaobserwować pojawienie się sporu. Świadczą o tym różnego rodzaju zachowania, które nazywa się **detektorami konfliktu**.

Przykładami detektorów konfliktów mogą być m.in.:

- unikanie kontaktu,
- sformalizowanie wzajemnych kontaktów i bardzo mała tolerancja na popełniane błędy,
- prowokowanie określonych zachowań i ich złośliwe komentowanie,
- ignorowanie,
- blokowanie dostępu do informacji potrzebnych drugiej stronie,
- podkreślanie różnic,
- atakowanie przewidywanych działań partnera,
- brak zgodny na każdą propozycję wysuwaną przez drugą stronę,
- uparte obstawanie przy swoim zdaniu,
- zarzucanie drugiej stronie braku dobrej woli i chęci współpracy,
- nieufność i pojawienie się zachowań obronnych,
- zawłaszczenie kontaktów partnera.

Kiedy spór się pojawia, zawsze toczy się o coś – **dobra materialne lub symboliczne** (wartości, przekonania). Warto zauważyć, że ten drugi rodzaj sporu jest trudniejszy do rozwiązania, ponieważ dobra symboliczne są trudniejsze do podzielenia, niejednokrotnie są związane z indywidualnymi doświadczeniami czy kulturą. Od momentu pojawienia, jeżeli nie zostały podjęte właściwe kroki, aby go rozwiązać, konflikt narasta, przybierając co raz to nowe formy. Sprzyjają temu procesy spostrzegania społecznego, które powodują, że ludzie mają niezgodny z rzeczywistością obraz sytuacji. Najczęściej widzą siebie jako **ofiary działania** drugiej strony, która musi bronić swoich wartości. Proponują „jedyne sprawiedliwe rozwiązanie”, które przez złośliwość drugiej strony nie zostaje przyjęte. W konsekwencji postrzegają siebie jako stronę dobrą, a swojego przeciwnika w sporze, jako stronę złą. Czasem, postępując niewłaściwie nie są w stanie tego dostrzec, chociaż dość łatwo rozpoznają niewłaściwe zachowanie u przeciwnika, a nawet kiedy są świadomi niestosowności swojego zachowania uważają, że mają do tego prawo, a nawet że muszą się tak zachować, ponieważ ta druga strona ich do tego zmusiła. Dynamika sporu została dość dobrze pokazana w modelu Colemana, w którym nierozwiązywalny spór o konkretny przedmiot przekształcił się w spór o coś zupełnie innego.

Rysunek 21. Dynamika incydentu konfliktowego wg Jamesa S. Colemana



Źródło: J. S. Coleman, *Community Conflict*, New York 1957 – cyt. za Chelma S., Witkowski T., *Psychologia konfliktów*, Biblioteka moderatora.

Przebieg konfliktów bywa różny. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że w idealnym konflikcie po fazie pierwszej, kiedy można zauważyć pojawiające się pierwsze **detektory konfliktu**, pojawia się faza druga – **wrogości**, w której ilość detektorów konfliktu jest coraz większa i bardziej intensywna. Faza ta kończy się **kulminacją** (faza trzecia), czyli rozładowaniem napięcia w awanturze. Wylewająca się fala emocji uniemożliwia podjęcie jakichkolwiek racjonalnych działań. Ponieważ stan wysokiego napięcia jest trudny do zniesienia dla obu stron, konflikt wchodzi w czwartą fazę – **wyciszania**. Jeżeli strony komunikują się jest wtedy szansa na oddzielenie emocji od faktów i przejście do fazy piątej – ostatniej, czyli **porozumienia**.

Skoro wiemy już jak powstają konflikty, zobaczmy jak powinien wyglądać proces ich rozwiązywania.

Cztery kroki prowadzące do rozwiązania sporu

Pierwszym krokiem prowadzącym do rozwiązania sporu jest **analiza obecnej sytuacji**. Dobrze jest odpowiedzieć sobie na pytania:

- Kto jest uwikłany w spór?
- Jaki jest jego przedmiot?
- Na ile konflikt jest wywołany chęcią zachowania twarzy?
- Jak może zachować się druga strona konfliktu?
- Do jakiego miejsca możemy posunąć się my sami?
- Jakie są nasze argumenty?

