



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 1 (20) 2003

PIERWSZE CERTYFIKATY DLA SPECJALISTÓW TERAPII UZALEŻNIEŃ



Od kilku lat Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii podejmowało działania zmierzające w kierunku stworzenia systemu podnoszenia kwalifikacji przez pracowników placówek terapeutyczno-leczniczych dla osób uzależnionych od narkotyków. Działania te zaowocowały dopiero w 2000 roku wprowadzeniem

do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii artykułu 14 ust. 2a umożliwiającego prowadzenie rehabilitacji pacjentów uzależnionych od narkotyków przez osoby posiadające wykształcenie co najmniej średnie, o ile ukończyły specjalistyczne szkolenie zatwierdzone i certyfikowane przez Ministra Zdrowia. Na podstawie tego artykułu,

w dniu 6 marca 2002 roku, zostało podpisane porozumienie pomiędzy Ministrem Zdrowia a Dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie prowadzenia postępowania certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależniania od narkotyków. Kolejnym krokiem było przygotowanie odpowiedniego regulaminu, w którym jednym z istotnych zapisów była możliwość podjęcia skróconego trybu szkolenia przez terapeutów, którzy prowadzili rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat. W wyniku postępowania konkursowego Minister Zdrowia zatwierdził i certyfikował program szkoleniowy w trybie skróconym przedłożony przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

W ten sposób, w dniach 21-23 listopada 2002 roku, w Ośrodku Konferencyjnym w Popowie k/Warszawy odbyła się sesja inaugurująca program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków. Do udziału w tym skróconym programie Komisja zakwalifikowała 60 osób, które spełniały wymogi, tzn. które prowadziły rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 18 lat.

Na spotkaniu nie zabrakło więc przedstawicieli Szpitala w Garwolinie, który jako jeden z pierwszych zajmował się leczeniem narkomanów. Tam właśnie zaczynał pracę Marek Kotański, by następnie utworzyć pierwszy ośrodek MONAR-u w Głoskowie. Niestety, Marek nie doczekał tego spotkania, ale myślę, że był obecny w pamięci wszystkich uczestników nie tylko jako jeden z prekursorów w dziedzinie leczenia i rehabilitacji narkomanów, ale przede wszystkim jako kolega i przyjaciel. Było to pierwsze od wielu lat spotkanie przedstawicieli ośrodków MONAR-u i innych ośrodków o najdłuższej historii, takich jak: Czechowice-Dziedzice, Grzmiąca, Kazuń, Otwock, Różewiec, Smażyno, Toruń, Zapowiednik. Było to niemal historyczne spotkanie ludzi pracujących w poradniach, oddziałach detoksyka-



Martien Kooyman podpisuje swoją książkę pt. „Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych”, która została wydana w języku polskim przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

cyjnych i ośrodkach od wielu lat. Przyjechali tu, by potwierdzić swoje kwalifikacje, ale myślę, że wszystkich nas łączy wytrwałość w podjętych działaniach i wiara, że pomoc osobom uzależnionym ma sens. Pomimo dużej wiedzy i doświadczenia nabytego podczas wielu lat pracy z narkomanami wszyscy brali aktywny udział w sesjach poświęconych społeczności terapeutycznej, etyce w zawodzie terapeuty i ewaluacji programów terapeutycznych.

Niezwykle ważnym dla uczestników było spotkanie z Martien'em Kooyman'em, twórcą pierwszej europejskiej społeczności terapeutycznej dla uzależnionych w Hadze „Emiliehoeve”, utworzonej w 1972 roku. Mogliśmy się zapoznać nie tylko z rozwojem tej społeczności terapeutycznej, ale także ze specyfiką pracy zespołowej z osobami uzależnionymi od środków psychoaktywnych, badaniami naukowymi na temat leczenia osób uzależnionych,

ciąg dalszy na str 63

SPIS TREŚCI

Pierwsze certyfikaty dla specjalistów terapii uzależnień

Elżbieta Rachowska str. 1

Narkomania w Polsce w 2001 r. Dane leczenia stacjonarnego

Janusz Sierosławski str. 4

Europejskie działania ograniczające popyt na narkotyki

Grażyna Świątkiewicz str. 25

System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach Syntetycznych

Paweł Święcki str. 30

Szkolenie internetowe 5-6 września 2002, Bremen

Klaudia Palczak str. 32

Edukacja rówieśnicza w polskim systemie szkolnictwa

Maria Tatarska str. 34

Szkolne Programy Profilaktyczne Koncepcja środowiskowa

Ireneusz Siudem str. 42

Z publikacji zagranicznych Grupowanie młodzieży wysokiego ryzyka dla celów profilaktycznych bardziej szkodzi niż pomaga? str. 51

OGŁOSZENIE

Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania narkomanii w sprawie zatwierdzonych programów specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków str. 54

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia str. 55

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na skrócony program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia str. 57

OGŁOSZENIE

Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych w sprawie I edycji specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie instruktora i specjalisty terapii uzależnienia w trybie pełnym str. 59

OGŁOSZENIE

Instytutu Psychologii Zdrowia. Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w sprawie specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji w zakresie instruktora i specjalisty terapii uzależnienia str. 63

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

Antynarkotykowa poradnia internetowa: www.poradnia.narkomania.org.pl

NARKOMANIA W POLSCE W 2001 r. DANE LECZNICTWA STACJONARNEGO

Jak co roku prezentujemy dane statystyczne stacjonarnego leczenia psychiatrycznego odnoszące się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń (X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów – rozpoznania nr F11-F16, F18, F19). To sformułowanie zaczerpnięte z języka diagnostyki medycznej odpowiada z pewnymi zastrzeżeniami używanemu w naukach społecznych terminowi „narkomania”, rozumianemu jako regularne używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń w sposób powodujący już poważne problemy. Dane statystyczne leczenia obejmują pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Pozwalają one, z pewnymi zastrzeżeniami, na śledzenie trendów w ilościowym rozwoju zjawiska. Przedmiotem tego komunikatu będzie przedstawienie danych statystycznych leczenia psychiatrycznego w części dotyczącej problemu substancji za 2001 rok na tle danych z lat ubiegłych.

Lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator

umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z leczenia stacjonarnego są zatem dokładniejsze – nie są one obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu skoncentrujemy się na danych leczenia stacjonarnego, bowiem, jak się wydaje, lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Rok 2001 jest piątym rokiem obowiązywania w Polsce X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10), która zastąpiła stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję (ICD 9). Efektem zmiany klasyfikacji było znaczne ograniczenie porównywalności danych w szeregach czasowych. Zarówno ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu Rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany zaburzyły możliwość śledzenia trendów i skłaniają do dużej ostrożności w ich interpretacji. Na problemy wynikające ze zmianą klasyfikacji nałożyły się zakłócenia związane ze strajkami lekarzy, jakie miały miejsce w latach 1997-1998. Często stosowaną wówczas formą protestu była odmowa kompletnego wypełniania kart statystycznych. Stąd w danych za tamte lata znaleźć można luki. Wprawdzie część owych luk udało się później uzupełnić, ale i tak dane z tego okresu są obciążone pewnym błędem.

Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 2001 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się „uzależnienie od leków” (304.0-304.9), nadużywanie leków bez uzależnienia (305.2-305.9) oraz psychozy lekowe (292). Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków”. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od leków uspokajających i nasennych, czy morfiny, ale również od takich substancji jak opiaty domowego wyrobu (tzw. „kompot”), marihuana, amfetamina czy nawet substancje wziewne, np. kleje. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia – nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji, w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten

temat są pełniejsze, tzn. obarczone mniejszą liczbą braków danych, a tym samym chociaż lepsze, to nie do końca porównywalne z poprzednio zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą z perspektywy analiz epidemiologicznych zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”. W efekcie większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo pokaźna grupa licząca ok. 30-50%, wpada do kategorii „używanie różnych środków”. Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z poprzednimi latami. Można się spodziewać, że część lekarzy mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”, zamiast „uzależnienia mieszanego”, wybierze „uzależnienie od opiatów”.

Przed przystąpieniem do analizy danych wypada też przypomnieć, że lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z lecznictwa stacjonarnego są zatem bardziej precyzyjne – nie są one obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym

samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu ograniczono się do danych leczenia stacjonarnego, bowiem lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Dane za 2001 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1997-2000, a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych posłużą tu dwa wskaźniki. Pierwszy, to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego czy je w danym roku zakończyły, czy też kontynuowały w następnym roku. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie bardziej czułym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 2001 r. przyjęto do leczenia stacjonarnego 9096 osób. Oznacza to wzrost o 6% w stosunku do 2000 r., kiedy to przyjęto 8590 osób. Wzrost między 2000 i 1999 r. był znacznie większy, bo 25% (tabela 1). Pamiętając o niepełnej porównywalności danych z lat poprzednich trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego trwającego od początku lat dziewięćdziesiątych (wykresy 1. i 2.). Wskaźnik przyjętych do leczenia stacjonarnego liczony na 100 tys. mieszkańców wzrastał każdego roku. Warto jednak podkreślić, że tempo wzrostu w 2001 r. znacznie osłabło, chociaż dane z roku 2000 wcale tego nie zapowiadały.

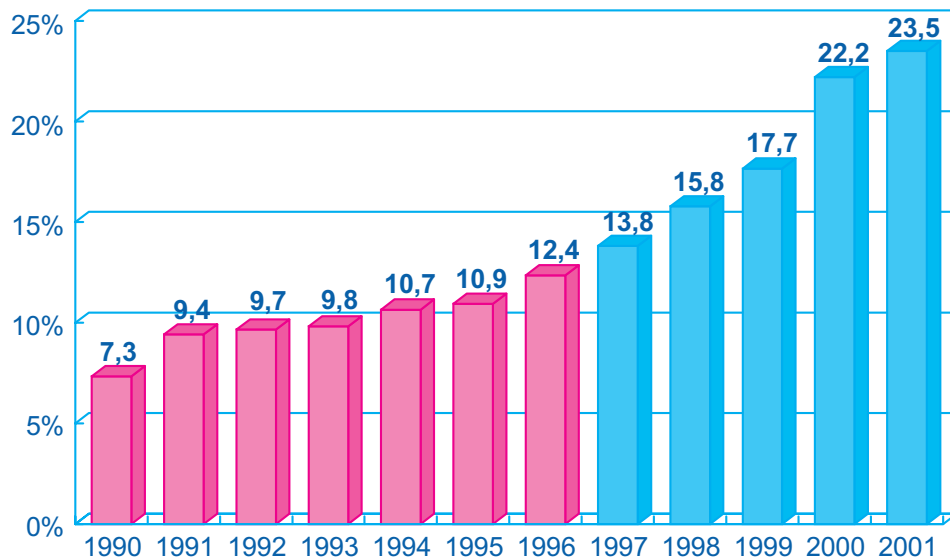
Nieco inny obraz otrzymujemy, gdy analizujemy przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2). W początkach lat dziewięćdziesiątych udział

Tabela 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	liczba osób	wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,3
1991	3614	9,4
1992	3710	9,7
1993	3783	9,8
1994	4107	10,7
1995	4223	10,9
1996	4772	12,4
1997	5336	13,8
1998	6100	15,8
1999	6827	17,7
2000	8590	22,2
2001	9096	23,5

pacjentów pierwszorazowych wśród przyjętych ogółem malał z 45% w 1990 r. do 40% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%. Oznacza to, że tempo wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 r. przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W następnych latach także obserwujemy wzrost,

Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 2. Dynamika wskaźników przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

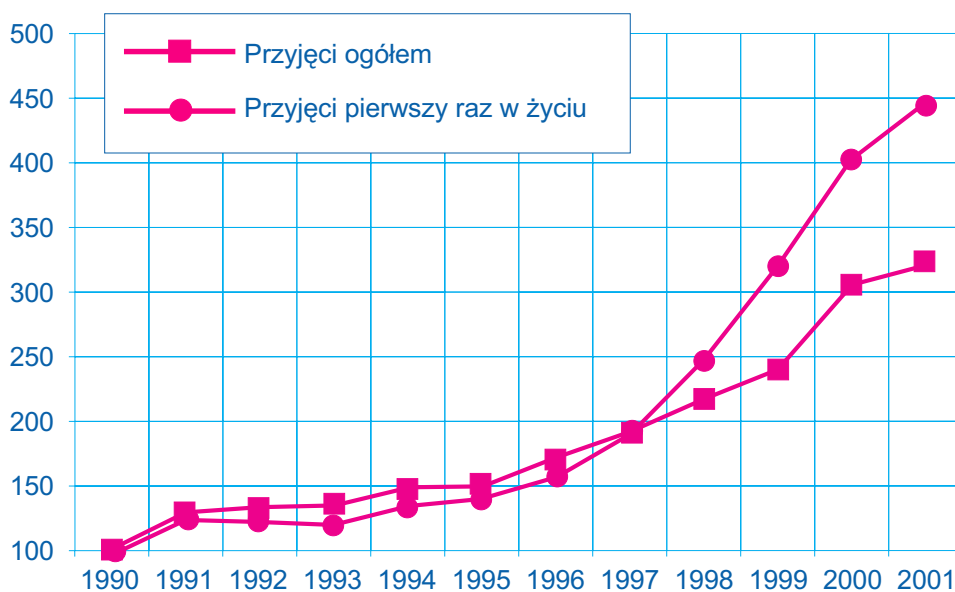


Tabela 2. Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pierwszo-razowi	1260	1593	1547	1505	1693	1759	1980	2438	3115	4040	5075	5617
Wszyscy	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827	8590	9096
Odsetek pierwszo-razowych	45,0	44,1	41,7	39,8	41,2	41,7	41,5	45,7	51,1	59,2	59,1	61,8

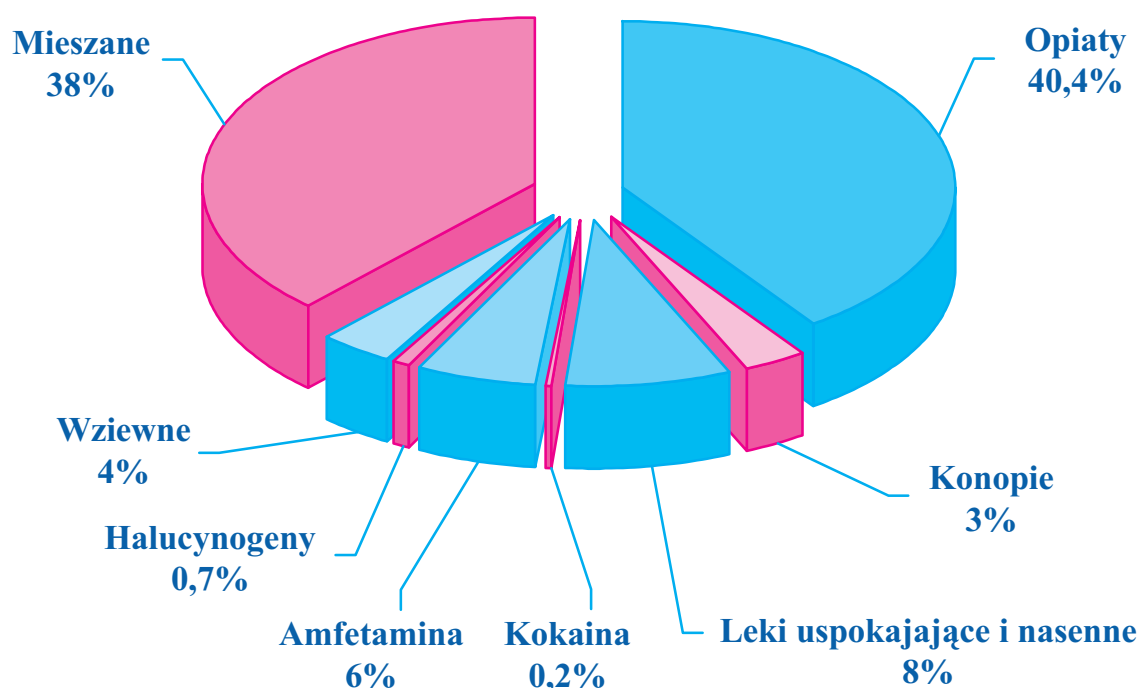
w 1998 r. odsetek ten wyniósł 51,1%, a 1999 – 59,2%. W 2000 r. nastąpiło zahamowanie wzrostu odsetka pacjentów pierwszorazowych na poziomie 59,1%. W 2001 r. udział pacjentów leczących się pierwszy raz w życiu znowu wzrósł. Warto zauważyć, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu. Ożywienie tendencji wzrostowej przyjęć pierwszorazowych sygnalizować może wzrost rozpowszechnienia problemu w populacji. Może też wynikać ze zwiększonej dostępności leczenia lub nasilenia działań represyjnych. Trzeba pamiętać, że pod koniec 2000 roku uchwalono nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzającą karanie za posiadanie każdej ilości narkotyku, także w sytuacji, gdy służy on zaspokojeniu tylko własnych potrzeb.

Dynamikę wskaźników zgłaszalności do stacjonarnego leczenia oraz zgłaszalności pierwszorazowej prześledzić można na wykresie 2. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaź-

niki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, przy czym po 1995 r. wzrost wyraźnie się nasilił. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 2001 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. ponad 3 razy, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie prawie cztery i pół razy.

W 2001 r. jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 3. najliczniejszą pozostałą grupą osób z problemem opiatów (40,4%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (8%), środków z grupy amfetamin (6%), substancji wziewnych (4%) i przetworów konopi (3%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Struktury diagnoz wg typu środka

Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji



unaoczniają słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Około jednej trzeciej osób znajduje się w kategorii mieszane i nieokreślone. O środkach używanych przez tą grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powiedzieć, poza tym, że w przypadku każdego pacjenta jest ich więcej niż jeden. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997 - 2001 (tabela 3) pokazuje na pewne zmiany. W latach 1997-1999 były one niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,7% w 1999 r. W 2000 r. odnotować trzeba spadek odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 5,8%, i praktycznie stabilizację w 2001 r. na poziomie 6,0%. W latach 1997-2001 notuje się niewielki spadek odsetka osób z problemem opiatów i nieco

wiekszy - odsetka osób nadużywających substancji wziewnych. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych - od 31% w 1997 r. do 38% w 2001 roku.

Porównanie danych z lat 1997-2001 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem. Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmują również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a w latach dziewięćdziesiątych coraz częściej amfetaminę.

Tabela 3. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1997-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1997		1998		1999		2000		2001	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Opiaty	2313	43,3	2569	42,3	2652	38,8	3383	39,4	3674	40,4
Uspokajające i nasenne	449	8,4	509	8,3	573	8,4	769	9,0	724	8,0
Kokaina	46	0,9	45	0,7	52	0,8	50	0,6	19	0,2
Konopie	70	1,3	110	1,8	164	2,4	246	2,9	269	3,0
Amfetamina	204	3,8	367	6,0	459	6,7	502	5,8	544	6,0
Halucynogeny	70	1,3	75	1,2	91	1,3	62	0,7	61	0,7
Wziewne	535	10,0	564	9,2	455	6,7	449	5,2	340	3,7
Mieszane i nieokreślone	1649	30,9	1861	30,5	2381	34,9	3129	36,4	3465	38,1
Ogółem	5336	100,0	6100	100,0	6827	100,0	8590	100,0	9096	100,0

Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych na wykresie 4. w 2001 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Kontynuacja trendu spadkowego liczby nadużywających substancji wziewnych. Trend wzrostowy został zapoczątkowany w 1994 r., w latach 1995-1997 tempo wzrostu było szczególnie szybkie, w 1998 r. trochę osłabło. W 1999 r. rozpoczął się spadek, który uległ przyspieszeniu w 2001 roku.

- Zahamowanie trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1996 r. Wcześniej, w latach 1991-1995 przeważała lekka tendencja spadkowa. W 1997 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźnika, skala wzrostu w latach 1998 i 1999 była nieco mniejsza. W 2000 r. nastąpiło ponowne przyspieszenie wzrostu, a w 2001 r. – lekki spadek.
- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r., wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż w latach poprzednich, w 2000 r. nastąpiło lekkie osłabienie tempa wzrostu. W 2001 r. skala wzrostu jest podobna jak w roku poprzednim.

Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych – wybrane typy środków (liczby pacjentów)



- Kontynuacja trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przyspieszył w 1997 r. W 2000 r. notujemy dalsze przyspieszenie skali wzrostu, zaś w 2001 r. jego osłabienie. Nadal liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest przeszło dwukrotnie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy.
- Spadek liczby osób nadużywających kokainy po stabilizacji notowanej w latach poprzednich. Do 1996 r. spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 r. ich liczba skokowo wzrosła. Od 1998 r. notowano stabilizację.
- Stabilizacja liczby osób nadużywających halucynogenów po skokowym spadku, z jakim mieliśmy do czynienia w 2000 r. W latach wcześniejszych obserwowano lekki trend wzrostowy.

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. W latach 1997-2000 obserwujemy bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i co się z tym wiąże spadek odsetka kobiet. Jak wynika z danych zawartych w *tabeli 4*, kobiety stanowiły w 2000 r. ok. 22% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze

w 1997 r. - 26%. W 2001 roku odnotować trzeba odwrócenie się tej tendencji, odsetek kobiet wzrósł do poziomu 23%.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (*tabela 5*, *wykres 5*). Polegają one na konsekwentnym wzroście odsetka osób w wieku 16-24 lat i spadku odsetków z grup 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wynosił już 57%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia są względnie stałe. Te pierwsze wynoszą 3-4%, te drugie 7-8%.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych jest kolejnym sygnałem narastania fali zjawiska. Stały, stosunkowo niewielki, odsetek osób poniżej 15 roku życia nie potwierdza potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci.

Dane o typach nadużywanych środków według płci zawarte w *tabeli 6*, ujawniają istotne różnice we wzorach używania substancji przez mężczyzn i kobiety. Wśród mężczyzn notuje się większe odsetki nadużywających opiaty, konopie indyjskie, substancje wziewne. Wśród kobiet wielokrotnie wyższe są odsetki używających leków uspokajających i nasennych. Podobne odsetki wśród przedstawicieli obu płci pojawiają się przy kokainie, amfetaminie i halucynogenach.

Tabela 4. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1997-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Płeć	1997		1998		1999		2000		2001	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Mężczyźni	3936	73,8	4519	74,1	5209	76,3	6702	78,0	7006	77,0
Kobiety	1400	26,2	1581	25,9	1618	23,7	1888	22,0	2090	23,0

Tabela 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

Struktura wieku	1997		1998		1999		2000		2001	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
- 15	190	3,6	221	3,6	190	3,6	248	2,9	252	2,8
16-19	811	15,2	1130	18,6	811	15,2	2081	24,2	2266	24,9
20-24	1303	24,5	1649	27,1	1303	24,5	2620	30,5	2873	31,6
25-29	969	18,2	1026	16,9	969	18,2	1230	14,3	1345	14,8
30-34	789	14,8	733	12,1	789	14,8	681	7,9	647	7,1
35-39	536	10,1	522	8,6	536	10,1	572	6,7	524	5,8
40-44	367	6,9	374	6,1	367	6,9	472	5,5	448	4,9
45 +	357	6,7	427	7,0	357	6,7	680	7,9	738	8,1
Razem	5322	100,0	6082	100,0	5322	100,0	8584	100,0	9093	100,0

Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg wieku

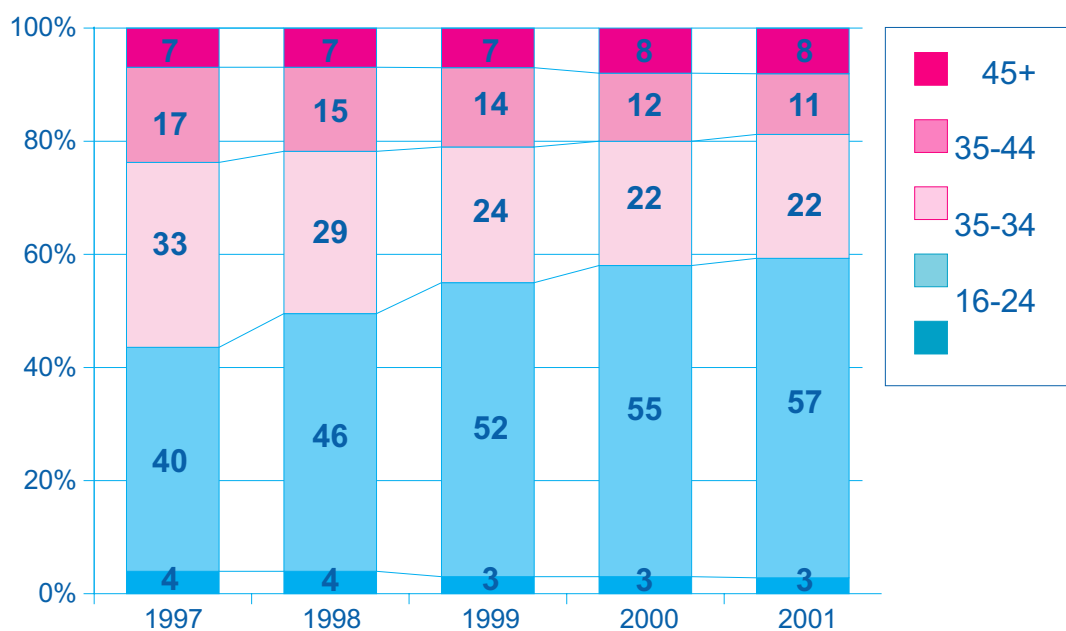


Tabela 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1998-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci i rodzaju przyjmowanej substancji (odsetki badanych)

	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
1998 r.								
Ogółem	42,1	1,8	8,3	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5
Mężczyźni	43,3	2,2	4,5	0,7	5,8	1,3	11,0	31,1
Kobiety	38,8	0,6	19,2	0,8	6,5	0,9	4,2	28,8
1999 r.								
Ogółem	38,8	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	34,9
Mężczyźni	40,3	2,6	4,4	0,7	6,4	1,6	7,8	36,2
Kobiety	34,2	1,8	21,3	0,8	7,8	0,6	3,0	30,5
2000 r.								
Ogółem	39,4	2,9	9,0	0,6	5,8	0,7	5,2	36,4
Mężczyźni	40,7	3,2	4,9	0,6	5,8	0,8	6,0	38,0
Kobiety	34,8	1,7	23,3	0,4	6,0	0,5	2,4	31,0
2001 r.								
Ogółem	40,4	3,0	8,0	0,2	6,0	0,7	3,7	38,1
Mężczyźni	42,7	3,4	3,6	0,2	6,2	0,8	4,5	38,7
Kobiety	32,7	1,6	22,5	0,4	5,3	0,2	1,3	36,0

W 2001 r. w stosunku do poprzedniego roku struktura rozpoznań według płci nie uległa większym zmianom. Wśród mężczyzn nieznacznie zwiększył się odsetek nadużywających opiatów, podczas gdy wśród kobiet spadł. Natomiast wśród u tych ostatnich odsetek używających substancji mieszanych i innych. Warto też zwrócić uwagę na osoby z problemem kokainy, chociaż jest ich bardzo niewiele. Za praktycznie cały spadek

odsetka osób nadużywających kokainy odpowiedzialni są mężczyźni. Wśród kobiet odsetek kokainistek nie uległ zmianie.

Na wzór używania narkotyków silny wpływ ma też wiek (*tabela 7*). Dla najmłodszych charakterystyczne są substancje wziewne, 23% pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 5%

Tabela 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1998-2001 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)

1998								
	Opiaty	Konopie	Leki uspoka- jające	Kokaina	Inne stymu- lanty	Halucy- nogeny	Wziewne	Miesza- ne i inne
-15	6,8	2,3	0,5	-	1,8	3,6	64,3	20,8
16-19	30,4	3,5	1,9	0,6	11,2	2,7	19,1	30,8
20-24	52,2	2,4	2,1	1,0	9,6	1,0	6,6	25,0
25-29	49,3	0,8	3,1	0,9	4,9	1,1	5,7	34,3
30-34	50,5	0,5	6,3	0,5	1,8	0,5	2,7	37,1
35-39	48,9	1,3	14,4	0,8	1,0	0,2	1,1	32,4
40-44	37,4	0,5	24,6	0,8	1,1	-	1,3	34,2
45+	16,6	1,2	48,7	0,5	1,2	0,9	1,4	29,5
Ogółem	42,1	1,8	8,4	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5

1999								
	Opiaty	Konopie	Leki uspoka- jające	Kokaina	Inne stymu- lanty	Halucy- nogeny	Wziewne	Miesza- ne i inne
-15	13,0	6,5	1,7	0,9	3,9	3,9	45,0	25,1
16-19	33,7	5,3	0,7	0,8	12,3	2,8	10,4	34,0
20-24	50,1	2,0	1,1	0,8	8,9	1,4	4,8	31,0
25-29	43,4	1,1	2,6	0,1	5,5	0,4	6,2	40,7
30-34	39,4	0,5	7,3	1,3	2,4	0,5	3,1	45,5
35-39	40,8	0,6	17,1	0,6	1,4	0,6	1,9	37,1
40-44	32,7	0,9	28,1	1,2	0,7	-	0,2	36,2
45+	15,3	1,2	52,1	1,2	0,6	0,4	0,6	28,4
Ogółem	38,9	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	38,9

2000								
	Opiaty	Konopie	Leki uspoka- jające	Kokaina	Inne stymu- lanty	Halucy- nogeny	Wziewne	Miesza- ne i inne
-15	17,3	5,2	2,4	0,4	3,2	0,4	37,1	33,9
16-19	38,0	5,2	1,0	0,7	9,9	1,6	8,3	35,3
20-24	50,1	3,0	1,2	0,8	7,2	0,8	3,9	33,0
25-29	44,2	1,4	3,9	0,5	5,2	0,2	4,1	40,4
30-34	35,4	1,6	10,0	0,1	2,2	-	1,9	48,8
35-39	37,6	2,3	15,6	0,3	1,6	0,3	0,9	41,4
40-44	29,7	0,6	30,3	-	1,5	0,4	1,1	36,4
45+	14,1	0,3	53,2	0,6	,4	0,1	1,0	30,1
Ogółem	39,4	2,9	8,9	0,6	5,8	0,7	5,2	36,4

2001								
	Opiaty	Konopie	Leki uspoka- jające	Kokaina	Inne stymu- lanty	Halucy- nogeny	Wziewne	Miesza- ne i inne
-15	20,2	6,3	-	-	6,0	2,4	22,6	42,5
16-19	38,2	6,3	0,3	0,3	9,2	1,3	5,4	39,0
20-24	51,4	2,6	1,0	0,1	7,5	0,5	3,1	33,8
25-29	48,8	1,3	3,1	0,4	4,8	0,4	3,3	38,0
30-34	36,2	0,5	8,7	-	3,2	0,6	2,5	48,4
35-39	32,8	1,1	16,4	0,2	1,3	0,4	1,1	46,6
40-44	26,1	0,7	29,2	0,4	0,9	-	0,4	42,2
45+	13,8	0,8	50,4	0,3	1,1	0,3	0,3	33,1
Ogółem	40,4	3,0	8,0	0,2	6,0	0,7	3,7	38,1

pacjentów, bardziej widoczne natomiast stają się opiaty – 38%. Środki z tej grupy wyraźnie dominują w kolejnych grupach wiekowych, aż do 39 roku życia. Począwszy od grupy wiekowej

40-44 lata najliczniejsza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (29%). U pacjentów w wieku 40 lat i więcej udział osób nadużywających leków uspokajających i nasennych

przekracza połowę (53%). Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 16-19 lat (9%), zaś halucynogeny w grupie najmłodszych, tj. do 15 lat (2%), chociaż w grupie 16-19 lat (1%) też zdarzają się nieco częściej niż w pozostałych grupach.

Porównując strukturę rozpoznań według wieku z 2001 r. ze strukturą z lat 1998-2000. trzeba odnotować jedną wyraźną zmianę. Polega ona na spadku odsetka nadużywających substancji wziewnych w najmłodszej grupie z 64% do 23%. Wzrosły w tej grupie wieku wszystkie inne rozpoznania, przy czym najbardziej problem opiatów (z 7% w 1998 roku do 20% w 2001 roku) oraz substancji z kategorii inne i mieszane (z 21% w 1998 r. do 43% w 2001 roku).

Podobnie jak w latach ubiegłych w 2000 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne

rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 8. i na wykresie 6. odnotować trzeba znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (lubuskie – 75,2) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (małopolskie – 5,9). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: dolnośląskie (45,0), mazowieckie (44,0), warmińsko-mazurskie (38,9) i zachodniopomorskie (34,0). Wszystkie one, z wyjątkiem mazowieckiego, położone są w zachodniej, bądź północnej części kraju.

Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

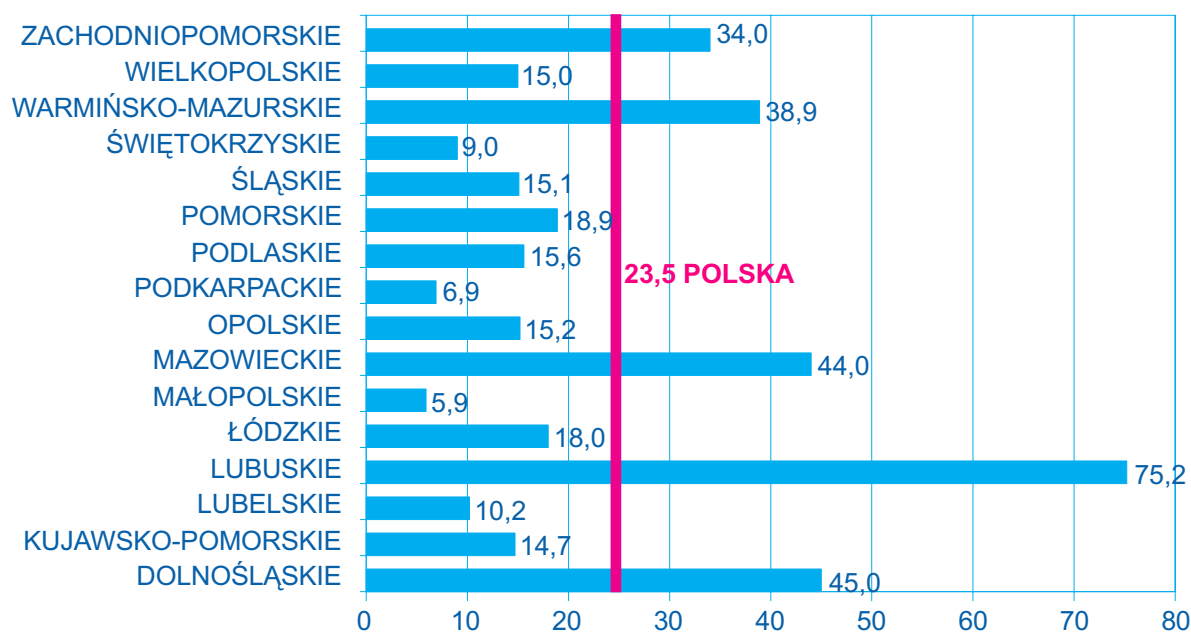


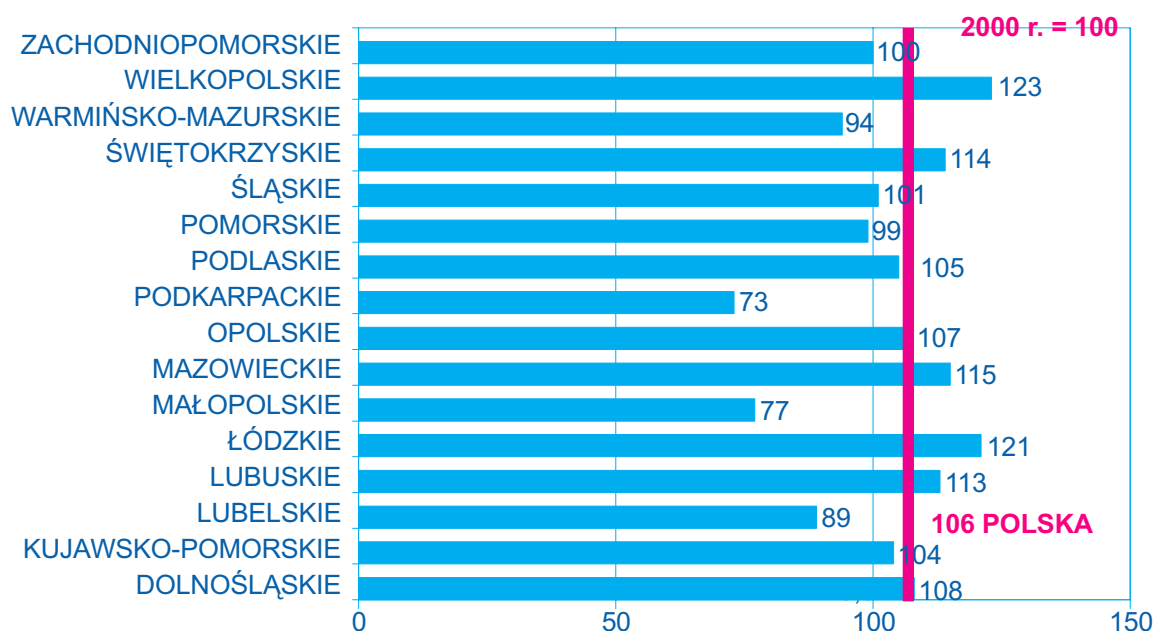
Tabela 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczby osób w 2001 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2001 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2000 r.	Wskaźniki zmiany 2000 = 100	Wskaźniki zmiany 1999 = 100
POLSKA	9096	23,5	22,2	106	325
dolnośląskie	1337	45,0	41,5	108	249
kujawsko-pomorskie	309	14,7	14,1	104	222
lubelskie	228	10,2	11,5	89	238
lubuskie	770	75,2	66,4	113	570
łódzkie	476	18,0	14,9	121	421
małopolskie	190	5,9	7,6	77	232
mazowieckie	2235	44,0	38,3	115	582
opolskie	165	15,2	14,2	107	204
podkarpackie	146	6,9	9,4	73	192
podlaskie	190	15,6	14,8	105	179
pomorskie	416	18,9	19,0	99	218
śląskie	730	15,1	15,0	101	187
świętokrzyskie	119	9,0	7,9	114	243
warmińsko-mazurskie	571	38,9	41,2	94	510
wielkopolskie	503	15,0	12,2	123	370
zachodniopomorskie	589	34,0	33,8	100	403
braki danych i obcokrajowcy	122				

W pozostałych województwach wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski. W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa mazowieckie (2235 osób) i dolnośląskie (1337 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Dane zawarte w przedostatniej kolumnie *tabeli 8. i na wykresie 7.* pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 2000 r. i 2001 r. Wzrost wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło narkomanów. Sytuacja pod tym względem jest silnie

Wykres 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 2000 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



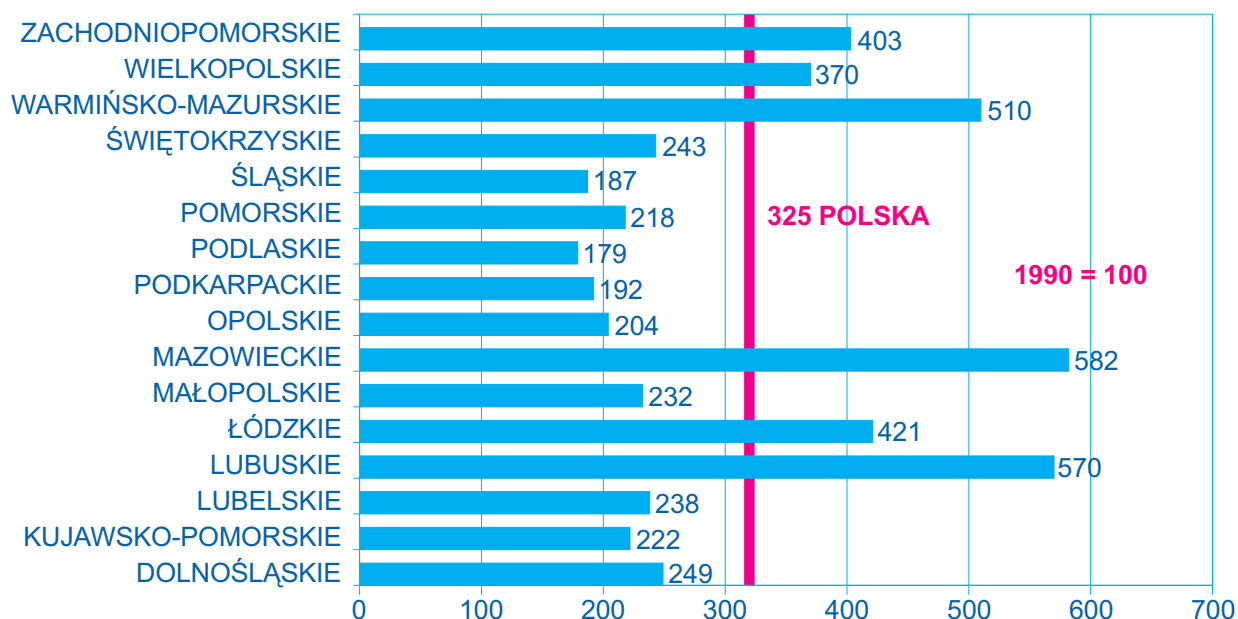
zróznicowana. Wzrost nastąpił w większości, bo w 10 województwach, przy czym w niektórych był on znacznie większy od średniej ogólnokrajowej. Z największym wzrostem mamy do czynienia w województwach wielkopolskim (23%), łódzkim (21%), mazowieckim (15%), świętokrzyskim (14%) i lubuskim (13%). Spadek wskaźnika pojawił w 5 województwach - najsilniejszy był w podkarpackim i w małopolskim.