Kolejny krok to **spotkanie ze stroną przeciwną**. Czas i miejsce rozmów powinny być uzgodnione z drugą stroną. Już samo osiągnięcie porozumienia w tych, zdawałoby się, mało istotnych kwestiach, tworzy pierwsze podwaliny porozumienia.

Krok trzeci to **spór**. Jak zauważają znawcy tej tematyki, często spór rozpoczyna się od wzajemnych oskarżeń, a nawet zniewag, które tak naprawdę stanowią jedynie ujście dla nagromadzonej złości. Znacznie lepiej jest przekazać jasny komunikat o tym, że jesteśmy źli, podać, jakie są tego przyczyny i jaki jest poziom naszych emocji. Stosując takie podejście nie atakujemy strony przeciwnej, ale opowiadamy o sobie. Jest to także okazja do tego, aby pokazać drugiej stronie konfliktu, jakie dodatkowe czynniki pojawiły się w sporze.

W sytuacji, kiedy spór jest długotrwały i w procesie rozwiązywania doszło już lub dojdzie do wielu spotkań lub też konflikt nie został wzbogacony o silne emocje obu stron, spór dobrze jest rozpocząć od ustalenia reguł gry. Podobnie jak przy ustalaniu miejsca i czasu spotkania, także i ten aspekt rozwiązywania konfliktu jest momentem budowy porozumienia. Reguły gry mogą dotyczyć różnych aspektów naszych wzajemnych relacji, np. kiedy ktoś zabiera głos, inne osoby mu nie przerywają. Następnie należy dokonać analizy rozbieżności pomiędzy stronami sporu.

Ostatni krok to **wyjście ze sporu**. Celem tej fazy rozwiązywania konfliktu jest zapewnienie, żeby konflikt się nie odnowił. Dlatego ważne jest, aby ustalić, w jaki sposób przyjęte rozwiązanie będzie wdrażane w życie oraz opracować plan monitorowania i oceny tego wdrożenia. Kończąc spór konieczne trzeba pamiętać o znaczeniu gestów pojednania, które przypieczętowują rozejm.

Techniki wspomagające rozwiązywanie konfliktu

Jedną z technik przeciwdziałania powstawaniu konfliktów jest zaproszenie do współpracy potencjalnych przeciwników planowanego przedsięwzięcia bądź poprzez bezpośrednie uczestnictwo w pracach nad rozwiązaniem problemu bądź poprzez zasięgnięcie ich opinii. Dzięki temu od samego początku będzie można pracować nad spornymi kwestiami i wyłonić takie rozwiązanie, które w jak najmniejszym stopniu będzie naruszało interesy strony przeciwnej. **Partycypacja w podejmowaniu decyzji** wyboru sposobu rozwiązania problemu spowoduje także, że potencjalni przeciwnicy będą uważali wybrane rozwiązanie za swoje, a więc tym samym znacząco zmniejszy się ich opór przeciwko jego realizacji.

Najczęstszym podejściem przy negocjacjach jest zakładanie, że działamy w sytuacji **gry o sumie zerowej**, czyli jedna strona musi przegrać, aby inna mogła wygrać. Kiedy mamy do czynienia z taką sytuacją, każda ze stron określa to, co chciałaby maksymalnie uzyskać oraz jaki jest najniższy poziom akceptowanego rozwiązania. Obszar znajdujący się pomiędzy maksymalnym a minimalnym punktem zadowolenia podlega negocjacjom, czyli uzgodnieniom. W opisywanej sytuacji uzyskanie korzyści możliwe jest tylko pod warunkiem straty drugiej strony, a każda ze stron dąży do tego, aby uzyskać ich jak najwięcej i traktuje drugą jak przeciwnika, którego należy pokonać. Efektem takiego postępowania jest wrogość i pogorszenie możliwości dalszej współpracy. Strona przegrana zawsze będzie przekonana o swojej krzywdzie i może podejmować różne niekorzystne dla drugiej strony działania, aby to poczucie przegranej zmniejszyć.

Oczywiście, są sytuacje, w których mamy do czynienia z grą o sumie zerowej, np. musimy wyłonić zwycięzcę konkursu. Jednakże w większości przypadków tak nie jest, możliwe jest znalezienie rozwiązania zadowalającego obie strony. Takie podejście, w którym obie strony są zadowolone z osiągniętego rezultatu, nazywane jest „integracyjnym”, „**wygrana–wygrana**” lub „negocjacjami opartymi na zasadach”. Warunkiem prowadzenia negocjacji opartych na zasadach jest umiejętność oddzielenia ludzi od problemu, co pozwala na zmniejszenie w działaniu czynnika emocjonalnego, dbanie o dobro sprawy, a nie własną pozycję. Bardzo istotne jest również uznanie, że zadowalające rozwiązanie to takie, w którym obie strony stoją na wygranej pozycji i stosowanie obiektywnych kryteriów do sprawdzenia, czy wypracowane rozwiązanie faktycznie jest dla obu stron korzystne. Wymaga także otwartości i uczciwości, szczerej wymiany informacji, zrozumienia potrzeb drugiej strony oraz zaufania.

Burza mózgów

W trakcie pracy nad poszukiwaniem rozwiązania zadowalającego obie strony dobrze jest skorzystać z technik kreatywnego rozwiązywania problemów. Jedną z najbardziej znanych jest burza mózgów, w której **proces wyszukiwania potencjalnych rozwiązań oddzielony jest do procesu oceny**, aby zwiększyć kreatywność grupy. Do udziału w burzy mózgów warto zaprosić – oprócz osób bezpośrednio związanych z omawianym problemem – także kilka osób z zewnątrz: nieprofesjonalistów czy też osoby niezaangażowane w konflikt. Takie osoby powinny stanowić co najmniej 20% grupy. Chodzi o to, aby zapewnić świeże spojrzenie na problem, nieograniczone znajomością danego tematu czy emocjonalnym stosunkiem do problemu. W sytuacjach, kiedy przedmiotem burzy mózgów jest poszukiwanie

rozwiązania dla problemu, który rodzi konflikty, praca powinna odbywać się w miejscu neutralnym, niezwiązanym z żadną ze stron sporu, w nieformalnej atmosferze. Istotną kwestią jest też sposób organizacji pomieszczenia, w którym odbywa się burza mózgu. Przeprowadzone badania pokazują, że współpraca najbardziej sprzyja siedzenie obok siebie, na krzesłach ustawionych w półkolu na przeciwko tablicy, na której będą zapisywane pomysły. Sesję burzy mózgów powinna prowadzić osoba neutralna, która nie ma skłonności do oceniania pomysłów i narzucania swojego zdania. Pierwszy etap pracy polega na zgłaszaniu jak największej liczby pomysłów, które zapisywane są na tablicy w takim brzemieniu, jak zgłosili je ich autorzy. Pomysły te nie są oceniane ani poddawane krytyce. Nie podkreśla się także, kto jest autorem konkretnego pomysłu. Chodzi o to, aby stworzyć atmosferę przyjazną tworzeniu nowych rozwiązań, niejednokrotnie powstających na bazie pomysłu zgłoszonego przez inną osobę. Po tej fazie przychodzi kolej na analizę zgłoszonych propozycji i wybór najlepszych.

„Znajdowanie dziury w całym”

Innym sposobem, stosowanym w sytuacjach, kiedy wybrane rozwiązanie problemu zamiast zakończyć spór, zaognia sytuację, lub dla sprawdzenia poprawności wypracowanego rozwiązania, jest technika, którą można nazwać „znajdowanie dziury w całym”. Technika ta polega na **ocenianiu i krytykowaniu wybranych rozwiązań** po to, aby znaleźć jak najwięcej powodów do ulepszeń. Praca przy zastosowaniu tej techniki również wymaga podzielenia na dwa etapy: pierwszy, kiedy obiekt poddawany jest totalnej krytyce i drugi, w trakcie którego dokonuje się uszeregowania znalezionych wad, ich analizy i poszukiwania ulepszeń. Podobnie jak przy burzy mózgów, w trakcie pierwszej fazy obowiązuje zasada niekrytykowania zgłaszanych propozycji oraz nakierowania na znajdowanie jak największej ilości wad, ponieważ dzięki temu będzie możliwe ulepszenie analizowanego rozwiązania.