Warto zauważyć, że wśród siedmiu województw, w których nastąpił wzrost silniejszy niż średnio w kraju znalazły się cztery, które odznaczały się w 2000 r. wskaźnikami niższymi niż średnia krajowa. Jednocześnie silne wzrosty nastąpiły także w niektórych województwach o wskaźnikach szczególnie wysokich w 2000 roku, takich jak mazowieckie czy lubuskie. Mamy zatem do czynienia z dwoma

przeciwnymi tendencjami: jednej – polegającej na wyrównywaniu się poziomów rozpowszechnienia oraz drugiej – wzrost zróznicowania. Najbliższa przyszłość powinna pokazać, która z nich okaże się dominująca. Trzeba jednak podkreślić, że z najwyższą skalą wzrostu mamy do czynienia w województwach o stosunkowo niskich wskaźnikach, tj. wielkopolskim i łódzkim.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie tabeli 8. i na wykresie 8. Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1990 r. i 2000 r. Dane za 1990 r. zostały przeliczone na układ nowego podziału administracyjnego kraju obowiązujący od 1999 r. Zabieg taki pozwala śledzić sytuację epidemiologiczną na terenach,

Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1990 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (1990=100)



które weszły w skład nowych województw. Dzięki temu możemy dostarczyć władzom wojewódzkim danych do lepszego rozumienia i przewidywania rozwoju sytuacji na ich terenie. Porównanie zmian w ostatnich jedenastu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 325%, z jednej strony spotykamy województwa, gdzie wzrost był ponad blisko sześciokrotny (mazowieckie - 582%, lubuskie - 570%) – z drugiej gdzie liczba pacjentów nawet jeszcze się nie podwoiła (podlaskie - 179%, śląskie - 187%, podkarpackie - 192%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o znikomym obecnie nasileniu zjawiska, ale nie jest to reguła bez wyjątku. Przykładami odstępstw od niej może być województwo łódzkie, gdzie wskaźnik wzrósł sil-

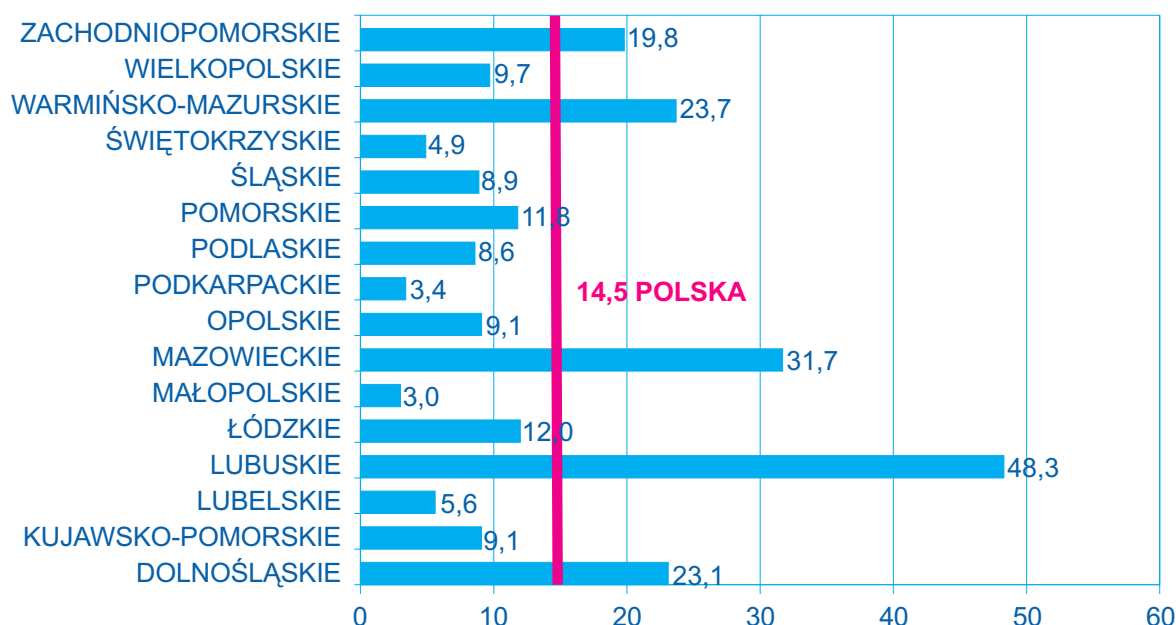
niej niż średnio w kraju, a jednak nadal utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie – niższym niż średnia ogólnopolska. Z drugiej strony w województwie dolnośląskim mamy do czynienia ze wskaźnikiem znacznie przekraczającym średnią dla kraju, a wzrost wskaźnika w ostatnich 11 latach był niższy, niż w całej Polsce. Przykłady te pokazują, że o poziomie zagrożenia epidemiologicznego decyduje nie tylko rozwój sytuacji w obecnej dekadzie, ale także to, co działo się w latach wcześniejszych.

Zróżnicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia, ale także wskaźnik przyjęć pierwszorazowych, a także wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 9. i zobrazowanych na wykresie 9. najwyższymi wskaźnikami przyjęć

Tabela 9. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2001 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba pacjentów pierwszorazowych w 2001 r.	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2001 r.	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2001 r.	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2000 = 100
POLSKA	5617	61,8	14,5	111
dolnośląskie	687	51,4	23,1	114
kujawsko-pomorskie	192	62,1	9,1	124
lubelskie	125	54,8	5,6	102
lubuskie	495	64,3	48,3	111
łódzkie	317	66,6	12,0	128
małopolskie	98	51,6	3,0	78
mazowieckie	1609	72,0	31,7	114
opolskie	98	59,4	9,1	106
podkarpackie	73	50,0	3,4	62
podlaskie	105	55,3	8,6	108
pomorskie	260	62,5	11,8	114
śląskie	431	59,0	8,9	113
świętokrzyskie	65	54,6	4,9	129
warmińsko-mazurskie	348	60,9	23,7	94
wielkopolskie	326	64,8	9,7	129
zachodniopomorskie	344	58,4	19,8	106
braki danych i obcokrajowcy	44			

Wykres 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2001 r. po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: lubuskie (48,3), mazowieckie (31,7), warmińsko-mazurskie (23,7), dolnośląskie (23,1) oraz zachodniopomorskie (19,8) – czyli województwa, gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem były najwyższe. Wprawdzie rozkład wskaźników przyjęć pierwszorazowych nie odbiega zasadniczo od rozkładu przyjętych ogółem, to jednak jak przekonują dane z drugiej kolumny *tabeli 9* odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród wszystkich przyjętych nie są w poszczególnych województwach jednakowe. Najwyższy odsetek pojawia się w województwie mazowieckim (72,0%) a najniższy w województwach dolnośląskim (51,4%) i małopolskim (51,6%). We wszystkich województwach już ponad połowa pacjentów, to pacjenci pierwszorazowi.

Znacznemu zróżnicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 2000 r. i 2001 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie *tabeli 9*. Najsilniej wzrosła liczba pacjentów pierwszorazowych w województwie świętokrzyskim i wielkopolskim - o 29% oraz łódzkim - o 28%. W sumie wskaźnik ten uległ zwiększeniu w trzynastu województwach. W pozostałych trzech nastąpił spadek - największy w województwie podkarpackim.

Dane z *tabeli 10*. obrazują zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet oraz odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Odsetki kobiet wahają się od 18% w województwie dolnośląskim do 51% w województwie świętokrzyskim. W porównaniu z 2000 rokiem większe odsetki kobiet pojawiły się w piętnastu województwach, tylko w jednym

Tabela 10. Odsetki kobiet oraz osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2001 r. i 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Odsetek kobiet		Odsetek osób w wieku do 18 lat	
	2000 r.	2001 r.	2000 r.	2001 r.
POLSKA	22,0	23,0	13,9	12,8
dolnośląskie	19,7	17,8	8,7	8,6
kujawsko-pomorskie	21,2	24,9	14,8	14,9
lubelskie	15,2	19,3	12,9	9,6
lubuskie	16,3	18,4	14,7	14,2
łódzkie	25,0	26,1	17,7	14,3
małopolskie	26,6	31,1	5,3	10,0
mazowieckie	17,4	17,9	17,5	13,3
opolskie	22,1	24,8	24,0	19,4
podkarpackie	29,5	30,1	7,0	4,8
podlaskie	20,4	20,5	18,8	14,2
pomorskie	31,7	32,0	16,3	11,1
śląskie	24,7	27,4	11,0	15,0
świętokrzyskie	35,2	51,3	5,7	10,1
warmińsko-mazurskie	22,2	24,5	18,4	18,7
wielkopolskie	29,4	31,8	6,1	13,3
zachodniopomorskie	28,5	28,7	15,7	13,9

(dolnośląskie) nastąpił spadek. Z największym wzrostem odsetka kobiet mamy do czynienia w województwie świętokrzyskim. Największa frakcja niepełnoletnich występuje w województwie opolskim (19%), a najmniejsza w podkarpackim (5%). W sześciu województwach odsetki pacjentów w wieku do 18 lat wzrosły, w pozostałych dziesięciu spadły. Spadek nastą-

pił także na poziomie całego kraju z 13,9% do 12,8%. Największe wzrosty odsetków niepełnoletnich odnotować trzeba w województwach: wielkopolskim, małopolskim i świętokrzyskim.

Podsumowując prezentacje danych za 2001 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego zjawiska, chociaż o mniejszej dynamice.

Szybszy wzrost wskaźnika przyjętych pierwszy raz w życiu niż przyjętych ogółem obserwowany w 2001 r. zdaje się jednak nadal wskazywać na narastanie problemu.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają takie środki jak amfetamina i przetwory konopi. Równolegle do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych.

Wzory używania substancji psychoaktywnych są silnie różnicowane przez płeć i wiek pacjentów. Dla kobiet charakterystyczne są leki uspokajające i nasenne. Dla najmłodszych substancje wziewne, dla najstarszych także leki uspokajające i nasenne. Pozostali to przede wszystkim użytkownicy opiatów.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia – zachodnia część kraju,

województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. Na wyjątkową uwagę zasługuje województwo lubuskie, gdzie notuje się zdecydowanie najwyższe wskaźniki przyjętych ogółem i przyjętych pierwszy raz w życiu. Przedmiotem szczególnej uwagi powinny stać się też województwa świętokrzyskie, wielkopolskie i łódzkie, gdzie notuje się najsilniejszy wzrost tych wskaźników w czasie ostatniego roku. Na terenach tych zintensyfikowania wymagają programy pomocy – leczenie i redukcja szkód.

Dane z 2001 r., podobnie jak dane z lat 1997-2000, należy interpretować z dużą ostrożnością jako fragment trendu długoterminowego, ze względu na zmianę klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa

EUROPEJSKIE DZIAŁANIA OGRANICZAJĄCE POPYT NA NARKOTYKI

WPROWADZENIE

Dekada lat dziewięćdziesiątych była okresem, kiedy problem narkomanii uzyskał rangę politycznego priorytetu w wielu krajach Unii Europejskiej. Powszechnie uważa się, że w tym okresie mieliśmy do czynienia z intensywnym przepływem zachodnich stylów życia i – że stąd właśnie „importowaliśmy” głównie takie problemy, jak przestępczość czy narkomania. Warto jednak pamiętać, że otwarcie granic to także przepływ nowych technologii zaradczych czy refleksji nad polityką wobec niepożądanych zjawisk społecznych.

Intensywne przemiany społeczno-ekonomiczne lat dziewięćdziesiątych dotyczyły nie tylko krajów tak zwanego bloku wschodniego. Przyspieszony proces integracji europejskiej powodował, że transformacji społeczno ekonomicznej podlegały praktycznie wszystkie kraje europejskie.

Te intensywne zmiany społeczno ekonomiczne jak w zwierciadle uwidaczniały się w dynamicznych zmianach na polu zjawiska narkomanii. Nadużywanie narkotyków przestało być problemem wąskiej grupy osób z marginesu społecznego. Narkotyki syntetyczne zarówno w krajach UE, jak i w Polsce docierały do coraz większych grup tak zwanej „normalnej młodzieży”. Mówiło się nawet o zjawisku „normalizacji” używania narkotyków we współczesnej kulturze. Zmiany te były istotnym argumentem za rozwijaniem działań profilaktycznych kierowanych do szerokich kręgów młodzieży, a nie tylko do grup ryzyka. Miały też istotny wpływ na politykę wobec nar-

komanii – wcześniej zdominowaną działaniami skierowanymi na ograniczanie podaży narkotyków. Nikłe efekty tych działań, ich ogromne koszty oraz wciąż rosnąca skala zjawiska spowodowały przesunięcie strategii zapobiegawczych na ograniczanie popytu na narkotyki (*drug demand reduction*).

EUROPEJSKIE DZIAŁANIA OGRANICZAJĄCE POPYT NA NARKOTYKI (European Drug Demand Reduction Action – EDDRA)

Od lat dziewięćdziesiątych w krajach Unii Europejskiej, a także i w Polsce, wciąż rośnie liczba programów, inicjatyw i strategii, których celem jest ograniczanie popytu na substancje psychoaktywne. Dynamiczny wzrost oferty profilaktycznej, w szczególności programów adresowanych do młodzieży szkolnej, świadczyć może o zwiększonej społecznej wrażliwości na zjawisko narkomanii. Z drugiej jednak strony obserwujemy zjawisko komercjalizacji usług profilaktycznych. Dla coraz większej liczby agend i instytucji świadczenie usług profilaktycznych jest po prostu intratnym źródłem zarabiania pieniędzy. Wiele programów jest aplikowanych bez żadnej refleksji na temat ich efektywności, niektóre zamiast zapobiegać używaniu substancji psychoaktywnych wręcz rozbudzają zainteresowanie eksperymentowaniem z nimi.

Kraje UE dostrzegły pilną potrzebę dokonania ewidencji funkcjonujących w poszczególnych krajach programów zapobiegawczych,

dokonania analizy ich zawartości, a także efektywności. Rezultatem końcowym działań zapoczątkowanych w latach dziewięćdziesiątych ma być stworzenie bazy danych na temat funkcjonujących programów – zarówno na poziomie poszczególnych krajów, jak i międzynarodowym. Projekt EDDRA został zapoczątkowany pięć lat temu. Jego autorzy podkreślają, że celem końcowym jest coś więcej niż baza danych. Zbierane dane zarówno ilościowe, jak i jakościowe będą podstawą do tworzenia nowych programów, standardów jakości oraz definiowania wskaźników ewaluacji. Aby tak szeroko zarysowana współpraca międzynarodowa była możliwa, kraje uczestniczące w projekcie EDDRA posługują się ujednoliconym narzędziem zbierania informacji.

W projekcie EDDRA uczestniczą wszystkie kraje Unii Europejskiej reprezentowane przez krajowych koordynatorów. W 2001 r. zaproszono do współpracy pozostającą poza UE Norwegię oraz trzy kraje kandydujące do UE – Słowację, Łotwę i Polskę.

Międzynarodowa baza danych dotyczy wszelkich programów ograniczających popyt na substancje psychoaktywne, również alkohol. Pojęcie profilaktyka jest tu traktowane bardzo szeroko. Popyt na substancje psychoaktywne może ograniczać zarówno profilaktyka pierwszorzędowa, kierowana do ogółu, jak i profilaktyka trzeciorzędowa, działania terapeutyczne kierowane do wąskiego kręgu ludzi z poważnymi problemami zdrowotnymi i psycho-społecznymi wynikającymi z uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W międzynarodowej bazie danych są umieszczane programy spełniające kryteria dobrej jakości. Do ich badania i ewidencjonowania opracowano kwestionariusz, a jego elektroniczna wersja jest umieszczona na stronie

internetowej, do której dostęp mają krajowi koordynatorzy. Kwestionariusz jest z jednej strony narzędziem porządkującym bazę danych, z drugiej służy badaniom na poziomie kraju.

POTRZEBA WYMIANY DOŚWIADCZEŃ

W wielu krajach europejskich nadal dominują edukacyjne i informacyjne programy realizowane na terenie szkół. W Polsce popularne jest przekonanie, że w krajach UE programy profilaktyczne są rutynowo ewaluowane oraz, że rekomendowane, między innymi przez Światową Organizację Zdrowia, zintegrowane – interdyscyplinarne i interinstytucjonalne strategie profilaktyczne są już od dawna standardem.

Ze sprawozdań krajowych koordynatorów uczestniczących w programie EDDRA wynika jednak, że wszędzie sytuacja jest podobna do tej, jaką obserwujemy w Polsce. Najbardziej popularne są programy edukacyjno-informacyjne realizowane na terenie szkół, mimo iż badania ewaluacyjne wykazywały, że programy takie nie przynoszą oczekiwanych efektów. Zarówno działania edukacyjne, jak i późniejsze zawierające elementy treningu asertywności i kształtowania umiejętności życiowych, jeśli treścią nie były dostosowane do etapu rozwojowego dzieci lub młodzieży, niekiedy przynosiły nawet negatywne skutki uboczne. Również ewaluacja wciąż jeszcze nie jest w europejskich programach rutyną. Krajowi koordynatorzy w swoich corocznych sprawozdaniach podkreślają brak „kultury ewaluacyjnej” w ich krajach. Zwraca się także uwagę, że dawanie priorytetu profilaktyce narkomanii to niekiedy tylko demagogiczne, polityczne hasło. Instytucje zobligowane do działań w tej dziedzinie w sprawozdaniach wykazują liczne działania, o których nie wiadomo ani czy

były adekwatne do potrzeb, ani czy przyniosły jakiegokolwiek rezultaty.

W wielu krajach, podobnie jak w Polsce, istnieje świadomość, że potrzebna jest racjonalizacja działań profilaktycznych. Panuje zgoda co do tego, że konieczna jest ocena zarówno jakości, jak i efektywności programów profilaktycznych również po to, aby nie małe finanse publiczne kierowane na te programy nie były marnowane. Wszędzie też problemem jest zdefiniowanie dobrych wskaźników jakości i skuteczności.

W projekcie EDDRA próbuje się poprzez wymianę doświadczeń poszukiwać zarówno wskaźników efektywności, jak i dobrej jakości. To, że jest to zadanie bardzo trudne wynika z samej istoty profilaktyki, szczególnie pierwszorzędowej. Podstawowym celem profilaktyki jest zapobieganie wystąpieniu zjawisk ocenianych jako negatywne. W praktyce może to oznaczać, że dzięki działaniom zapobiegawczym nie zachodzi w grupie, do której są one skierowane, żadna zmiana. Na przykład: młodzi ludzie w miejscowości X nie podejmują prób eksperymentowania z narkotykami, mimo że są one łatwo dostępne. Odpowiedź na pytanie czy jest to efektem mądrej profilaktyki, czy zadziałały inne czynniki nie jest sprawą prostą.

Podczas spotkań krajowych koordynatorów EDDRA prowadzone są dyskusje i debaty wskazujące, że jednak podjęto próbę zdefiniowania wskaźników efektywności i standardów jakości, jakie powinny spełniać programy profilaktyczne na każdym etapie ich realizacji. Tworzona baza danych ma pomóc w procesie udostępniania programów efektywnych i eliminowania tych, które nie są skuteczne.

Używany w ramach projektu EDDRA kwestionariusz jest adresowany do realizatorów, a w szczególności koordynatorów programów profilaktycznych. Kwestionariusz jest tak

skonstruowany, aby można było na jego podstawie odpowiedzieć na pytanie, czy badany program był konstruowany, realizowany i ewaluowany zgodnie z kryteriami dobrej jakości. Przyjmuje się, że przestrzeganie metodologii planowania zorientowanego na osiągnięcie celu (*objective oriented project planning – OOPP*) „wymusza” lepszą jakość programu czy strategii. Aby zastosować tę metodologię w praktyce konieczna jest głęboka refleksja zarówno nad rzeczywistymi potrzebami, realnymi środkami realizacji, a także możliwymi do rzeczywistego osiągnięcia rezultatami. W działaniach profilaktycznych te, wydawałoby się elementarne, wynikające z logiki wymagania bywają pomijane.

CECHY PLANOWANIA ZORIENTOWANEGO NA OSIĄGNIĘCIE CELU

- **Stworzenie realnej oceny rzeczywistości i zdefiniowanie realistycznej długoterminowej strategii działań**

Realna ocena rzeczywistości jest tym samym, co nazywamy oszacowaniem potrzeb. Podstawowe kryteria dobrej jakości oszacowania, to obiektywne potwierdzenie zapotrzebowania na planowane działania. Mogą to być badania ilościowe jak i jakościowe, a także dane statystyczne pochodzące z lokalnych instytucji. Ważne, aby na etapie oceny potrzeb uwzględniane były opinie adresatów programu i, aby ci adresaci byli wyraźnie zdefiniowani. Przy budowaniu strategii każde konkretne działanie powinno być rozpatrywane z punktu widzenia przydatności do osiągnięcia planowanych celów. Konieczna jest także refleksja nad potencjalnymi skutkami negatywnymi. Istotne jest uwzględnianie specyfiki kulturowej, ekonomicznej czy obyczajowej adresatów programu.

• Poprawa komunikacji i współpracy między instytucjami lub zespołami pracującymi w jednej instytucji poprzez wspólne planowanie strategii działań oraz wspólną ich realizację i monitorowanie.

Strategia ograniczania problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi powinna być skoordynowana z działaniami dotyczącymi innych problemów rozpoznanych – czy to w grupie, czy na terenie społeczności lokalnej – jako istotne dla jej funkcjonowania.

Wciąż jeszcze funkcjonuje podział na wąskie specjalizacje dotyczące problemów takich, jak alkoholizm, narkomania, przestępczość, itp. Do ich ograniczania powołane są na poziomie zarówno centralnym, jak i lokalnym oddzielne agendy. Tymczasem wymienione wyżej problemy mają na ogół podobne przyczyny. Skoordynowana praca zróżnicowanych agend i instytucji daje szansę na stworzenie programu o lepszej skuteczności oraz na racjonalizację wydatkowania środków finansowych. Takie zintegrowane podejście jest zalecane w szczególności w przypadku strategii/ projektów profilaktyki pierwszorzędowej.

• Jasne określenie granic, kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych zespołów roboczych lub instytucji.

Podstawą tutaj jest precyzyjne zdefiniowanie celu ogólnego, do którego zmierzać będą wszystkie współpracujące osoby i instytucje. Możliwe to jest wtedy, gdy na etapie szacowania potrzeb prawidłowo i adekwatnie zdefiniuje się problem podstawowy. Problemem w tej metodologii nie może być brak środków na osiągnięcie poprawy, może nim być wyłącznie precyzyjnie zdefiniowany niepożądany stan rzeczy.

Przykładem nieprawidłowego sformułowania problemu może być stwierdzenie – „w miejskich aptekach brakuje aspiryny”. Prawidłowe sformułowanie powinno brzmieć – „wzrasta liczba chorych na gripę”. Na przytoczonym przykładzie widać, że strategia naprawcza oparta na nieprawidłowo zdefiniowanym problemie nie uwzględni wielu istotnych przyczyn wzrostu zachorowań na gripę i najprawdopodobniej nie będzie efektywna. W praktyce profilaktycznej z pewnością można znaleźć wiele przykładów programów budowanych na podstawie nieadekwatnie określonego problemu.

Ważne jest, aby wszyscy uczestniczący w projekcie znali zakres swoich zadań i aby mieli świadomość, że to co robią jest potrzebne i celowe, aby osiągnąć założony wspólny cel ogólny. Wszystkie elementy czy to programu, czy projektu powinny tworzyć logiczną całość.

• Jasne określenie wskaźników umożliwiających monitoring i ewaluację.

Wskaźniki ewaluacji i monitoringu powinny być uwzględniane od początku konstruowania projektu. W praktyce często dopiero po realizacji poszukuje się „pomysłu” jak badać osiągnięte rezultaty. Często też okazuje się, że zaplanowane rezultaty zostały tak sformułowane, że nie można ich zmierzyć. Ideałem jest tak zwana „ewaluacja zewnętrzna” dokonywana przez zespół ludzi nie zaangażowanych w działania. Jest to rozwiązanie na ogół kosztowne i pewnie z tego powodu występuje bardzo rzadko. Kolejną istotną cechą planowania zorientowanego na cel jest takie zdefiniowanie celu głównego i celów pośrednich, aby możliwe było mierzenie uzyskanych rezultatów.

Procedura planowania zorientowanego na osiągnięcie celu obowiązuje wszystkie podmioty starające się o granty UE. Nie jest jeszcze powszechnie znana i stosowana na poziomach krajowych. Przedstawiciele krajów UE, podobnie jak my w Polsce, borykają się z problemem „swobodnej twórczości profilaktycznej” obecnej w szczególności na terenie szkół. W większości krajów do zapobiegania nadużywaniu substancji psychoaktywnych szkoły są zobowiązane obligatoryjnie. W wielu krajach nie wiadomo jakie treści są uczniom przekazywane oraz jakie metody działań stosowane. Szkoły często wprowadzają na swój teren organizacje pozarządowe specjalizujące się w tego typu ofercie. Bywa, że ani dyrekcja, ani nauczyciele nie wiedzą co i w jaki sposób przekazywane jest uczniom. Wnioski takie wyniknęły ze wstępnych badań szkolnych programów profilaktycznych prowadzonych w ramach programu EDDRA.

Kwestionariusz stosowany w programie EDDRA zawiera pytania pozwalające ocenić czy badany program lub projekt spełnia kryteria dobrej strategii. Może on służyć do badania zarówno zintegrowanych gminnych programów/strategii jak i pojedynczych projektów profilaktycznych realizowanych przez pojedynczych wykonawców.

W 2002 roku przeprowadzono badania pilotażowe kwestionariusza w Polsce. Przeszkoleni ankieterzy przeprowadzili wywiady z realizatorami i/lub koordynatorami gminnych programów zapobiegawczych dotyczących substancji psychoaktywnych. Badaniem objęto 78 losowo dobranych gmin województwa mazowieckiego. Oczekiwano, że osobom doświadczonym w koordynowaniu gminnych programów łatwiej będzie odpowiadać na pytania

oparte na logice planowania zorientowanego na cel. Drugi powód wiązał się ze zbliżającym się terminem przystąpienia Polski do UE. Przy okazji pilotażu sondowany był poziom zgodności funkcjonujących w województwie mazowieckim projektów z wymogami zorientowanej na osiągnięcie celu metodologii. Chodziło o wstępne rozeznanie, jakiej wiedzy należy w najbliższym czasie dostarczyć lokalnym koordynatorom, aby przynajmniej część z nich była przygotowana do starania się o unijne środki na działania zapobiegawcze. Województwo mazowieckie zostało wybrane wyłącznie z powodu fizycznej bliskości od jednostki realizującej badanie. Lokowanie go w innych województwach istotnie by podrożyło koszty realizacji tej wstępnej przecież penetracji badawczej. Z wynikami wspomnianego tu badania zapoznamy Państwa w jednym z kolejnych numerów Serwisu.

Grażyna Świątkiewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

SYSTEM WCZESNEGO OSTRZEGANIA O NOWYCH NARKOTYKACH SYNTETYCZNYCH

Znaczna liczba nowych narkotyków syntetycznych w ostatnich latach wymusiła potrzebę znalezienia szybkich metod reagowania na pojawianie się ich na rynku narkotykowym. UNDCP przewiduje, że narkotyki syntetyczne będą w XXI wieku stanowiły większy problem niż narkotyki pochodzenia naturalnego. Amfetaminopochodne substancje stymulujące (ATS) są powszechnie używane, produkowane i eksportowane w Europie. Ich produkcja jest stosunkowo łatwa, a o skali zjawiska może świadczyć fakt, że w Wielkiej Brytanii zużywanych jest około 20-30 milionów tabletek rocznie. Dodatkowy problem stanowi wielka różnorodność substancji w tej grupie. Dla kontrolowania tego zjawiska niezbędne jest stworzenie sprawnego systemu zbierania i wymiany informacji. Celowi temu służy właśnie system wczesnego ostrzegania (EWS), który stanowi podstawowy element wspólnych działań państw Unii Europejskiej wobec nowych narkotyków syntetycznych (*Joint Action on New Synthetic Drugs*). System wczesnego ostrzegania został stworzony przez państwa członkowskie, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków (EMCDDA) i Europol jako wspólne przedsięwzięcie, w którym postęp uzyskany w jednym kraju stanowił inspirację dla dalszego rozwoju systemu w innych krajach. Ze względu na skalę problemu jest to jednocześnie jedyny program agencji Unii Europejskiej realizowany także w krajach kandydujących. Program wspólnego działania w zakresie nowych narkotyków syntetycznych obejmuje trzy fazy: wymianę informacji, oce-

nę ryzyka i podejmowanie decyzji o kontroli substancji.

System wczesnego ostrzegania stanowi pierwszy etap tych działań i polega na zbieraniu informacji o nowych substancjach na poziomie krajowym, a następnie raportowaniu ich do organizacji międzynarodowych. Informacje mogą pochodzić z różnych źródeł, np. od pacjentów zgłaszających się do placówek ochrony zdrowia z powodu działań toksycznych substancji, street-workerów lub wolontariuszy pracujących w środowisku osób używających narkotyków syntetycznych, policji, laboratoriów kryminalistycznych i medycyny sądowej. Niezbędnym elementem systemu jest stworzenie sieci organizacji zbierających informacje. Wymaga to współpracy wielu sektorów takich, jak ochrona zdrowia, profilaktyka, policja i służby celne, laboratoria toksykologiczne, opieka społeczna. Do zweryfikowania informacji o nowej substancji konieczna jest jej analiza chemiczna. Mogą ją przeprowadzić tylko laboratoria dysponujące specjalistycznym sprzętem. Stawia to szczególnie trudne zadanie przed laboratoriami i często konieczna jest współpraca zagranicznych laboratoriów toksykologicznych i organizacji międzynarodowych. Celowi temu służy między innymi program Phare – *Synthetic Drugs and Precursors Project*, w którym działają 4 kraje: Niemcy, Szwecja, Holandia i Wielka Brytania, a korzystają kolejne 4: Estonia, Łotwa, Litwa i Polska. Analizowana substancja może pochodzić z konfiskat policji, badań pośmiertnych lub badań u osób hospitalizowanych z objawami zatrucia, rzadziej z innych źródeł.

Dlatego też podstawą funkcjonowania systemu wczesnego ostrzegania jest wielopoziomowa współpraca międzyresortowa.

W przypadku wykrycia nowego narkotyku syntetycznego zbierane są szczegółowe informacje obejmujące chemiczny i fizyczny opis substancji, szczegóły dotyczące częstości i ilości wykrycia, wstępną ocenę ryzyka używania oraz dane dotyczące prekursorów i rozpowszechnienia używania. Po zweryfikowaniu informacji o pojawieniu się nowej substancji syntetycznej jest ona przekazywana za granicę do Europolu (za pośrednictwem odpowiedniej komórki w policji) i do EMCDDA za pośrednictwem Focal Point. Dalej informacja przekazywana jest do Komisji Europejskiej i Europejskiej Agencji Ewaluacji Produktów Medycznych (EMA). Wspólny raport Europolu i EMCDDA przekazywany jest Horizontal Drug Group przy Radzie Europy. W drugim etapie zostaje ocenione ryzyko używania wykrytej substancji. Pod przewodnictwem Komitetu Naukowego, EMCDDA zwołuje spotkanie ekspertów państw członkowskich, Europolu, Komisji Europejskiej i EMA. Zespół ten ocenia potencjalne ryzyko i opracowuje raport, na podstawie którego w ciągu miesiąca Rada Europy może podjąć decyzję o kontrolowaniu substancji. Kraje kandydujące mogą uczestniczyć w różnym zakresie we wszystkich tych fazach. W pierwszej fazie Focal Point i system wczesnego ostrzegania działają w takim samym zakresie jak w krajach członkowskich. W fazie drugiej kraje będące członkami EMCDDA mogą wysyłać swoich przedstawicieli do rady ekspertów. W fazie trzeciej wprawdzie kraje kandydujące nie mogą uczestniczyć w głosowaniu, ale mogą podjąć takie same działania, jak kraje członkowskie w zakresie kontrolowania wykrytej substancji.

Zbieranie informacji z wielu źródeł następcza wiele trudności i wymaga stworzenia dobrze działającej sieci obejmującej różne sektory oraz placówki. Wzajemnej wymianie doświadczeń w tym zakresie służą cykliczne warsztaty organizowane przez EMCDDA. Pierwszy z nich odbył się w czerwcu 2001 roku, a następny w listopadzie 2002. W kwietniu 2002 roku odbyło się seminarium z udziałem przedstawicieli 10 państw kandydujących do Unii Europejskiej (Bułgarii, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Polski, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Węgier) i Cypru. Funkcjonowanie systemu zostało zaprezentowane na przykładzie Grecji i Luksemburga w dwóch grupach warsztatowych. W roku bieżącym Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii planuje seminarium poświęcone zorganizowaniu podobnej sieci wymiany informacji w Polsce.

Paweł Świącki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

SZKOLENIE INTERNETOWE

5-6 września 2002, Bremen

W dniach 5-6 września 2002 roku w ramach projektu Phare „Współpraca między EMCDDA i państwami kandydującymi”, Europejskie Stowarzyszenie Bibliotek i Serwisów Informacyjnych dotyczących Alkoholu i Narkotyków (ELISAD) zorganizowało szkolenie internetowe dla pracowników Centrów Informacji o Narkotykach i Narkomanii zlokalizowanych w państwach kandydujących do Unii Europejskiej.

Szkolenie odbyło się na Uniwersytecie w Bremen (Niemcy) i uczestniczyło w nim 10 osób z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, m.in. z Czech, Słowacji, Słowenii i Polski.

Podczas szkolenia zapoznano uczestników z technikami efektywnego wyszukiwania informacji dotyczących uzależnień, zamieszczonych na stronach internetowych oraz metodami oceny informacji pod względem ich wartości merytorycznych.

W dobie rozwoju technologii informacyjnych oraz budowy społeczeństwa informatycznego internet dla wielu osób staje się podstawowym źródłem zbierania danych. Według specjalistów negatywnym skutkiem łatwego dostępu do internetu oraz szybkość z jaką informacje uzyskuje się, jest zmniejszanie się roli bibliotek naukowych, które według nich powinny być podstawowym, a na pewno pierwszym źródłem, do którego należy sięgać po informacje. Założenie to wynika z faktu, że przeciętny użytkownik internetu nie jest w stanie ocenić wiarygodności autora i informacji które znalazł, nie zniechęca go to jednak do przetwarzania i wykorzystywania znalezionych danych w pracach naukowych i badawczych.

Szkolenie internetowe organizowane przez Europejskie Stowarzyszenie Bibliotek miało zatem na celu przedstawienie odpowiednich

technik korzystania z internetu. Jeśli korzystamy z wiarygodnych źródeł znajdujących się w sieci, przydatność i wartość znalezionych informacji trudno kwestionować.

Rozpoczynając surfowanie na stronach internetowych powinno się używać znanych i sprawdzonych portali internetowych m.in. Yahoo <http://www.yahoo.com>, polskiego portalu Onet <http://www.onet.pl>, oraz wyszukiwarek m.in. Google <http://www.google.com> i Alta Vista <http://www.altavista.nl>. Oczywiście nie ustrzeże nas to przed nieprzewidzianymi informacjami, ale dzięki tym wyszukiwarkom mamy możliwość szybkiego dotarcia do wielu stron zamieszczonych w sieci, dla przykładu wyszukiwarka Google zawiera ponad 2 miliardy stron.

Metody efektywnego wyszukiwania informacji to tzw. „kula śniegowa” oraz „sieć”.

Metoda „kuli śniegowej” polega na korzystaniu z linków i adresów stron znajdujących się na sprawdzonych stronach prowadzonych przez agendy rządowe, biblioteki lub instytucje naukowe. Przykładem może być strona prowadzona przez EMCDDA, z której możliwe jest przejście na strony m.in. WHO, ONZ oraz Komisji Europejskiej i Europolu, a z nich dalej na strony UNAIDS, UNDP czy też Rady Europejskiej. Dzięki linkom możemy bezpiecznie surfować w sieci mając pewność, że znalezione informacje są wiarygodne. Każda dobrze skonstruowana witryna powinna zawierać na stronie głównej informacje o znajdujących się na niej linkach.

Kolejną metodą wyszukiwania informacji jest tzw. metoda „sieci”. „Sieć” tworzą eksperci i instytucje zajmujące się określoną tematyką. W naszym przypadku jest to „sieć” profesjonalistów

i instytucji zajmujących się zapobieganiem narkomanii. Korzystając z informacji i rekomendacji uzyskanych z „sieci”, droga naszych poszukiwań staje się krótsza i łatwiejsza.

Kolejnym etapem surfowania jest ewaluacja strony oraz zamieszczonych na niej informacji. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na autora strony, a następnie na cel i zawartość merytoryczną znalezionej witryny. Powinniśmy także zastanowić się, czy dana strona była nam przez kogoś rekomendowana i czy jest systematycznie aktualizowana. Uczestnicy szkolenia korzystając ze zdobytej wiedzy dokonali ewaluacji wybranych stron internetowych.

W ramach europejskiego projektu dotyczącego rozwoju systemów informacyjnych powstał internetowy poradnik *Internet Detective*, dzięki któremu możemy sprawdzić własne umiejętności korzystania z internetu. Poradnik zawiera wskazówki i informacje dotyczące wyszukiwania informacji. *Internet Detective* znajduje się na stronie <http://www.desire.org/detective>

Osoby zainteresowane konkretną dziedziną nauki mogą korzystać z tematycznych portali i stron internetowych prowadzonych przez profesjonalistów. Są to najczęściej strony instytucji naukowych i rządowych, stowarzyszeń oraz organizacji pozarządowych. Przykładem może być strona: EMCDDA www.emcdda.org, Social Science International Gateway www.sosig.ac.uk oraz w Polsce, strona Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.narkomni.gov.pl, na której zamieszczone są linki do stron prowadzonych przez instytucje związane bezpośrednio lub pośrednio z tematyką uzależnień.

Podczas szkolenia zaprezentowany został profesjonalny portal prowadzony przez ELISAD, jednego z organizatorów szkolenia w Bremen. Stowarzyszenie skupia w swych strukturach sieć specjalistów i instytucji zajmujących się tematy-

ką uzależnień. Celem stowarzyszenia jest udostępnianie wszelkich publikacji i danych z zakresu uzależnień oraz prowadzenie szkoleń i konferencji dla ludzi zajmujących się obsługą systemów informacyjnych. Jednym z narzędzi niezbędnych w działalności stowarzyszenia jest portal internetowy znajdujący się pod adresem www.elisad.org Portal adresowany jest nie tylko do specjalistów, ale także do innych osób zainteresowanych tematyką uzależnień. Portal składa się z wyszukiwarki, specjalistycznych publikacji, ogłoszeń i ulotek dotyczących uzależnień od alkoholu i narkotyków oraz promocji bieżących wydarzeń w Europie. Strona, mimo że prowadzona jest w głównej mierze przez Francuzów i Niemców, dostępna jest w angielskiej wersji językowej i trwają prace nad rozszerzeniem ramówki o kolejne pięć języków europejskich.

W ramach szkolenia uczestnicy otrzymali listę adresów portali i stron internetowych w wersji anglojęzycznej, rekomendowanych przez ELISAD, które prezentuję poniżej:

www.addictionsearch.com

www.addictionresourcesguide.com

www.health.org, www.sosig.ac.uk

www.atod.org, www.well.com

Podczas spotkania wielokrotnie podkreślano, że internet jest efektywnie rozwijającym się narzędziem służącym do komunikacji i przekazywania informacji, o czym świadczy rozwój m.in. poczty elektronicznej, usług internetowych oraz od niedawna działających bibliotek wirtualnych, w których za pośrednictwem internetu zamieszczane są pełne wersje książek i publikacji. Dzięki internetowi możemy rozwijać swoje zainteresowania i pogłębiać wiedzę w danej dziedzinie, ale tylko wtedy, gdy korzystamy z niego w umiejętny sposób.

Klaudia Palczak

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

EDUKACJA RÓWIEŚNICZA W POLSKIM SYSTEMIE SZKOLNICTWA 11-14 października 2002, Kaziemierz Dolny

„Zastosowanie metodologii edukacji rówieśniczej jako formy aktywizacji młodzieży w edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyce” – to temat warsztatów, w których uczestniczyli: dyrektorzy szkół, nauczyciele, opiekunowie grup edukacyjnych, trenerzy, młodzież szkolna i studencka. Uczestnicy reprezentowali wszystkie województwa, łącznie było 120 osób.

Spotkanie odbyło się w Kazimierzu Dolnym, w dniach 11-14 października 2002 r. i było częścią programu finansowanego przez UNICEF – Genewa. Zorganizowane zostało przy współpracy Fundacji Na Rzecz Zapobiegania Narkomanii „MARATON”, Krajowego Ośrodka Wspierania Edukacji Zawodowej, Programu Rozwoju Narodów Zjednoczonych i Sieci szkół promujących zdrowie.

Edukacja rówieśnicza jako forma przekazu wiedzy i umiejętności od kilkunastu lat jest powszechnie stosowana w wielu krajach świata. Metodologię tę wykorzystuje się między innymi w promocji zdrowia i profilaktyce.

Przy Fundacji MARATON już od 1993 roku istnieją (w kilku miastach Polski) grupy młodzieżowych liderów, które wykorzystują ten sposób oddziaływań w swoich środowiskach.

Od kilku też lat działa Sieć szkół promujących zdrowie, a jedną z metod jej pracy jest włączanie młodzieży w działania szkoły.