Metoda P M I

Kolejną techniką zwiększającą szanse na znalezienie satysfakcjonującego rozwiązania problemu jest opracowana przez Edwarda de Bono metoda P M I (Plusy, Minusy, Interesujące?). Technika ta powstała w odpowiedzi na zachowania ludzi, którzy traktowali różne innowacyjne rozwiązania pochodzące z zewnątrz jako zagrożenie dla władzy, prestiżu czy samooceny. E. De Bono, aby temu przeciwdziałać, zaproponował, żeby **każdy pomysł/pogląd przeanalizować od kątem jego zalet i wad, a następnie spróbować odpowiedzieć na pytanie, co jest w nim ciekawego i przydatnego**, co po pewnych modyfikacjach można byłoby zastosować. W ten sposób odwraca się uwagę od osoby pomysłodawcy i obrony własnych interesów, a koncentruje się na samym pomysle i możliwościach jego zastosowania. Niektórzy psychologowie¹¹ twierdzą, że ta technika jest znakomitą metodą uczenia tolerancji, odejścia od postrzegania pomysłów zgłoszonych przez innych jako mniej dobrych oraz sprzyja otwartości myślenia. Szczególnie należy ją polecić przy rozwiązywaniu konfliktów spowodowanych uporczywym trzymaniem się własnej, jednie prawdziwej wizji rzeczywistości.

W sytuacji, kiedy rozwiązanie konfliktu utrudnia obawa przed przyznaniem się do błędu, dobre rezultaty daje obliczenie kosztów dwóch sposobów postępowania: konsekwentnego trzymania się swojego stanowiska oraz rezygnacji ze swych żądań. Niekiedy może okazać się, że taka rezygnacja jest bardziej opłacalna, a prowadzenie sporu nawet przewyższa jego wartość.

„Prowokowanie wątpliwości”

Dobre rezultaty w dokładnym zrozumieniu, na czym polega sporny problem, przynosi technika „prowokowania wątpliwości”. Polega ona tym, że **obie strony opisują, na czym polega problem, co jest jego przedmiotem, jakie jest stanowisko każdej ze stron**. Następnie na czerwono podkreśla się wszelkie sformułowania, które budzą wątpliwości i próbuje się je zmienić lub doprecyzować, co stwarza możliwość uzyskania jasnego obrazu sytuacji i ułatwia rozwiązywanie sporu. Inną prostą techniką przydatną do ustalenia zakresu rozbieżności jest opracowanie przez obie strony listy swoich żądań, a następnie ułożenie ich od najbardziej istotnych do tych mniej ważnych. Dzięki temu łatwiej jest wyłonić

¹¹ Chelpa S., Witkowski T., *Psychologia konfliktu*, Biblioteka Moderatora, Wrocław 2004.

najważniejsze kwestie i można sprawdzić, na ile interesy obu stron są sprzeczne, ponieważ w wyniku opracowania takiej listy może okazać się, że różnice dotyczą tych mniej istotnych szczegółów.

Inne metody

W sytuacji, kiedy spór nie jest jeszcze zbyt głęboki, a porozumienie utrudnia zafałszowany obraz drugiej strony, można zastosować **technikę wymiany wizerunków**. Każda ze stron sporządza obraz samej siebie oraz drugiej strony konfliktu. Szkice te mogą mieć formę rysunków, opisów, zbioru przymiotników. Następnie strony wymieniają się tymi obrazami i dyskutują na temat swoich spostrzeżeń. Celem tej techniki jest zmniejszenie rozdzwisku pomiędzy wizerunkiem wytworzonym, a faktycznym, co powinno ułatwić porozumienie.