Podmiotowa relacja z uczniem – warunek dobrego wychowania uczniów postulowany

w dokumentach reformy edukacji – nabrałyby znacznego dynamizmu rozwojowego, gdyby rozpoczęto szerokie wprowadzanie edukacji rówieśniczej do programów wychowawczych, edukacji zdrowotnej i niektórych aspektów programów profilaktycznych.

Warsztaty w Kazimierzu były miejscem spotkania się tych dwóch nurtów i szansą na wypracowanie modelu włączania edukacji rówieśniczej w system polskiego szkolnictwa.

- Korzyści płynące ze stosowania edukacji rówieśniczej zostały już sprawdzone*. Taka metoda pozwala na bezpośrednie zaangażowanie i partycypację młodzieży w kreowaniu zdrowego stylu życia wśród swoich rówieśników oraz (pośrednio) całych społeczności. Poprzez fakt kulturowego podobieństwa edukatorów rówieśniczych do ich „uczniów” podejście to zapewnia, że wiadomości będą odpowiednio dobrane, a język stosowany do ich przekazu będzie bardziej adekwatny. Dzięki temu tacy edukatorzy docierają do bezpośredniej grupy docelowej oraz do innych członków społeczności i mogą – efektywniej niż dorośli – dotrzeć z celami realizowanych programów do młodzieży z grup wysokiego ryzyka. Niezaprzeczalne jest także to, że młodzież uczestnicząca w projektowaniu i realizacji programów profilaktycznych czerpie długofalowe korzyści dla własnego rozwoju. Ważnym aspektem tej formy

* m.in. w oparciu o materiał przygotowany i zaprezentowany w trakcie spotkania przez Gretę Kimzeki (UNICEF - Genewa)

edukacji, zwłaszcza przy dzisiejszej kondycji finansowej oświaty, jest ekonomiczna strona programów profilaktycznych opartych o pomysły i pracę edukatorów rówieśniczych. Są one istotnie tańsze niż realizowane w innej formie.

Przy okazji warto zwrócić uwagę, że rówieśnicze doradztwo w porównaniu z edukacją rówieśniczą wymaga bardziej złożonego, specjalistycznego szkolenia i superwizowania realizatorów.

Z dotychczasowych doświadczeń pracy młodzieżowych edukatorów rówieśniczych działających w ramach Fundacji MARATON można wysnuć następujące wnioski:

- niezbędne jest przygotowanie (przeszkolenie) młodzieży do realizacji zadań wynikających z programu oraz systematyczne wspieranie i superwizowanie pracy zarówno edukatorów rówieśniczych, jak i ich opiekunów,
- skuteczność pracy edukatorów rówieśniczych zależy od zaangażowania młodzieży w każdy etap tworzenia i rozwoju programu,
- praca edukatorów rówieśniczych jest efektywniejsza, jeżeli jest fragmentem szerokich programów profilaktycznych,
- pojedyncze interwencje są mało skuteczne.

Główne cele warsztatów w Kazimierzu:

- wymiana lokalnych doświadczeń w tworzeniu warunków do prowadzenia edukacji rówieśniczej,
- podnoszenie standardów pracy środowiskowej,
- opracowanie wskazań do tworzenia modelu edukacji rówieśniczej realizowanej w systemie szkolnym oraz wypracowanie metod ewaluacji.

Przed rozpoczęciem warsztatów wśród uczestników przeprowadzono ankietę diagnozującą ich dotychczasowe osiągnięcia we włączaniu młodzieży w edukację i oczekiwania związane z rozpoczynającym się szkoleniem.

Z analizy treści tych ankiet wynikało, że w większości szkół podejmowane są różnorodne działania z zastosowaniem edukacji rówieśniczej.

Warto tu zaznaczyć pewną rozbieżność. Jedną z najbardziej istotnych grup w rozwoju młodego człowieka jest jego grupa rówieśnicza – młodzież, która wzajemnie przekazuje sobie wiedzę o rolach społecznych, o sposobach radzenia sobie z trudnościami oraz tworzy prawie wszechogarniającą młode pokolenie modę na stosunek do różnych wartości jak i stosunek wobec zagrożeń, ryzykownych zachowań, zdrowia itd. Większość tych procesów zachodzi spontanicznie i bez udziału osób dorosłych, a czasem wbrew ich oczekiwaniom. Temat edukacji rówieśniczej podejmowany w trakcie spotkania w Kazimierzu dotyczył takich procesów, które miałyby być wywoływane świadomie i programowo, wykorzystujących procesy spontaniczne. Ponadto, edukacja rówieśnicza, o której planowano rozmawiać w trakcie spotkania, w zamyśle organizatorów miała dotyczyć udziału młodzieży w planowaniu, realizacji i zakończeniu programów profilaktycznych, np. promujących zdrowy styl życia. Uczestnicy spotkania w ankietach opisywali sytuacje, gdy incydentalnie wykorzystuje się wzajemny wpływ rówieśników, np. w procesie wychowawczym czy integracji klasy. Skupiali się na podmiotowych relacjach nauczyciel – uczeń oraz wzajemnym, pośrednim modelowaniu wpływu członków grupy rówieśniczej, np. uczniowskiej, co bez wątpienia jest cennym i wartym kontynuowania doświadczeniem. Temat spotkania w Kazimierzu jest kontynuacją tego doświadczenia i następnym jego krokiem – wprowadza młodzież w rolę edukatora

swoich rówieśników w czasie zaplanowanych szkoleń, programów profilaktycznych mających wywołać określony efekt w grupach młodzieży i ich środowiskach.

W trakcie warsztatów prowadzonych w 4 grupach nakreślona została strategia włączania młodzieży, jej rodziców i kadry pedagogicznej w te procesy profilaktyczne, które bazują na edukacji rówieśniczej. Określone zostały także warunki, jakie powinny być spełnione, aby ta edukacja mogła być skutecznie realizowana. Opracowywano plany wdrażania edukacji rówieśniczej w danym regionie z uwzględnieniem jego specyfiki.

Poniżej prezentujemy efekty pracy poszczególnych grup uczestników. Na ich podstawie wypracowane zostały rekomendacje do wdrażania metodologii edukacji rówieśniczej w szkolnictwie polskim.

Grupa młodzieży

Postulaty młodzieży można przedstawić jako oczekiwanie:

- przyjaznego klimatu w szkole dla ich działalności - co miałyby przejawiać się m.in.: udostępnieniem stałego miejsca spotkań, przygotowaniem materiałów do zajęć, umożliwieniem na terenie szkoły realizacji zadań, których odbiorcami będą ich rówieśnicy,
- przyznanie roli opiekuna edukatorów rówieśniczych osobie, która umożliwi im własny rozwój, pomoże przyswoić odpowiednią wiedzę i nauczy jak przekazywać ją rówieśnikom, będzie wspierała edukatorów rówieśniczych w realizowanych zadaniach.

Dla młodzieży uczestniczącej w spotkaniu odpowiedź na pytanie o przesłanki przemawiające za wprowadzeniem w życie edukacji rówieśniczej była oczywista – mogą być dla siebie źródłem wielu ważnych informacji więc,

jeśli będą włączani w oficjalny nurt edukacji szkolnej, to informacje te mogą być rzetelne, weryfikowalne i tym samym mogą być pomocni nauczycielom. Włączanie uczniów w proces edukacyjny i wychowawczy (w tym działania profilaktyczne) może wywołać u nich poczucie współodpowiedzialności za realizowane zadania i stanowić istotną część funkcjonowania szkoły. Mając poczucie, że współtworzą szkołę, chętniej będą działać dla niej i zgodnie z jej celami. Można z dużym prawdopodobieństwem przewidywać, że zajmując się edukacją prozdrowotną swoich kolegów sami ze szczególną dbałością będą zajmować się własnym zdrowiem.

Warunki, które według młodzieży powinny być spełnione, aby młode pokolenie mogło i chciało się włączyć w edukowanie swoich rówieśników, uczestnicy warsztatu podzielili na dwie kategorie:

1) warunki organizacyjne:

- a) ustalone i stałe miejsce spotkań,
- b) baza materialna szkoły i rodziny ucznia ułatwiająca realizację zadań wynikających z roli edukatora rówieśniczego, np.:
 - łatwy i szybki dostęp do opracowań, materiałów,
 - odpowiednio wysokie fundusze oraz umiejętności organizowania czasu zapewniające płynną realizację zadań,
 - rozszerzenie oferty kół zainteresowań, wspieranie samoedukacji uczniów poprzez udostępnianie przez nauczycieli i opiekunów: materiałów, sal, udzielanie instrukcji do samodzielnej pracy, wsparcia merytorycznego,
- c) organizowanie szkoleń i wyjazdów integracyjnych dla edukatorów rówieśniczych (także z innych miast i krajów),

co ułatwiać będzie wymianę doświadczeń i wzrost kompetencji,

d) ustawiczne doskonalenie nauczycieli, opiekunów grup edukatorów rówieśniczych,

2) warunki pracy w grupie oraz warunki społeczne:

a) zainteresowanie i zaangażowanie wszystkich członków grupy edukatorów rówieśniczych rzetelną realizacją powierzonych ról oraz tematyką zadań,

b) współpraca pomiędzy członkami grupy, dobre zorganizowanie i dobra komunikacja w grupie,

c) podział zadań adekwatny do możliwości członków grupy oraz taki, który da szansę na wykazanie się,

d) swoboda zachowania w granicach norm społecznych, dyskretna kontrola nauczycieli uwzględniająca potrzeby młodzieży (wyrozumiałość), zwracanie uwagi na problemy osobiste edukatorów rówieśniczych, otwartość, zaangażowanie, inicjatywa nauczycieli,

e) włączanie się rodziców do wspólnych działań, promowanie działalności młodzieży np. w samorządzie szkolnym, co może zwiększyć zainteresowanie ideą edukacji rówieśniczej wśród osób dorosłych.

Określając własną motywację we włączanie się w nurt edukacji rówieśniczej młodzież m.in. wymieniała:

- zapoznanie nowych osób, wspólne zabawy,
- uczenie się współpracy,
- szansa na satysfakcjonujące zaistnienie w grupie, lepsze poznanie i zrozumienie siebie w relacjach z innymi,
- poszerzanie wiedzy, poznanie ciekawych pomysłów na promowanie zdrowego stylu

życia, poznawanie sposobów pomagania sobie i innym,

- zdobycie dyplomu, pochwał, wyróżnień, pamiątek.

Uczestnicy grupy dostrzegali też wiele korzyści społecznych z włączenia edukacji rówieśniczej w system szkolny, między innymi:

- dialog między dorosłymi i młodymi,
- więcej okazji na lepsze poznanie „świata młodych” przez dorosłych,
- skuteczne szerzenie wiedzy, informacji na temat m.in. HIV/AIDS, narkotyków, zdrowia wśród młodzieży.

Grupa nauczycieli

- Dlaczego warto włączyć młodych w działania szkoły i jakie warunki społeczne powinny być spełnione, aby było to możliwe,
- Jakie sposoby są możliwe do skutecznego zastosowania, aby włączyć młodzież w edukację zdrowotną?

Uczestnicy zgodnie przyznali, że warto wykorzystać potencjał, który tkwi w młodzieży, tworząc enklawy „życia prozdrowotnego” na bazie zaplecza szkoły i kadry pedagogicznej. Uczestnicy zajęć upatrywali w tym także korzyści dla środowiska szkolnego, choćby w rozumieniu ukierunkowania ucznia w stronę pozytywnych zachowań, m.in. kreatywności, odpowiedzialności i przynależności do grup o prospołecznym charakterze.

W opinii uczestników warsztatów edukacja rówieśnicza musi być postrzegana w kategoriach wspólnoty interesów – szkoły, jako instytucji o charakterze edukacyjnym i młodzieży, jako potencjału pomysłów dającego szansę na lepsze poznanie się, wyrażenia swoich oczekiwań i potrzeb względem dorosłych.

- Na ile i w jakim zakresie osobiste cele podmiotów (nauczycieli, uczniów, rodziców) pozwalają lub pozwolą na osiągnięcie porozumienia bez naruszenia przestrzeni osobistej i ich interesów.

Rozważania w tej kwestii charakteryzowały dwie postawy. Część grupy – optowała za szeroko idącymi innowacjami na rzecz zaangażowania uczniów w edukację rówieśniczą. Grupa ta argumentowała swoje stanowisko tym, że wzajemna, podmiotowa relacja pozwoli w dużym zakresie poznać mechanizmy skutecznego wspierania uczniów w ich zamysłach i, że dzięki temu wzrosną możliwości poszerzenia wiedzy służącej skuteczniejszemu motywowaniu młodych ludzi do pracy. Zrozumienie i zaakceptowanie pomysłów uczniów może być pomocne w kontaktach szkoła – rodzice.

Uczestnicy zwrócili także uwagę na własne potrzeby edukacyjne spostrzegając, że dzisiejszy stan wiedzy i umiejętności pedagogów są niewystarczające, aby sprostać wymogom prowadzenia grupy edukatorów rówieśniczych.

Zdaniem większości uczestników, do tego rodzaju przedsięwzięcia niezbędny jest zintegrowany zespół opiekunów edukatorów rówieśniczych wzajemnie wspierających się w pracy, mogących odwołać się do superwizora (konsultanta) w sytuacjach szczególnie trudnych, bądź merytorycznie dyskusyjnych.

Za tego rodzaju przedsięwzięciem muszą pójść środki finansowe, które przyczynią się do dobrej organizacji, doboru właściwych materiałów dydaktycznych, reklamy itp.

Niewątpliwie ważna jest dbałość o klimat akceptacji i przychylności ze strony dyrekcji i lokalnych struktur samorządowych, organów prowadzących szkołę. Należałoby dążyć także do właściwego rozporządzenia resortu edukacji.

Kolejna grupa – silnie argumentowała przeciwskazania tak dalece idących innowacji, mając szczególnie na uwadze biurokrację, a także stres, który towarzyszy nauczycielowi w trakcie tego rodzaju przedsięwzięć. Wskazywano również na ograniczone środki finansowe mogące przyczynić się do zaniechania np. kontynuacji projektu edukacji rówieśniczej. Znamienna wydaje się być obawa, że uczniowie będą mądrzejsi od nauczycieli, jeżeli umożliwi się im samostanowienie w zakresach dotyczących profilu i metod zajęć. Ostatni kontrargument wobec idei edukacji rówieśniczej tej grupy to brak docenienia nauczyciela za tak duży wysiłek.

W końcowej fazie dyskusji zgodnie uznano, że warto jednak spróbować podjąć wyzwanie, choćby dla samej satysfakcji.

- Uczestnicy zajęć oczekują dobrego systemu wsparcia merytorycznego dla osób realizujących program oparty o edukatorów rówieśniczych.

Podkreślano, że dobór opiekunów grup edukatorów rówieśniczych nie może być przypadkowy – to w dużej mierze od nich samych będzie zależało, na ile zechcą poświęcić swój czas i energię na rzecz młodzieży. Z drugiej strony, przekonania, że nastawienia młodzieży do życia są konsumpcyjne, co utrudnia nawiązanie dialogu i nadaje dramatyzmu poszukiwaniom metod na zbudowanie autentycznej współpracy.

Grupa dyrektorów i przedstawicieli zespołów wspierających

Zajęcia warsztatowe rozpoczęły się o analizie postaw wobec idei wprowadzenia w szkołach (a może intensyfikowania) edukacji rówieśniczej.

Na pytanie „dlaczego warto włączać młodych ludzi w działania szkoły?” uczestnicy zajęć wymieniali korzyści płynące dla poszczególnych grup:

uczniowie

- można dzięki temu łatwo i konstruktywnie wykorzystać swoją kreatywność i spontaniczność,
- można lepiej poznać swoje własne potrzeby w odniesieniu do współpracy z innymi ludźmi (szczególnie dorosłymi) oraz można nauczyć się lepiej rozumieć swoich rówieśników,

dorośli

- jest to tania i jednocześnie ciekawa forma edukacji, która może być realizowana z dużym zaangażowaniem uczniów i nauczycieli (co sprzyja wysokiej skuteczności uczenia się)
- można więcej dowiedzieć się o środowisku uczniów i dzięki temu osiągać z nimi wyższy stopień współpracy zarówno w zakresie edukacji przedmiotowej, jak i kompetencji społecznych,

wszyscy

- można zyskać na wprowadzeniu (lub intensyfikowaniu) edukacji rówieśniczej chociażby z tego względu, że dorośli i młodzi będą mieli więcej kontaktu z osobami dostarczającymi pozytywnych wzorców relacji pomiędzy pokoleniami, sposobów komunikowania się i rozwiązywania trudności występujących w tej relacji.

Argumentami zatytułowanymi „przeciw” a właściwie będącymi wyrazem świadomości zagrożeń, które można napotkać przy intensyfikowaniu procesu edukacji rówieśniczej uczestnicy zajęć wymieniali jako pierwsze to, że kadra oświatowa nie jest w wystarczają-

cym stopniu (i wystarczającej ilości osób) przygotowana do uczestniczenia w tym procesie, a tym bardziej we wspieraniu uczniów w tych działaniach. Z tego faktu wynikały argumenty „przeciw” – np. zaburzenia dyscypliny pracy, obawa, że nauczyciele nie poradzą sobie z (ewentualnymi) tendencjami uczniów do:

- przejmowania władzy – kompetencji i uprawnień pedagogów,
- deprecjonowania roli dorosłych w procesie socjalizacji,
- manipulowania nauczycielami,
- zaniedbywania obowiązków szkolnych.

Uczestnicy zajęć szczególnie mocno podkreślali niepokoje wynikające z przewidywania niekorzystnych postaw osób dorosłych uczestniczących w procesie edukacji rówieśniczej:

- oddanie dzieciom odpowiedzialności przy należnej wyłączenie dorosłym,
- wykorzystywanie młodych w realizacji celów i zadań dorosłych.

Ponadto, wskazywali na trudność we wprowadzaniu edukacji rówieśniczej w swoich placówkach wynikającą z braku czasu. Ograniczenie to może być rozwiązywane przez wprowadzenie zmian w organizacji szkoły, ale i tak na początku wprowadzania, czy też intensyfikowania procesu edukacji rówieśniczej wśród uczniów trzeba się liczyć z tym, że ilość godzin spędzonych przez nauczycieli zwiększy się z powodu:

- szkoleń rozwijających umiejętności, np. współpracy z uczniami,
- zebrań, w trakcie których przygotowywane byłyby ramy organizacyjne dla funkcjonowania edukacji rówieśniczej w szkole,

- przygotowywania uczniów do podjęcia się wzajemnego uczenia.

Wymagać więc będzie wsparcia ze strony dyrektora szkoły, jak i organu prowadzącego szkołę oraz rodziców uczniów.

W dalszej części warsztatów uczestnicy analizowali osobiste motywy podejmowania działań zmierzających do kreowania edukacji rówieśniczej uczniów. Głównym i wspólnym wszystkim uczestnikom motywem okazała się potrzeba lepszego poznawania młodego pokolenia, dogadywania się z nim. Podkreślany również był i ten motyw pracy z młodzieżą w zakresie edukacji rówieśniczej, który wymusza niejako samodoskonalenie się nauczycieli. Przy tym ponownie wskazywano na konieczność organizowania dla nauczycieli specjalistycznych szkoleń z zakresu psychologii rozwojowej, komunikacji interpersonalnej oraz pomocy dorosłym w budowaniu postaw sprzyjających traktowaniu edukacji rówieśniczej jako procesu, a nie jednorazowej akcji. W notatkach ze spotkania uczestnicy zapisali jeszcze jedną uwagę dotyczącą przesunięcia głównych akcentów z kontrolowania poczynąń młodego pokolenia na wspieranie jego rozwoju. Są to idee warte zachodu mimo, że postulowane od dawna, to nadal aktualne i palące.

W związku z powyższym, uczestnicy zajęć spisali listę oczekiwań, których realizacja pomogłaby w kreowaniu dobrej sytuacji dla rozwoju edukacji rówieśniczej wśród uczniów. Należy:

- poznać nowe sposoby pracy z młodzieżą,
- poznać metody stwarzania warunków do aktywnego uczestnictwa młodzieży w edukacji prozdrowotnej,
- wypracować i otrzymać materiały przydatne do przeprowadzania pracy w środowisku,

- mieć odpowiednią ilość czasu na realizację tych zadań,
- dobrze zintegrować się, aby był jak najlepszy przepływ informacji.

Najistotniejszy problem poruszany w trakcie zajęć dotyczył sprawy fundamentalnej - braku wspólnego, czy przynajmniej zbieżnego poglądu na to, jak ma wyglądać edukacja rówieśnicza, jakimi metodami można ją realizować, przy jakich działaniach szkoły można z niej korzystać, w jakich obszarach życia można na niej polegać.

Działania, które zapoczątkowują uczestnictwo uczniów w edukacji:

- dokładne informowanie uczniów o celach podejmowanych wobec nich działań oraz uzasadnienie form tych działań; istotne jest przy tym, aby postawy dorosłych uczestniczących w informowaniu jak i realizacji tych działań były przyjazne wobec uczniów,
- zapraszanie młodzieży do opiniowania oraz pomocy w wykonywaniu działań adresowanych do nich jak i na rzecz wspólnego dobra np. szkoły,
- zbieranie od uczniów informacji o ich potrzebach, oczekiwaniach w zakresie np. profilaktyki zdrowia, kompetencji społecznych,
- realizowanie działań wynikających z oczekiwań uczniów.

W dalszej części procesu dochodzenia do stanu, w którym można urzeczywistniać ideę edukacji rówieśniczej warto sięgnąć do metody „pracy projektami”, aby uczniowie uczestniczyli już na prawach partnerów.

Nawet pobieżne wyobrażanie sobie tego procesu pozwala dostrzec fakt, że edukacja rówieśnicza wśród uczniów trwa nieustannie

i dotyczy w znacznej części problemu młodzieży – „jak się stać dorosłym, jak wejść w świat dorosłych”. Tym samym, w procesie realizacji edukacji rówieśniczej nasi młodzi partnerzy doświadczają możliwości bycia w tym dorosłym świecie na zasadach podmiotowych. Dzięki umiejętnemu doprowadzaniu do edukacji rówieśniczej można osiągnąć to, że uczniowie nie tracąc kierunku „na dorosłość” będą mocniej doceniali i szanowali swoją młodość, przez co zmniejszą się ich tendencje do:

- uzurpowania sobie uprawnień przynależnych wyłącznie dorosłym,
- sięganie po „niezdrowe” atrybuty dorosłości.

Jak mówił w trakcie konferencji jeden z młodych uczestników wyobrażając sobie odległą perspektywę, w której edukacja rówieśnicza stanie się kanonem w polskich szkołach i działaniach profilaktycznych – „nastąpi okres szczęśliwości”. I mimo przesady tego stwierdzenia, to nie można odebrać mu sensu i pewnej (choć ograniczonej) przenikliwości futurologicznej.

Na pytanie o sposoby, przy użyciu których można włączyć młodzież w edukację zdrowotną uczestnicy zajęć odpowiadali:

- prowadzenie wolontariatu młodzieży,
- organizowanie przez uczniów imprez środowiskowych – sportowych, festynów, pikników, przy czym podkreślali, że do tego potrzebna jest zaangażowana osoba dorosła pełniąca rolę opiekuna i moderatora tych działań.

Ponadto podkreślano konieczność:

- kreowania zdrowego dialogu międzypokoleniowego,
- przeprowadzenia np. lekcji wychowawczych według potrzeb młodych i według

ich ustaleń. Jednocześnie ważne jest, aby opiekunowie grup edukatorów rówieśniczych korzystali z konsultacji i porad autorytetów naukowych przy tworzeniu programów profilaktycznych oraz, by systematycznie diagnozowali potrzeby młodych ludzi.

Rekomendacje do wdrażania metodologii edukacji rówieśniczej w systemie polskiej edukacji

1. Z ideą edukacji rówieśniczej powinny być zapoznane wszystkie podmioty w danym środowisku: uczniowie, nauczyciele, nadzór oświatowy, władze lokalne, rodzice uczniów.
2. Programy edukacji rówieśniczej powinny uwzględniać interesy każdej z ww. grup.
3. Jednym z głównych działań programu edukacji rówieśniczej powinno być tworzenie środowiska (lobby), które będzie przyjazne jego realizacji.
4. Efektywna realizacja programów wykorzystujących edukację rówieśniczą musi opierać się o odpowiednio przygotowanych opiekunów oraz powinna wspierać szkoleniami wszystkich aktywnie uczestniczących w tym procesie. Ponadto, ze względu na innowacyjny charakter tego przedsięwzięcia warto jest zadbać o stałą wymianę doświadczeń pomiędzy grupami realizującymi edukację rówieśniczą.
5. Należy zapewnić realizatorom programów edukacji rówieśniczej i odbiorcom stałe i odpowiednio wysokie wsparcie materialne ułatwiające pełną działalność wynikającą z programu.

Maria Tatarska

Poradnia Profilaktyki Społecznej MARATON

SZKOLNE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

KONCEPCJA ŚRODOWISKOWA

Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, realizacja programu profilaktycznego w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych stała się obowiązkiem.

Mimo, że aktualnie w dużej części szkół rozpoczęto realizację tych programów, w innych trwają przygotowania do ich uruchomienia, a w niektórych realizowane były od dawna, to ciągle pojawia się wiele wątpliwości dotyczących prawidłowości realizacji programów profilaktycznych.

Wątpliwości pojawiają się szczególnie podczas konstruowania i wdrażania, choć również podczas realizacji i oceny skuteczności programów.

Niniejsze opracowanie nie jest programem profilaktycznym, ani jego propozycją. Zawiera ono zestaw uwag, spostrzeżeń i pomysłów, wywodzących się z najskuteczniejszych we współczesnej profilaktyce koncepcji środowiskowych, ukazujących szkolny program profilaktyczny w trochę innym niż zwykle świetle.

Spostrzeżenia zawarte w opracowaniu zostały zebrane podczas wdrażania i prowadzenia programów profilaktycznych w kilkudziesięciu szkołach, wynikają one również z kilkunastoletnich doświadczeń autora w realizacji środowiskowych programów profilaktycznych mających na celu przeciwdziałaniu patologiom wśród młodzieży.

Treść artykułu uporządkowana została wg schematu, który może być jednocześnie planem konstrukcji programu profilaktycznego. Stanowi on szereg etapów, jakie trzeba przejść

zarówno podczas tworzenia programu, jak i podczas jego wdrażania, realizacji i ewaluacji.

Ponieważ omówione tu zagadnienia nawiązują do środowiskowej koncepcji pracy profilaktycznej należy najpierw omówić jej ogólne założenia.

Środowiskowa koncepcja profilaktyki

Najistotniejszym w środowiskowej koncepcji profilaktyki jest założenie, że główna przyczyna patologii społecznych tkwi w różnorodnych sytuacjach społecznych, specyficznych dla konkretnego środowiska. Inaczej mówiąc, określone środowisko – wszyscy jego członkowie, z całym swoim dziedzictwem kulturowym, normami regulującymi formy codziennych kontaktów – jest odpowiedzialne za powstawanie i rozwój patologii na swoim terenie.

Stwierdzenie to pociąga za sobą kolejne założenie, że skoro środowisko lokalne odpowiada za patologie i ich tworzenie, to w tym samym środowisku należy również szukać możliwości i potencjału do skutecznego przeciwdziałania patologiom.

Należy więc podkreślić, że w opisywanej koncepcji owo środowisko będzie zarówno adresem jak i wykonawcą działań profilaktycznych.

Przez *środowisko*, w kontekście konstrukcji działań profilaktycznych, rozumie się konkretną społeczność ludzką, zamieszkującą określony teren i stanowiącą swego rodzaju całość, ze względu na miejsce zamieszkania i występowanie między jej członkami określonych relacji i związków.

Określenie to nie jest zbyt precyzyjne. Biorąc jednak pod uwagę skuteczność środowiskowych programów profilaktycznych, jako środowisko określa się te grupy społeczne, co do których istnieje możliwość zastosowania systemowego, długofalowego oddziaływania profilaktycznego i korekcyjnego. Im mniejsze są te środowiska, tym łatwiej można zrealizować program profilaktyczny i ocenić jego efekty.

Przykładami takich środowisk są gminy, osiedla lub ich części wyodrębnione zwyczajowo, części dzielnic, małe miasteczka, wsie itp.

W obliczu narastających, w zastraszającym tempie, patologicznych zjawisk wśród dzieci i młodzieży, wręcz niezbędnym stają się działania zmierzające do stworzenia skutecznego systemu przeciwdziałania patologiom społecznym w tych miejscach.

Szkoła, jako element prawie każdego środowiska oraz z racji funkcji jakie pełni w społeczeństwie, jest jedną z podstawowych instytucji, od których system taki powinien zacząć działanie.

Można więc powiedzieć, że w kontekście środowiskowym, szkolny program profilaktyczny staje się częścią szerszego systemu, co z jednej strony zwiększa możliwości skutecznego działania, z drugiej zaś wymaga dostosowania go nie tylko do warunków i społeczności szkolnej, ale również do szeroko rozumianego środowiska (gminy, miasta, wsi czy osiedla).

Niska skuteczność szkolnych programów profilaktycznych związana jest min. z tym, że często przez swoją uniwersalność i powszechność stosowania, stają się niedostosowane do specyfiki szkół i ich środowisk, a poza tym, często mają charakter doraźny, akcyjny.

Jedną z poważniejszych wad takich programów jest to, że pochodzą one z zewnątrz szkoły (nauczyciele zwykle nie biorą udziału w ich

tworzeniu), często więc, grono pedagogiczne nie utożsamia się z realizowanymi działaniami. W wielu przypadkach programy te realizowane są w szkołach przez osoby z zewnątrz, co może prowadzić do niekorzystnego osłabienia odpowiedzialności za działania wychowawcze i profilaktyczne nauczycieli.

Idealnym rozwiązaniem powyższego problemu jest stworzenie sytuacji, w której grono pedagogiczne mogłoby samodzielnie stworzyć system oddziaływań profilaktycznych dla własnej szkoły, komplementarny z oddziaływaniem środowiskowym (np. programem miasta, gminy, dzielnicy, a nawet powiatu).

Aktualnie w wielu miejscach (środowiskach) widoczny jest brak spójnego systemu oddziaływań profilaktycznych zarówno w samej szkole jak i poza nią. Powoduje to, że nawet sprawdzone w innych sytuacjach, wartościowe szkolne oddziaływania tracą swą skuteczność, ponieważ zwykle pozostają one w cieniu niepowodzeń wychowawczych związanych z różnorodnymi zjawiskami patologii wśród uczniów, przejawiającymi się na terenie szkoły.

Koncepcja środowiskowa pozwala na wprowadzenie do szkół wysokiej jakości programów profilaktycznych zintegrowanych ze sobą oraz ze środowiskiem lokalnym, czyli min. działaniami instytucji i samorządów lokalnych tworzących system przeciwdziałania patologiom społecznym.

Godnym podkreślenia jest fakt, że realizacja prezentowanej tu koncepcji eksponuje szkołę z jednej strony, jako element szerszego systemu przeciwdziałania patologii, pełniący w tym systemie kluczową rolę, z drugiej strony ujmuje szkołę jako integralny system społeczny, od funkcjonowania którego zależy bezpośrednia możliwość przeciwdziałania patologiom zarówno na jej terenie, jak i poza nią.

Realizacja profilaktycznych koncepcji środowiskowych wiąże się z wieloma dodatkowymi korzyściami, do których należą między innymi:

- integracja działań samorządów lokalnych oraz doskonalenie współpracy między samorządami w zakresie przeciwdziałania negatywnym zjawiskom społecznym na ich terenie,
- rozszerzenie oferty działań profilaktycznych w miastach i stworzenie takiej oferty w szkołach wiejskich,
- integracja społeczności szkolnych, podnoszenie kwalifikacji kadry pedagogicznej,
- integracja działań profilaktycznych prowadzonych przez różnych wykonawców w określonym środowisku,
- zwiększenie roli opiniodawczej szkoły w środowisku lokalnym przez aktywne wyjście do tego środowiska i reakcję na występujące w nim problemy,
- zwiększenie świadomości społecznej o zagrożeniach patologiami oraz upowszechnianie informacji o możliwościach uzyskania pomocy,
- umacnianie roli społeczności lokalnych,
- stworzenie trwałego systemu przepływu informacji między instytucjami na poszczególnych poziomach samorządów jak i „pionowego” między poziomami struktur samorządowych,
- propagowanie rozwiązań systemowych i długofalowych w zakresie działań profilaktycznych, unikając działań doraźnych, akcyjnych – zwykle nieskutecznych,
- stworzenie zintegrowanego systemu szkolnych działań profilaktycznych, istotnego ze względu na wejście do Unii Europejskiej.

Jedną z istotniejszych korzyści dla samej szkoły jest możliwość pozyskania współrealizatorów działań profilaktycznych oraz zwiększenie szans na finansowanie szkolnego programu pro-

filaktycznego ze środków poza szkolnych, np. przez władze gminy lub innych sponsorów.

Jak zacząć konstrukcję środowiskowego programu profilaktycznego?

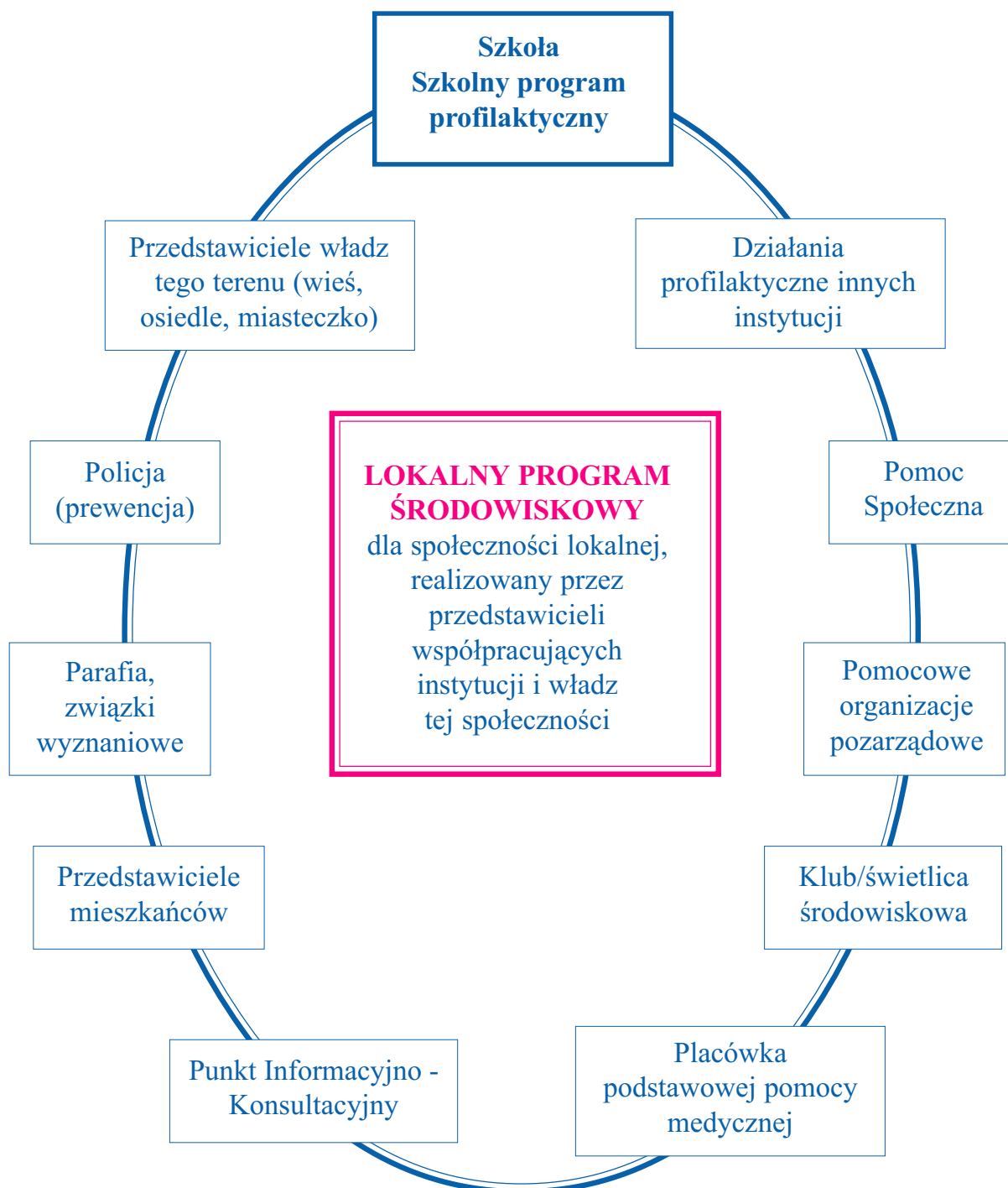
Każde środowisko ma swoją strukturę złożoną z elementów istotnych ze względu na konstruowanie działań profilaktycznych. Niezmiennie ważnym, dla inicjatora i autora programu profilaktycznego, jest stworzenie sytuacji, w której członkowie, mieszkańcy, „gospodarze” środowiska podejmą odpowiedzialność za realizację czynności profilaktycznych, stając się tym samym nie tylko adresatami oddziaływań lecz ich wykonawcami. Sytuacja powyższa jest jedną z najbardziej korzystnych, jeśli chodzi o skuteczność realizowanych działań zarówno w szkole, jak i poza nią.

Poniżej wymienione są typowe elementy środowiska ważne dla prawidłowej realizacji programu profilaktycznego:

- Władze lokalne – w zależności od zasięgu i miejscowania programu – władze osiedla, miasta, dzielnicy, wsi itp.
- Przedstawiciele zakładów pracy, przedstawiciele firm, usług
- Instytucje pracujące z dziećmi i młodzieżą – szkoły, przedszkola, przedstawiciele służby zdrowia, kluby osiedlowe, domy kultury
- Rodzice
- Mieszkańcy
- Kościół – władze i organizacje kościelne
- Pomoc Społeczna
- Policja
- Organizacje młodzieżowe.

Propozycja realizatorów środowiskowego programu profilaktycznego przedstawiona została na schemacie nr 1.

Schemat nr 1. Realizatorzy środowiskowego programu profilaktycznego



W nawiązaniu do przedstawionego schematu można powiedzieć, że początek tworzenia programu profilaktycznego, zarówno dla całej społeczności jak i wewnątrzszkolnego, powinien rozpocząć się od spotkania przedstawicieli środowiska lokalnego, mającego na celu uzgodnienie, skoordynowanie działań oraz ustalenie zadań priorytetowych, niezbędnych dla tego środowiska.

Dopiero po tych ustaleniach kadra pedagogiczna, mając świadomość:

- zagrożeń widzianych z zewnątrz szkoły, oczami przedstawicieli innych podmiotów, instytucji i mieszkańców,
- możliwości uzyskania wsparcia swoich działań z zewnątrz,
- możliwości współpracy,

może się udać do konstrukcji własnego, szkolnego programu profilaktycznego.

Kierunki działań i współpracy szkoły w ramach programu profilaktycznego

Z dotychczasowych rozważań można łatwo zorientować się, że oddziaływania profilaktyczne szkoły będą zawierać się w dwóch sferach.

Pierwsza, to sfera oddziaływań wewnętrznych (wewnątrzszkolnych). Chodzi tu o bezpośrednie działania adresowane do społeczności szkolnej (zajęcia z uczniami) oraz czynności usprawniające te działania (np. szkolenie kadry, wykonanie diagnozy społeczności szkolnej, koordynacja działań).

Druga sfera, to działania zewnątrzszkolne, inaczej mówiąc, oddziaływanie szkoły na środowisko lokalne. Chodzi tu między innymi o takie działania jak promocja szkoły, wzmacnianie jej autorytetu wśród społeczności, poradnictwo dla rodziców, organizacja czasu wol-

nego dla mieszkańców. Całość działań przedstawia schemat nr 2.

Przedstawiony schemat może posłużyć do wyznaczenia ogólnych kierunków szkolnych działań profilaktycznych. Należy jednak pamiętać, że formy ich realizacji powinny być dostosowane do specyfiki szkoły, określonych zagrożeń uczniów i możliwości (kompetencji) kadry pedagogicznej. Dlatego podczas przygotowania programu profilaktycznego przez kadrę pedagogiczną szkoły, warto jest poświęcić dużo uwagi diagnozie społeczności szkolnej i dostosowaniu działań do jej wyników.

Struktura i etapy konstrukcji szkolnego programu profilaktycznego

Przedstawiona poniżej propozycja struktury programu profilaktycznego, po jej rozbudowaniu, może stanowić program profilaktyczny lub może być swego rodzaju podpowiedzią etapów konstrukcji takiego programu.

W poszczególnych punktach ujęto również elementy najczęściej pomijane (zapominane) podczas konstrukcji, a później podczas realizacji szkolnych programów profilaktycznych.

- **Opis problemów** – najważniejsze na tym etapie jest wykonanie diagnozy społeczności szkolnej służącej merytorycznemu uzasadnieniu planowanych działań. Głównie wykonuje się: diagnozę środowiska szkolnego, czyli określenie jego specyfiki, występujących w nim zagrożeń i ich przyczyn.

Diagnozę przeprowadza się za pomocą gotowych bądź skonstruowanych w tym celu narzędzi (ankiet), chodzi tu przede wszystkim o:

Schemat nr 2 Kierunki oddziaływań i współpracy szkoły w ramach szkolnego programu profilaktycznego.