Niekiedy w rozwiązywaniu konfliktu pomaga **zamiana ról**, czyli postawienie się w sytuacji strony przeciwnej. Dzięki zastosowaniu tej techniki można ocenić szanse na realizację określonych żądań oraz zidentyfikować te postulaty, które nie mają szansy realizacji.

Uczestnictwo trzeciej strony

Na koniec warto jeszcze wspomnieć o metodach rozwiązywania konfliktów z uczestnictwem osoby trzeciej. Najbardziej znaną i prawdopodobnie najskuteczniejszą są **mediacje**, w których osoba lub grupa osób pomaga stronom uczestniczącym w sporze zidentyfikować dzielące je różnice, określa ich przyczyny, buduje atmosferę sprzyjającą porozumieniu, uczy konstruktywnych metod rozwiązywania konfliktów, modeluje zachowania, nakłania do zawarcia porozumienia. Kluczem do sukcesu w przypadku mediacji jest neutralność mediatora oraz precyzyjne stosowanie zasad mediacji oraz kolejności realizacji poszczególnych etapów dochodzenia do porozumienia.

Inne metody angażujące udział trzeciej strony:

- **Arbitraż**, czyli odwołanie do sądu lub autorytetu, który ma taki spór rozstrzygnąć. Praktyka pokazuje, że niejednokrotnie po zastosowaniu arbitrażu spór odnawia się, ponieważ jedna ze stron nie chce się podporządkować rozstrzygnięciu i podważa jego słuszność.
- **Koncyliacja**, czyli zachęcanie do porozumienia poprzez zbadanie sytuacji przez osobę trzecią i zaproponowanie konkretnych rozwiązań, które nie mają charakteru wiążących zaleceń.
- **Naciskanie** na rozwiązanie konfliktu z pozycji pewnej władzy w stosunku do stron sporu, poprzez odwołanie się do wspólnych interesów obu stron, których realizacja jest niemożliwa z uwagi na istniejący konflikt. W ten sposób odwraca się uwagę od przedmiotu sporu i przenosi ją na inny ważny dla obu stron obiekt. To podejście nie jest skuteczne, ponieważ zawarte porozumienie ma charakter krótkotrwały. W pewnych sytuacjach wspólny cel, pod warunkiem, że jest konstruktywny, może sprzyjać rozwiązaniu konfliktu, ale jest to jedynie pewien etap na drodze do zawarcia porozumienia.
- **Moderacja**, czyli stworzenie bufora, o który będą rozbijać się nagromadzone negatywne emocje po to, żeby – kiedy opadną – dokonać modyfikacji wzajemnego stosunku obu stron. Niejednokrotnie moderator pełni funkcję osoby, która poprzez swoje zachowania wprowadza dodatkowe, negatywne emocje powodując, że niedawni przeciwnicy tworzą wspólny front w walce przeciwko niemu. Celem takiego działania jest zmęczenie emocjonalne skłóconych i doprowadzenie do lepszego poznania się obu stron.

Ze względu na ograniczony zakres niniejszego materiału nie jest możliwe szczegółowe omówienie tej tematyki. Osoby zainteresowane zachęcam do sięgnięcia do literatury fachowej lub skorzystania ze specjalnych kursów np. z zakresu negocjacji czy mediacji.

Warto zapamiętać!

- Konflikt jest zjawiskiem naturalnym i nieuniknionym. Może mieć zarówno pozytywne oddziaływanie stymulujące rozwój, jak i destrukcyjnie wpływać na aktywność ludzi.
- Głównymi źródłami konfliktów są niezaspokojone potrzeby, brak lub błędy komunikacji oraz uprzedzenia i odmienne systemy wartości.
- Istnieje wiele skutecznych technik rozwiązywania konfliktów.

Literatura:

- Chełpa S., Witkowski T., *Psychologia konfliktów*, Biblioteka Moderatora, Wrocław 2004.
- Robins S. P., *Zasady zachowania w organizacjach*, Wydawnictwo Zys i S-ka, Warszawa 2001.