- analizę potrzeb (uczniów, kadry pedagogicznej, pracowników szkoły) wykonaną na podstawie wyników badań, w oparciu o fachową literaturę z dziedziny nauk społecznych (opis źródeł i materiałów naukowych)
- określenie realnych możliwości szkoły (kadry pedagogicznej)
- szczegółowy opis środowiska szkolnego

Istotne jest, by uwzględnić w programie także pracowników technicznych, woźnych, pracowników kuchni itp., ale przede wszystkim – wszystkich nauczycieli.

Ważne jest również by podczas badań stosować profesjonalne metody badawcze, ankiety własnej konstrukcji można stosować raczej w ostateczności.

Program profilaktyczny będzie bardziej wartościowy, jeśli uzyskane dane diagnostyczne i konstruowane na ich podstawie interpretacje będą odniesione do istniejących badań uznanych autorytetów w tej dziedzinie.

- **Cele** – to konkretne określenie planowanych działań. Powinny być stawiane precyzyjnie i realistycznie. Aby lepiej oddać specyfikę i etapy realizacji programu, powinno się stawiać kilka rodzajów celów (bezpośrednie, pośrednie, odroczone), nie powinno się zapominać o opisie korzyści uzupełniających, wynikających z realizacji programu.

Istotna jest hierarchizacja konkretnych celów (pierwszo- i drugorzędowych) oraz o umiejscowienie celów w czasie, tj. wskazaniu zadań długofalowych, akcyjnych, cyklicznych.

O profesjonalizmie świadczy wiedza – co robić przede wszystkim, co przedtem, a co później – dlatego ważne jest, by nie wrzucać wszystkich celów do jednego worka, wymieniając ich np. piętnaście bez żadnej gradacji.

Istotnym jest również wskazanie stopnia realizacji celów (cele osiągalne całkowicie, częściowo, w niewielkim stopniu, bądź wcale), niektóre realizowane w szkole cele będą osiągnięte przez ucznia dopiero po jej ukończeniu, np. założenie rodziny.

Należy pamiętać o celach związanych ze współpracą ze środowiskiem lokalnym i innymi instytucjami (tworzenie zintegrowanego systemu działań)

- **Adresaci** – należy dokładnie wskazać adresatów określonych działań: grup uczniów zagrożonych patologią, struktury społeczności uczniowskiej, grona nauczycielskiego, pracowników szkoły, rodziców, społeczności lokalnej - instytucji.
- **Realizatorzy** – czyli wykonawcy programu, to osoby zaangażowane w realizację programu w sposób bezpośredni i pośredni (współpracownicy, kooperanci). Ważne jest, by wskazać realizatorów z imienia i nazwiska, podając ich kompetencje i zakres działań podczas realizacji programu.

Należy pamiętać o całej kadrze szkoły, przedstawicielach instytucji zaangażowanych w prowadzenie programu profilaktycznego (pomoc społeczna, służba zdrowia, policja, kościół) i oczywiście o rodzicach!

- **Formy realizacji programu** - opis i zaplanowanie konkretnych metod pracy, sposobów realizacji celów.
Ważne jest, aby:
- umieścić elementy profilaktyczne w programie nauczania: w ramach zajęć przedmiotowych, w ramach godzin wychowawczych i zajęć pozalekcyjnych

- dostosować zajęcia do poziomu wieku i specyfiki klasy
- pogrupować formy realizacji celów wokół ścieżek tematycznych

Do każdego zajęcia powinien być przygotowany ich konspekt. Powinno się również zbierać konspekty, by inni mogli je wykorzystać przy następnej edycji programu.

Nie należy używać bezkrytycznie innych „obcych” programów profilaktycznych. Można wykorzystywać niektóre elementy innych programów do konstrukcji własnego, po ich dostosowaniu do celów programu i specyfiki szkoły. Należy też zadbać o to, by dyrekcja zawsze decydowała o tym, kto i co robi w szkole. Jeśli do realizacji jakichś części programu profilaktycznego zapraszane są osoby z zewnątrz, nawet jeśli to są wybitni specjaliści – trzeba dokładnie określić, co i kiedy mają zrobić.

- **Plan realizacji programu** – umiejscowienie poszczególnych zadań programu w czasie, wykazanie etapów realizacji i kolejności postępowania.

Przewidywane odstępy czasowe poszczególnych części programu związane są również z wystąpieniem konkretnych efektów. Pierwsza edycja programu jest zwykle pewnego rodzaju przymiarką, która pozwala zweryfikować dokładność planu przed kolejną jego realizacją.

Nie powinno się unikać tworzenia planu, nawet jeśli wydaje się, że może być nieprecyzyjny. W przyszłości można to naprawić.

- **Oczekiwane efekty realizacji programu** – to opis tego wszystkiego, czego oczekujemy po realizacji programu. Często pokrywają się one z celami programu, choć nie zawsze tak musi być.

Efekty programu mogą być oczekiwane (zamierzone) i nieoczekiwane. Wśród tych ostatnich mogą wystąpić również efekty negatywne. Dobrze jest jeśli umie się przewidzieć negatywne efekty programu. Należy pamiętać, by nie sytuować oczekiwanych efektów realizacji programu tylko w szkole, lecz również w środowisku lokalnym – zgodnie z postawionymi celami.

- **Monitoring przebiegu programu i ewaluacja**, to inaczej śledzenie i rejestracja procesu realizacji całości programu. Najprostszą metodą monitoringu są listy obecności na zajęciach, choć oczywiście niewystarczającą, w przypadku programów profilaktycznych. Odnośnie programów profilaktycznych zasada brzmi: rejestruj wszystko tak, by można było zawsze odtworzyć sposób realizacji poszczególnych elementów programu, istotne zachowania adresatów i realizatorów, metody działania, ważne wydarzenia. Monitoring umożliwia ewaluację, czyli ocenę skuteczności programu. Ocena powinna dotyczyć wszystkich oczekiwanych efektów w społeczności szkolnej, a w szczególności sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej uczniów oraz efektów dotyczących środowiska lokalnego.

W ramach programu profilaktycznego nie powinno się robić czegoś, czego efektów nie można, w miarę obiektywnie, ocenić.

- **Kosztorys programu**. Należy zrobić kosztorys programu, nawet jeśli jest to program realizowany wewnątrznie. Działania profilaktyczne wymagają dużych umiejętności i nawet jeśli są wykonywane społecznie, inni powinni znać ich finansową wartość.

Program skonstruowany według planu zawartego w tym opracowaniu, z kosztorysem, można przedstawić różnym sponsorom z prośbą o dofinansowanie jego realizacji.

- **Uwagi autora** mające znaczenie dla realizacji programu. Jest to takie miejsce w opisie programu profilaktycznego, w którym autor może zwrócić uwagę na jakieś szczególne jego elementy, podkreślić zalety lub przestrzec przed błędami w jego realizacji, lub słabymi stronami. Dobrze jest umieścić:
 - kwestie warte podkreślenia; elementy kluczowe i problematyczne
 - dodatkowe wskazówki dla realizatorów programu

- spostrzeżenia służące wyjaśnieniu zagadnień, dla których zabrakło miejsca w innych punktach opisu.

Szkolne programy profilaktyczne mogą być programami autorskimi, dlatego też można chronić ich prawa.

Dobrze jest, jeśli program profilaktyczny nawiązuje do tradycji szkoły i wartości w niej kultywowanych. Jego uruchomienie może być ważnym wydarzeniem nie tylko dla samej szkoły, ale również całej społeczności lokalnej.

Ireneusz Siudem

Lubelskie Towarzystwo

Zapobiegania Patologiom Społecznym "KUŹNIA"

Z PUBLIKACJI ZAGRANICZNYCH

Grupowanie młodzieży wysokiego ryzyka dla celów profilaktycznych bardziej szkodzi niż pomaga?

Badania przeprowadzone przez dr Thomasa Dishiona i jego kolegów z Centrum Dziecka i Rodziny Uniwersytetu Oregon dowodzą, iż grupowanie młodzieży wysokiego ryzyka może doprowadzić do wzmocnienia zachowań problemowych. W badaniach wzięła udział młodzież w wieku od 11 do 14 lat z grupy wysokiego ryzyka narkomanii i przestępczości, którą wspólnie objęto 12-tygodniowym programem redukcji zachowań problemowych. Wyniki pokazują wzrost samodzielnie zgłaszanych przez tę młodzież przypadków palenia tytoniu oraz przypadków łamania prawa zgłaszanych przez nauczycieli. Młodzież z tej grupy demonstrowała znacznie gorsze zachowanie od młodzieży z grupy ryzyka, która otrzymała materiały profilaktyczne do samodzielnego wglądu lub też nie została objęta jakimkolwiek działaniem interwencyjnym.

Takie wyniki poddają w wątpliwość powszechnie stosowaną praktykę wspólnego obejmowania działaniami interwencyjnymi agresywnej i społecznej młodzieży z grupy wysokiego ryzyka. Wyniki te są zbieżne z wynikami innych badań obrazujących negatywną presję rówieśniczą (*ang. negative peer dynamics*) wśród młodzieży z grupy wysokiego ryzyka.

Zdaniem dr Elizabeth Robertson, dyrektor Oddziału Badań nad Profilaktyką Krajowego Instytutu ds. Narkomanii (*ang. National Institute on Drug Abuse – NIDA*): „Nieudane próby poprawy zachowania jednostki w efekcie niekiedy wysoce specjalistycznych działań interwen-

cyjnych, od wielu lat pozostają niewytłumaczalne.” „Wyniki badań dr Dishion dostarczają wielu wskazówek pomagających zrozumieć istotę sprawy.”

Najpierw grupa młodzieży została objęta 12-tygodniowym poznawczo-behawioralnym programem interwencyjnym o nazwie Program Transformacji Młodzieży (*ang. Adolescent Transition Program – ATP*) opracowanym przez dr Dishion i jego kolegów. Program ten miał na celu poprawę zachowań młodych ludzi, u których rodzice zidentyfikowali problemy w co najmniej czterech z następujących rejonów ryzyka: bliski kontakt z rodzicami, przystosowanie emocjonalne, zainteresowanie nauką, zaangażowanie w zachowania pozytywne, próby poszukiwania nowych doświadczeń, używanie substancji psychoaktywnych, utrzymywanie znajomości z osobami używającymi substancji psychoaktywnych czy też przypadki używania takich substancji w rodzinie. Całe badanie opracowano tak, by można było porównać skuteczność strategii działań interwencyjnych zarówno tych polegających na wpływie rodziców, jak i rówieśników.

158 młodych ludzi obarczonych wysokim ryzykiem (83 chłopców i 75 dziewczyn) w wieku od 11 do 14 lat metodą losową przydzielono do następujących grup działania interwencyjnego: tylko kontakt z rodzicami, tylko kontakt z rówieśnikami, kontakt z rodzicami i rówieśnikami oraz do grupy kontrolnej, której członkowie nie uczestniczyli w żadnych spotkaniach.

Grupa kontrolna otrzymała materiały na piśmie i kasety wideo lub wcale nie poddawana była działaniom interwencyjnym.

Techniki interwencji w grupach polegały na dyskusji i odgrywaniu scenek, których celem było nabycie umiejętności radzenia sobie z emocjami, wyznaczanie granic, budowanie związków oraz odmawianie używania substancji psychoaktywnych. W grupie kontaktu tylko z rodzicami ćwiczone umiejętności z zakresu komunikacji i kierowania rodziną. Po zakończeniu eksperymentu przeprowadzono badania kontrolne w rocznym, dwuletnim i trzyletnim odstępie czasu. W ich trakcie analizowano wypełnianie przez nauczycieli ankiety dotyczące przestępczości oraz raporty sporządzane samodzielnie przez uczniów na temat częstotliwości palenia papierosów – potwierdzane testami na obecność tlenu węgla.

Pod koniec okresu 12 tygodni badacze odkryli, iż we wszystkich trzech grupach interwencyjnych nastąpiła poprawa w kontaktach rodzic–dziecko oraz w nabywaniu nowych umiejętności. Jednak w rocznym badaniu kontrolnym wśród uczestników grupy tylko rówieśniczej oraz rodzicielsko-rówieśniczej odnotowano podwyższoną liczbę samodzielnie zgłaszanych przypadków palenia tytoniu oraz zachowań problemowych zgłaszanych przez nauczycieli. Po trzech latach młodzież, która przebywała w grupie rówieśniczej zgłosiła dwa razy więcej przypadków palenia tytoniu od wszystkich pozostałych. Ponadto ankiety na temat przestępczości wypełniane przez nauczycieli wykazały 75 procentową przewagę nad uczestnikami pozostałych grup. Dodatkowe analizy ujawniły, iż młodzież, która na początku programu manifestowała niski poziom zachowań problemowych prezentowała ich największy wzrost.

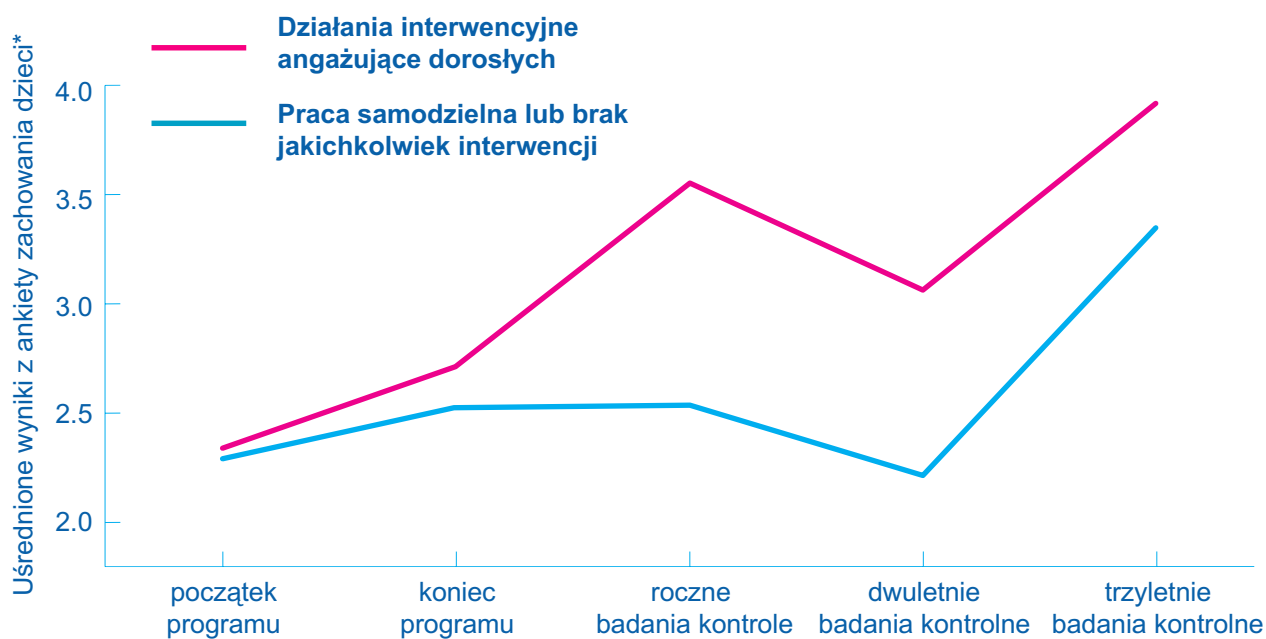
Zdaniem dr Dishion wyniki programu ATP okazały się biegunowo różne od zakładanych hipotez. „Chcieliśmy skorzystać z pozytywnego wzmocnienia rówieśników po to, by promować abstynencję oraz poprawiać zachowanie. Zamiast tego, po rocznym badaniu kontrolnym okazało się, że młodzież przydzielona do grupy wraz ze swoimi rówieśnikami tak naprawdę demonstrowała więcej zachowań problemowych niż ich koledzy i koleżanki z pozostałych grup.”

Dr Dishion opisuje metodę, za pomocą której rówieśnicy wpływają na siebie negatywnie jako „trening dewiacji” (*ang. deviancy training*). Na przykład, prowadzenie przez rówieśników zabronionych dyskusji na temat używania narkotyków prowokuje do takiego zachowania i do dalszych dyskusji na ten temat. W swoich wcześniejszych badaniach na temat indywidualnych oddziaływań rówieśniczych dr Dishion odkrył, iż aspołeczni rówieśnicy pozytywnie reagują na zabronione dyskusje, podczas gdy zsocjalizowani rówieśnicy pozytywnie reagują na dyskusje dozwolone. Dr Dishion stawia hipotezę, iż taki proces może również wystąpić wśród młodzieży zebranej na leczeniu niwecząc tym samym zakładane korzyści z procesu grupowego.

Takie interakcje mają bardzo delikatny charakter i mogą występować nawet w sytuacjach stworzonych do promowania pozytywnego zachowania. W przypadku programu ATP wszystkie sesje były filmowane. Późniejsza analiza materiału filmowego dowiodła, iż interakcje przed i po sesjach oraz podczas przerw miały negatywny wpływ na pozytywne interakcje ćwiczone w trakcie sesji.

„Ten eksperyment ma odniesienie przede wszystkim do najmłodszej grupy wiekowej – od późnej szkoły podstawowej do końca gimnazjum.

Tabela 1. Rosnące trendy zachowań problemowych po działaniach interwencyjnych wśród grup rówieśniczych



***Umiejscawia zachowanie problemowe na dwudziestoitemowej skali obejmującej: udział i wyniki w dyscyplinach sportowych, hobby, przyjaźnie, praca, inne czynności.**

Wyniki ankiet wypełnionych przez nauczycieli na temat zachowań problemowych w przedziale wiekowym 11-14 lat podczas dwunastotygodniowego eksperymentu profilaktycznego pokazały, iż odwrotne do oczekiwanych wyniki działań interwencyjnych rozciągały się do trzech lat od zakończenia programu. Wynik 0 oznaczał, że uczeń nigdy nie angażował się w zachowanie problemowe; natomiast maksymalny wynik 12 punktów oznaczał kilka odnotowanych przypadków takich zachowań.

Zakładamy, że negatywny wpływ rówieśników jest najbardziej niebezpieczny w początkach używania narkotyków”, twierdzi dr Dishion.

Istnieje jeszcze całe pole do przyszłych badań nad niezamierzonymi skutkami działań interwencyjnych. Nie wszystkie działania w grupach rówieśniczych przynosiły jednak odwrotne skutki. „Obecnie pracujemy nad zidentyfikowaniem sytuacji najbardziej proble-

matycznych. Nie twierdzimy jednak, że umieszczanie młodzieży w tej samej grupie zawsze będzie odnosić negatywne skutki,” mówi dr Dishion. Jego zdaniem istnieją dodatkowe dane potwierdzające, że rówieśnicze działania interwencyjne mogą odnosić pozytywne skutki zwłaszcza wtedy, kiedy grupa składa się również z prospołecznych uczestników.

Dr Dishion utrzymuje, iż do bardziej skutecznych działań interwencyjnych wśród młodzieży należy zaliczyć ćwiczenia z udziałem rodziców. „Udział dorosłych jest potrzebny po to, by zapobiec eskalacji zachowań ryzykownych u młodych ludzi. Bez udziału dorosłych młodzież staje się podatna na wpływ rówieśników,” twierdzi dr Dishion.

Dr Robertson, pracownik NIDA, zgadza się z opinią, iż opracowywanie coraz lepszych metod pomocy dzieciom i młodzieży z grupy ryzyka stanowi zadanie numer jeden. „Ten niewielki odsetek zaburzonych dzieci wchodzi w dorosłość z większością społecznych i zdrowotnych problemów, m.in. nadużywaniem substancji psychoaktywnych, przestępczością i chorobami przenoszonymi drogą płciową. Warto poszukać

lepszego sposobu identyfikowania młodzieży z grupy ryzyka, podejmowania działań interwencyjnych wobec nich samych, ich rodzin oraz w ich szkołach, począwszy już od przedszkola.

Opracowano na podstawie

NIDA NOTES Nr 5, 2003

National Institute on Drug Abuse

Źródła

- Dishion, T.J.; McCord, J.; and Poulin, F. When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist* 54(9):755-764, 1999.
- Poulin, F.; Dishion, T.J.; and Burraston, B. 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied Development Science* 5(4):214-224, 2001.

OGŁOSZENIE

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii informuje, że do chwili obecnej Minister Zdrowia zatwierdził następujące programy specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków umożliwiające uzyskanie certyfikatu specjalisty i instruktora terapii uzależnień w trybie pełnym:

Decyzją z dnia 25.09.2002 r.

- Program realizowany przez Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii – Oddział w Zielonej Górze, ul. St. Batorego 33 we współpracy z Uniwersytetem Zielonogórskim.

Decyzją z dnia 09.12.2002 r.

- Program realizowany przez Instytut Psychologii Zdrowia w Warszawie, ul. Gęślarska 3.
- Program realizowany przez Polską Federację Społeczności Terapeutycznych w Gdańsku, ul. Agrarna 2.

Wszystkie osoby zainteresowane informacjami dotyczącymi powyższych programów szkoleniowych zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej Krajowego Biura pod adresem:

www.kbpn.gov.pl (dział „certyfikacja”)

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

Dyrektor

Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65,
www.kbpn.gov.pl

na podstawie art. 14 ust 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 97, poz. 468 z późn. zm.) oraz Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 06.03.2002 r.

Zaprasza

zainteresowane podmioty do składania ofert i uczestniczenia w konkursie na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia w zakresie:

- a) instruktora terapii uzależnień**
- b) specjalisty terapii uzależnień**

W konkursie mogą brać udział podmioty, nie będące osobami fizycznymi, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń i posiadają doświadczenie w działalności szkoleniowej w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków. Złożony program powinien spełniać wymagania określone w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Oferta powinna zawierać:

- a) szczegółowe, udokumentowane informacje na temat dotychczasowej działalności szkoleniowej i dydaktycznej w dziedzinie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- b) szczegółowe informacje o kwalifikacjach kadry wskazanej do realizacji programu,
- c) szczegółowo zaplanowany program szkolenia, czas trwania programu, planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia,
- d) informacje na temat miejsca realizacji programu, bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu,
- e) kryteria i sposób naboru uczestników szkolenia oraz planowaną liczbę uczestników,

- f) opis sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia, w tym opis zasad i trybu prowadzenia egzaminu,
- g) całkowity koszt programu szkoleniowego wraz z kosztorysem.

Oceny ofert dokonuje Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych zgodnie z zasadami i trybem określonym w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.

Zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia dokona Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii przygotowanej w oparciu o ocenę programu sporządzoną przez Radę do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych.

Po zatwierdzeniu programu szkoleniowego przez Ministra Zdrowia podmiot uzgadnia z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii zasady organizacyjne dotyczące m.in. kwalifikacji do programu, ustalania terminu rozpoczęcia, zakończenia szkolenia oraz terminy egzaminów.

Oferty prosimy składać w 3 jednobrzmiących egzemplarzach (pożądana także wersja elektroniczna) w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura lub w siedzibie Krajowego Biura w godz. 9.00–16.00 (od poniedziałku do piątku).

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
02–776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54

Terminy składania ofert:

- do 30.06.2003 r. (pierwszy termin)
- do 30.09.2003 r. (drugi termin)

Oferty należy składać w wyżej wymienionych terminach do godziny 15.00.

Informacje telefoniczne udzielane są od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu:
(0 22) 641 15 01 w godzinach od 10.00 do 14.00.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w następujących terminach:

- do 30.09.2003 r. dla ofert składanych do 30.06.2003 r.
- do 31.12.2003 r. dla ofert składanych do 30.09.2003 r.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursów oraz anulowania konkursu bez podania przyczyn.

Równocześnie Dyrektor Krajowego Biura informuje, że Krajowe Biuro nie dotuje zadań realizowanych przez podmioty należące do sektora finansów publicznych.

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na skrócony program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

Dyrektor

Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65,
www.kbpn.gov.pl

na podstawie art. 14 ust 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 97, poz. 468 z późn. zm.) oraz Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 06.03.2002 r.

Zaprasza

zainteresowane podmioty do składania ofert i uczestniczenia w konkursie na skrócony program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia w zakresie:

• **instruktora terapii uzależnienia od narkotyków.**

Szkolenie adresowane będzie do osób posiadających co najmniej wykształcenie średnie, które prowadziły terapię i rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat.

Program powinien spełniać następujące warunki:

- a) obejmować niżej wymienione zakresy tematyczne:
 - ewaluacja programów terapeutycznych,
 - modele pracy w leczeniu i terapii uzależnień,
 - filozofia i etyka w pracy terapeutycznej,
 - praca z rodziną osoby uzależnionej,
 - formułowanie indywidualnego programu terapii i zarządzanie nim,
 - medyczny aspekt uzależnienia, w tym choroby towarzyszące, programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych; farmakoterapia w leczeniu uzależnień,
- b) czas trwania szkolenia ok. 60-70 godzin lekcyjnych,
- c) prowadzący szkolenie powinni być specjalistami w swojej dziedzinie oraz posiadać znaczący dorobek naukowy lub terapeutyczny.

Powyższe kryteria zostały sformułowane na podstawie analizy ankiet, których celem była diagnoza potrzeb i oczekiwań w zakresie uzupełnienia i doskonalenia kompetencji zawodowych osób prowadzących terapię pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat.

W konkursie mogą brać udział podmioty, nie będące osobami fizycznymi, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń i posiadają doświadczenie w działalności szkoleniowej w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków. Przedstawiony program powinien spełniać wymagania określone w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Ponadto oferta powinna zawierać:

- a) szczegółowe informacje na temat dotychczasowej działalności szkoleniowej i dydaktycznej w dziedzinie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- b) szczegółowe i udokumentowane informacje o kwalifikacjach kadry wskazanej do realizacji programu,
- c) szczegółowo zaplanowany program szkolenia, czas trwania programu, planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia,
- d) informacje na temat miejsca realizacji programu, bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu,
- e) kryteria i sposób naboru uczestników oraz planowaną liczbę uczestników,
- f) całkowity koszt programu szkolenia wraz z kosztorysem.

Oceny ofert dokonuje Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych zgodnie z zasadami i trybem określonym w Regulaminie zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.

Zatwierdzenia i certyfikowania skróconego programu specjalistycznego szkolenia dokona Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii przygotowanej w oparciu o ocenę programu sporządzoną przez Radę do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych.

Po zatwierdzeniu programu szkoleniowego przez Ministra Zdrowia podmiot uzgadnia zasady organizacyjne dotyczące m.in. kwalifikacji osób do programu, ustalenia terminu rozpoczęcia, zakończenia oraz egzaminów z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Oferty prosimy składać w 3 jednobrzmiących egzemplarzach (pożądana także wersja elektroniczna), w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Krajowego Biura lub w siedzibie Biura w godz. 9.00–16.00 (od poniedziałku do piątku).

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
02–776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54

Terminy składania ofert:

- do 28.04.2003 r. (pierwszy termin),
- do 30.09.2003 r. (drugi termin)

Oferty należy składać w wyżej wymienionych terminach do godziny 15.00

Informacje telefoniczne udzielane są od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu:

(0 22) 641 15 01 w godzinach od 10.00 do 14.00.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w następujących terminach:

- do 03.06.2003 r. dla ofert składanych do 28.04.2003 r.
- do 31.10.2003 r. dla ofert składanych do 30.09.2003 r.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursów oraz do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

Równocześnie Dyrektor Krajowego Biura informuje, że Krajowe Biuro nie dotuje zadań realizowanych przez podmioty należące do sektora finansów publicznych.

OGŁOSZENIE

POLSKA FEDRECJA SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNYCH
Gdańsk, ul. Agrarna 2

Zespół szkoleniowy Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych

ZAPRASZA

na I edycję specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie:

- **instruktor terapii uzależnień**
- **specjalista terapii uzależnień**

Szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków prowadzone będzie dla osób pracujących zawodowo w leczeniu i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków, które chcą się ubiegać o certyfikat instruktora lub specjalisty terapii uzależnień.

Program szkoleniowy został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia

Ogólne informacje o szkoleniu

- Program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnień od narkotyków w zakresie instruktora i specjalisty terapii uzależnień obejmuje treści programowe określone przez Regulamin zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.
- Szkolenie prowadzone jest w formie wykładów, treningów psychologicznych, warsztatów metodycznych, zajęć superwizyjnych oraz staży zawodowych, a kończy się egzaminem certyfikacyjnym.
- Szkolenie obejmuje łącznie 520 godzin zajęć. W stosunku do obowiązującej liczby godzin zajęć szkoleniowych wymiar zajęć warsztatowych został zwiększony do 200 godzin.
- Zajęcia prowadzą między innymi: Piotr Adamiak, Helena Baran-Furga, Grażyna Cholewińska, Kazimierz Jarzębski, Jolanta Koczurowska, Andrzej Leder, Marek Liciński, Anna Orzechowska, Katarzyna Puławska, Janusz Sierosławski, Sylwester Soćko, Tomasz Wolfart.
- Warunkiem ukończenia szkolenia jest udział we wszystkich zajęciach.
- Szkolenie prowadzone będzie w małych grupach (13-15 osobowych)
- Wymagana jest pisemna zgoda kierownika placówki na udział w szkoleniu.

Organizacja szkolenia

1. Program szkoleniowy trwać będzie od marca 2003 r. do listopada 2004 r.
2. Zajęcia odbywać się będą w cyklach trzydniowych (wykłady, superwizje) i sześciodniowych (treningi i warsztaty). Szczegółowy grafik zajęć przedstawiony zostanie osobom zakwalifikowanym na szkolenie.
3. Opłata za udział w szkoleniu wynosi 3 800 PLN. Osoby mające udokumentowane minimum 5 lat pracy w terapii i rehabilitacji uzależnień osób uzależnionych od narkotyków mogą ubiegać się o dofinansowanie w wysokości 960 PLN.
4. Odpłatność za szkolenie uiszczona może być w trzech ratach (I – do 13 marca 2003 r., II – do 13 września 2003 r., III – do 13 marca 2004 r.).
5. Koszty zakwaterowania, wyżywienia i dojazdów pokrywają uczestnicy we własnym zakresie.
6. Szkolenia odbywać się będą w ośrodkach szkoleniowych w Warszawie (wykłady), w Gdańsku, Kuligowie i Bąkowej Górze k/ Piotrkowa Trybunalskiego (treningi i warsztaty). Staże kliniczne odbywać się będą w ośrodkach stażowych w Gdańsku, Łodzi, Częstochowie i Warszawie.

Zgłoszenia na szkolenia

1. Kandydaci na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnień od narkotyków w zakresie: instruktor terapii uzależnień i specjalisty terapii uzależnień muszą spełniać warunki określone w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków, tj. posiadać wykształcenie średnie (instruktor) lub wyższe (specjalista) i pracować z osobami uzależnionymi (wymagane potwierdzenia).
2. Kandydaci ubiegający się o przyjęcie na szkolenie winni wypełnić kartę zgłoszeniową, i potwierdzoną przez kierownika zakładu pracy wysłać listem poleconym, faksem lub pocztą internetową na adres:

Ośrodek Profilaktyki i Edukacji Psychologicznej,

ul. Grunwaldzka 513a. 80-320 Gdańsk,

faks (58) 551-96-05,

e-mail: mrowisko@post.pl z dopiskiem: szkolenie PFST.

3. Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 25 lutego 2003 r. Ilość miejsc jest ograniczona. Decyduje pierwszeństwo zgłoszeń.
4. Osoby zakwalifikowane na szkolenie zostaną listownie powiadomione o szczegółowym programie zajęć oraz miejscu i godzinie rozpoczęcia szkolenia.
5. W sprawach dotyczących szkolenia można kontaktować się telefonicznie :
(58) 552-00-26 – codziennie od 12.00-18.00 – Anna Talaśka, Iza Lewandowska.

OGŁOSZENIE

**INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA
POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOLOGICZNE
Warszawa, ul. Gęślarska 3**

Zaprasza na

Specjalistyczne szkolenie w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków
w zakresie specjalisty terapii uzależnienia i instruktora terapii uzależnienia

Szkolenie przeznaczone jest dla osób pracujących w obszarze uzależnień od narkotyków
w środkach, poradniach, punktach konsultacyjnych.

Warunki przyjęcia:

- minimum średnie wykształcenie dla instruktora terapii uzależnień,
- minimum dwa lata pracy z osobami uzależnionymi,
- dla osób uzależnionych: minimum 5 lat abstynencji i ukończony program własnej terapii.

Szkolenie dla specjalistów i instruktorów terapii uzależnień obejmuje:

- trening interpersonalny – 50 godz.
- trening intrapsychiczny – 50 godz.
- osiem bloków tematycznych o charakterze wykładowo-warsztatowym – 247 godz.
- staż kliniczny, 2 tygodnie w stacjonarnych lub ambulatoryjnych placówkach rehabilitacji dla dorosłych lub dzieci i młodzieży – 80 godz.
- supervizje kliniczne – 70 godz.

Ogółem liczba godzin przebytego kształcenia na *specjalistę terapii uzależnień* – 458 godz.

Ogółem liczba godzin przebytego kształcenia na *instruktora terapii uzależnień* – 430 godz.

Zespół realizatorów programu składa się z wysokiej klasy specjalistów, którzy posiadają znaczące doświadczenie dydaktyczne oraz kliniczne. Zajęcia będą prowadzone w systemie zaocznym (raz w miesiącu w formie 8 zjazdów 4-5 dniowych).

Podstawą uzyskania certyfikatu specjalisty i instruktora terapii uzależnień jest egzamin składany przed Komisją Egzaminacyjną, w skład której wchodzi przedstawiciele zespołu realizatorów programu oraz przedstawiciele Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych.

- egzamin składa się z dwóch części:
 1. części pisemnej, obejmującej sprawdzian testowy z obszaru zagadnień teoretycznych,
 2. części ustnej, która obejmuje sprawdzian umiejętności nabytych przez uczestnika szkolenia niezbędnych do prowadzenia terapii i rehabilitacji osób uzależnionych.

Egzamin ustny opiera się na przedstawieniu studium przypadku i jego obronie przed Komisją Egzaminacyjną. Warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest wcześniej zdany egzamin pisemny.

Przewidziany koszt szkolenia (koszty dydaktyki):

dla specjalisty terapii uzależnień – 3.866 PLN

dla instruktora terapii uzależnień – 3.766 PLN

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
dofinansuje 50 uczestnikom szkolenie w kwocie 960 PLN.**

Zajęcia odbywać się będą w Ośrodku ETOH w Warszawie ul. Mszczonowska 6. Koszty zakwaterowania, wyżywienia i dojazdów pokrywają uczestnicy we własnym zakresie.

Liczba miejsc ograniczona. Prosimy zgłoszenia nadsyłać możliwie jak najszybciej. Pierwsza edycja zostanie rozpoczęta w momencie ustalenia pierwszej listy potwierdzonego wpłaty (1 raty) uczestnictwa. Jeśli przed wakacjami nie uda się nam uruchomić szkolenia, uruchomimy je we wrześniu 2003 r.

Osoby zakwalifikowane na szkolenie zostaną listownie powiadomione o szczegółowym programie zajęć oraz miejscu i godzinie rozpoczęcia szkolenia.

W sprawach dotyczących szkolenia można kontaktować się telefonicznie z sekretariatem Instytutu, tel. (022) 863-42-76 lub z p. Elżbietą Rachowską (kierownikiem szkolenia) tel. (601) 987-994 w godzinach 15.00–17.00.

Osoby, które ukończyły trening interpersonalny i intrapsychiczny w ramach Instytutu Psychologii Zdrowia mogą liczyć na zaliczenie ich i zmniejszenie kosztów uczestnictwa.

dokończenie ze str. 2

a także relacją między programem redukcji szkód a społecznością terapeutyczną. Było to tym bardziej interesujące, że wielu z nas towarzyszyła podobna droga w tworzeniu programu swojego ośrodka i rozwoju społeczności terapeutycznej. Martien Kooyman uważa, iż wspólną cechą łączącą osoby uzależnione jest niska samoocena związana z lękiem przed odrzuceniem. Ten stan występuje już przed pierwszym użyciem narkotyku, a narkotyk wzmacnia ten stan. Właśnie lęk przed odrzuceniem, według M. Kooyman'a, utrudnia zwrócenia się o pomoc i negację problemu uzależnienia. Z badań, które przeprowadził wynika, że im dłużej uzależnieni przebywali w terapii, tym lepsze były wyniki leczenia. Średnia skuteczność terapii wśród tych, którzy pozostawali w programie rok wynosiła 70 %, dla absolwentów sięgała 80 %. Interesujące były także rozważania dotyczące wzajemnych relacji i udziału w społeczności profesjonalistów i, jak to określa Kooyman, „byłych uzależnionych”. Uważa on, że nowi profesjonaliści w programach samopomocowych często nie mają pojęcia, na czym polega *terapeutyczność* społeczności. Bezpieczniej czują się w roli pomagającego, niż nauczyciela wyznaczającego granice destrukcyjnego zachowania. Wkład profesjonalistów poprawia więc jakość pracy i umożliwia ewaluację, nie może jednak zastąpić podstawowej idei samopomocy i pomocy wzajemnej, gdyż w społeczności nauka odbywa się głównie dzięki wzajemnym interakcjom.

Piotr Jabłoński, Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przedstawił interesujący wykład „*Między teorią a praktyką oddziaływań terapeutycznych*”, w którym zwrócił szczególną uwagę na słabe strony programów leczniczych, między innymi:

- brak całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych przez pacjentów w trakcie terapii,
- brak adekwatnej diagnozy i kwalifikacji do udziału w programie,

- za krótki czas pozostawania w programie w odniesieniu do oczekiwań wynikających z wiedzy teoretycznej i tzw. „dobrej praktyki”,
- wysoka skala nawrotów choroby po terapii,
- brak elastyczności w podejściu do innowacyjnych metod terapii przez realizatorów programów
- często zbyt niskie morale pracowników i realizatorów programów,
- ograniczone środki finansowe przeznaczone na terapię i rehabilitację.

Właściwa ocena stanu pacjenta i kwalifikacja z całą pewnością wzmacnia proces terapii. Wiąże się to z wykorzystywaniem najnowszych narzędzi diagnostycznych i właściwym „dopasowaniem” klienta do typu terapii w zależności od rodzaju substancji. Pacjent ma większe szanse leczenia, jeżeli dobrze zaplanowany jest „indywidualny program terapii”, sprawnie przebiega praca z jego rodziną, ma dobre zdrowie somatyczne, a na koniec – możliwość zatrudnienia po przebytej terapii. Wykład ten, myślę, skłaniał słuchaczy nie tylko do refleksji i zastanowienia się nad stanem lecznictwa uzależnień w Polsce, ale także funkcjonowaniem swojego ośrodka.

Bardzo interesujące były także wykłady dotyczące etyki w zawodzie terapeuty. Profesor Zbigniew Szawarski przedstawił wykład „*Sztuka pomocy - rozważania filozoficzne*”, dr Katarzyna Sawicka zaprezentowała temat: „*Etyczność w socjoterapii*”, a dr Andrzej Leszczyński mówił na temat „*Wartość autorytetu. Postawy moralne - między rzeczywistością a ideałem*”. Wykładowcy podkreślali w swoich wystąpieniach, by nie zapominać, że terapeuta wnosi do terapii swój system wartości, ważne jest więc, by nie stanowił on formy nacisku dla pacjenta. Terapia powinna kierować się zasadą podmiotowości, w której „*wartością jest człowiek dokonujący zmiany, a nie sama zmiana w sobie*” (K. Sawicka). Ważna jest w tym zasada akceptacji, która wzmacnia poczucie wartości pacjenta oraz zasada partnerstwa zakładająca równość między przyjmującym pomoc i tym, który mu jej udziela.

Wykłady prof. Janusza Grzelaka „*Metodologiczne problemy ewaluacji programów terapeutycznych*” i dr Krzysztofa Ostaszewskiego „*Dobór kryteriów i pytań do ewaluacji*”, były okazją do poszerzenia czy też uzupełnienia wiedzy w tym istotnym dla prowadzonej terapii zakresie. Miarą powodzenia jest różnica między stanem obecnym a pożądanym w tych aspektach, których zmiana jest celem działania. Ważne przy tym jest, by osoby prowadzące ewaluację nie były realizatorami programu. Ewaluacja i jej metody powinny być planowane przed, a nie w trakcie oddziaływań terapeutycznych, w sposób przemyślany, co zamierzamy osiągnąć i czemu to ma służyć.

Zajęcia, w których uczestniczyliśmy, miały nie tylko charakter wykładów, ale także warsztatów, podczas których była okazja do lepszego poznania się, do wymiany poglądów i doświadczeń, a także refleksji na temat metod pracy z osobami uzależnionymi. W trakcie całego spotkania pojawiło się wiele wątków do dyskusji, które przeno-

siły się poza sesję, często do późnych godzin nocnych. Spotkanie to skłaniało także do refleksji nad stylem własnej pracy i poziomem oferty terapeutycznej w Polsce.

Należy podkreślić rolę Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dzięki któremu to szkolenie zostało zrealizowane. Myślę, że wszyscy mieliśmy poczucie, że uczestniczymy w tworzeniu historii leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków i przemian, jakie w nim następują. Spotkanie uwieńczone zostało wręczeniem certyfikatów specjalisty terapii uzależnień przez Zbigniewa Kosiniak-Kamysza, Wiceministra Zdrowia. Należy mieć nadzieję iż to spotkanie zainicjuje systematyczne spotkania naszego środowiska, które będą służyły wymianie doświadczeń i poszerzaniu wiedzy na temat uzależnień.

Elżbieta Rachowska

Psycholog kliniczny

Specjalista terapii uzależnień

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990



Serwis Informacyjny Narkomania

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

Adres redakcji:
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**
Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**
Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**
tel./fax (022) 635 73 70, 635 29 30

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Bożenna Kamińska-Buśko (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej)

Jacek Morawski (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Teresa Wereżyńska (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)

Włodzimierz Ziemba (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne