

Praca zbiorowa
pod redakcją
Artura Malczewskiego

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom”

Monitoring and response to Drugs,
Drug Addiction and New Psychoactive
Substances



Monitorowanie problemu narkotyków
i narkomanii na poziomie lokalnym oraz
przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom”

Monitoring and response to Drugs,
Drug Addiction and New Psychoactive
Substances

Wydanie sfinansowane przez
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej* 0 . / 4

Adres:
**ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa
tel. 22 622 42 32
www.mcps.com.pl**

Publikacja przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji

Skład, druk i oprawa

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek
tel. 54 232 37 23, e-mail: sekretariat@expol.home.pl

ISBN 978-83-63332-44-0

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom”

Monitoring and response to Drugs,
Drug Addiction and New Psychoactive
Substances

praca zbiorowa
pod redakcją (Editor)
Artura Malczewskiego

Książkę dedykuję Ojcu

Spis treści

Artur Malczewski

1.1. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym	9
---	---

Marta Struzik

1.2. Wskaźniki monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii	17
---	----

Artur Malczewski

1.3. Metody ilościowe w monitorowaniu lokalnym	25
--	----

Marta Struzik

1.4. Metody jakościowe stosowane w monitoringu lokalnym.....	37
--	----

Michał Kidawa

1.5. Analizy jakościowe jako narzędzia do monitorowania nowych trendów na scenie narkotykowej, perspektywa teoretyczna i ich praktyczne implikacje.....	43
---	----

Michał Kidawa

1.6. Szacowanie liczby użytkowników narkotyków.....	53
---	----

Artur Malczewski

1.7. Ewaluacja a monitoring – podstawowe zagadnienia	61
--	----

Artur Malczewski, Michał Kidawa

1.8. Monitorowanie problemu dopalaczy – wyniki badań	67
--	----

1.9. Przykład raportu gminnego prezentującego wyniki monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym	79
---	----

2.1. W poszukiwaniu nowej jakości w profilaktyce – wywiad z prof. Harry Sumnall.....	87
---	----

Angelina Brotherhood, Jeff Lee

2.2. Poradniki (Toolkits) wspierające Europejskie Standardy – produkty Fazy II projektu EDPQS (2013-2015)	93
--	----

Agnese Zile-Veisberga

2.3. Minimalne standardy UE w redukcji popytu na narkotyki.....	101
---	-----

Artur Malczewski

2.4 Dopalacze wyzwaniem dla systemu pomocy	109
--	-----

Marta Rychert, Chris Wilkins

2.5. Regulowany rynek nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) w Nowej Zelandii: alternatywa dla delegalizacji	123
---	-----

3.1. We are looking for new Quality in Prevention – interview with prof. Harry Sumnall	139
--	-----

Angelina Brotherhood, Jeff Lee

3.2. Toolkits to support use of the European standards – outputs from the EDPQS Phase II project (2013-2015)	143
--	-----

Agnese Zile-Veisberga

3.3. Developing minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union	151
--	-----

Artur Malczewski

3.4. New Psychoactive Substances – the challenge to drug services	159
---	-----

Marta Rychert, Chris Wilkins

3.5. New Zealand’s pre-market approval regime for ‘low risk’ new psychoactive substances (NPS, ‘legal highs’) – a regulatory alternative to prohibition	171
---	-----

4.1. Przykładowe pytania dotyczące „dopalaczy” używane w badaniach szkolnych	185
--	-----

4.2. Ankieta	191
--------------------	-----

4.3. Dyspozycje do indywidualnego wywiadu pogłębianego	213
--	-----

4.4. Załącznik 1.	228
------------------------	-----

Informacje o autorach	229
-----------------------------	-----

Information about authors	232
---------------------------------	-----

Wydanie sfinansowane przez
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej* 0 . / 4

Adres:
**ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa
tel. 22 622 42 32
www.mcps.com.pl**

Publikacja przeznaczona do bezpłatnej dystrybucji

Skład, druk i oprawa

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek
tel. 54 232 37 23, e-mail: sekretariat@expol.home.pl

ISBN 978-83-63332-44-0

1.1. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym

Wstęp

Jedną z czterech kluczowych reform przeprowadzona w Polsce w 1999 r., dotycząca administracji samorządowej miała na celu zwiększenie kompetencji samorządu terytorialnego. Ponadto, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001 wyznaczył po raz pierwszy zadania dla jednostek samorządu terytorialnego. Na mocy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii gminy rozpoczęły wykorzystywanie środków z pozwoleń na sprzedaż alkoholu na działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Jednostki samorządu terytorialnego zostały również zobowiązane do opracowania i wdrożenia gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Ponadto w Krajowym Programie na lata 2006–2010 oraz 2011–2016 jednym z zadań przewidzianych do realizacji dla gmin jest monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Z drugiej strony w Europie przez ponad 15 lat realizowany jest monitoring problemu narkotyków i narkomanii, ze wsparciem krajów członkowskich Unii Europejskiej. W tym celu powołane zostało w 1993 roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), które jest agendą Komisji Europejskiej. Efektem pracy EMCDDA jest corocznie publikowany raport przedstawiający sytuację w obszarze narkotyków w Europie (<http://www.emcdda.europa.eu/>). W Polsce prace nad monitoringiem zostały rozpoczęte w 2001 poprzez utworzenia polskiego centrum monitorującego w strukturach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN): Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN), pracującego w dużej części na potrzeby EMCDDA, ale także na potrzeby krajowe. Zadania CINN zostały ujęte w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii na mocy nowelizacji z 2001 roku. W tym samym czasie powołana została sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, która jest odpowiedzialna za monitorowanie problemu narkotykowego w województwach. Kolejnym krokiem we współpracy z samorządem terytorialnym w obszarze monitorowania było opracowanie systemu szkoleń dla samorządu lokalnego. W 2008 rozpoczęto wdrażanie monitorowania na poziomie lokalnym, poprzez udział gmin oraz miast w zbieraniu, analizowaniu i opracowywaniu informacji dotyczą-

cych problemu narkotyków na poziomie lokalnym. W tworzeniu systemu monitorowania na poziomie gmin i miast wykorzystano doświadczenia z monitoringu europejskiego. W ten sposób wieloletnie prace dotyczące monitorowania na poziomie europejskim, zostały wykorzystane do prowadzenia działań krajowym, ale również wojewódzkich oraz lokalnych. Niniejszy rozdział stanowi wstęp do książki poświęconej monitorowaniu problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, które stanowić będą kompendium wiedzy dla przedstawicieli gmin zainteresowanych prowadzeniem monitorowania. W kolejnych rozdziałach przedstawimy Państwu poszczególne aspekty monitorowania jak również stosowane w monitorowaniu techniki badawcze. Dodatkowe umieszczone zostały narzędzia badawcze do wykorzystania przez gminy. Monitorowanie, czyli systematycznie prowadzona diagnoza ma formułować wnioski do podejmowania działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Dlatego też część publikacji poświęcona jest tematyce przeciwdziałania poprzez m.in. przedstawienie standardów w redukcji popytu na narkotyki. Nie zabrakło również tematu nowych substancji psychoaktywnych czyli: „dopalaczy”, które cały czas stanowią wyzwanie nie tylko dla Polski ale również dla innych krajów jak np. Węgry czy Wielka Brytania, które cały czas szukają skutecznych sposobów walki z nowymi substancjami psychoaktywnymi.

Cele monitorowania

Lokalny monitoring ma na celu określenie rozmiarów zjawiska używania narkotyków, śledzenie tendencji oraz zbadanie reakcji społecznych i instytucjonalnych na problem narkotyków i narkomanii. W ramach prowadzonej systematycznie obserwacji analizowany jest zarówno problem narkotykowy (np. skala używania narkotyków), działania dotyczące przeciwdziałania narkomanii (np. wdrażane programy profilaktyczne) jak również kontekst społeczny (np. postawy społeczne wobec narkotyków lub podjętych w gminie strategii). Systematyczna obserwacja lokalnej sceny narkotykowej oraz odpowiedzi na zjawisko ułatwia tworzenie i wdrażanie adekwatnych do potrzeb programów czy strategii, a następnie ich ewaluację. W efekcie wyniki monitorowania mogą zostać wykorzystane w celu podniesieniu jakości gminnych programów przeciwdziałania narkomanii oraz prowadzonych działań na poziomie lokalnym poprzez wsparcie informacyjne osób odpowiedzialnych za realizację polityki dotyczącej problemu narkotyków. Prowadzenie obserwacji zjawisk społecznych oraz skali i zasięgu wdrażanych działań wynika z potrzeby podejmowania działań w oparciu o analizę sytuacji lub/i w oparciu o dowody naukowe (evidence-based policy). W ten sposób można bardziej efektywnie wykorzystywać lokalne środki służące do przeciwdziałania narkomanii. Ponadto wyniki monitoringu mogą okazać się pomocne do mobilizacji lokalnych władz lub jako potwierdzenie skuteczności prowadzonych działań. Powtarzalny pomiar zjawisk społecznych pozwala na

szybkie i adekwatnie do potrzeb modyfikowanie gminnych programów oraz na dokonywanie porównań pomiędzy gminami ponieważ stosowanie tej samej metodologii monitoringu jest jedną z podstaw realizowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ekspertów Wojewódzkich projektu.

Rozpoczęcie wdrażania lokalnego monitorowania

W 2008 roku w ramach współpracy z Hiszpanią rozpoczęto monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym¹. KBPN opracowało i przeprowadziło pierwsze szkolenia dotyczące wykorzystania metodologii lokalnego monitoringu przez gminy i miasta. Cykl szkoleń miał na celu przekazanie wiedzy dotyczącej zasad prowadzenia monitorowania, ale również zebranie oraz analizę danych przez przedstawicieli gmin. Efektem prowadzonego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii jest przygotowanie raportu zawierającego zebrane i opisane informacje na temat sytuacji w gminie. Zadaniem raportu jest opisanie lokalnej sceny narkotykowej oraz podjętych na terenie gminy działania w sposób dostępny i zrozumiały. W efekcie dostarczamy władzom lokalnym oraz osobom zaangażowanym w przeciwdziałanie narkomanii informacji o skali zjawiska sięgania po narkotyki i związanych z tym problemów, podejmowanych działań oraz wniosków i rekomendacji odnoszących się do dalszych aktywności. Corocznie zbierane dane pozwalają na uaktualnianie raportu i przygotowanie jego kolejnych edycji. W ten sposób mamy podstawy do oceny sytuacji oraz uchwycenie charakterystyki trendów, co może stanowić stały element planowania działań mających na celu przeciwdziałanie narkomanii. Ponadto monitoring pozwala decydom tworzyć strategię w oparciu o wnioski płynące z analizy problemu. Raport można wykorzystać do dyskusji nad sytuacją w obszarze problemu narkomanii a zarazem promocji prowadzonych działań i pozyskiwania lokalnego wsparcia. Dzięki powtarzalności prowadzonych pomiarów odnotowujemy zmiany w czasie, czyli tendencje. Jednakże nie każda gmina opracowuje dane w postaci raportu z wynikami analiz. Niektórzy przedstawiciele gmin wykorzystują doświadczenie ze szkoleń do prowadzenia diagnozy w celu przygotowania gminnego programu.

Kontynuacja projektu we współpracy z Ekspertami Wojewódzkimi

Po zakończeniu pierwszych szkoleń w 2008 roku podjęto decyzję o dalszym wspieraniu gmin, które chciały wdrażać monitorowanie na swoim terenie.

¹ Projekt Środki Przejściowe 2006 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym – kontynuacja” [Umowa bliźniacza (Twinning Light) z Ministerstwem Zdrowia Hiszpanii (PL/06/IB/JH/04/TL)],

W 2009 roku zorganizowano ogólnopolską konferencję przedstawicieli gmin uczestniczących w projekcie monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, która miała na celu zebranie doświadczeń samorządów gminnych w prowadzeniu lokalnego monitoringu oraz zaprezentowanie wyników podjętych działań. W trakcie konferencji podsumowano doświadczenia z wdrażania lokalnego monitoringu a gminy zaprezentowały raporty z wynikami monitorowania. W związku z zainteresowaniem samorządów lokalnych nowym projektem, w 2009 roku Eksperci Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii podjęli decyzję zorganizowania szkoleń dla nowych gmin, jak również konferencji i spotkań dla przedstawicieli samorządu terytorialnego ze swojego terenu. Pierwsze szkolenia odbyły się w województwie łódzkim w roku 2008 i zostały zorganizowane przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej (RCPS), następne przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS) oraz w województwie małopolskim (Stowarzyszenia Juvenes). Pracownicy CINN udzielali merytorycznego wsparcia oraz konsultacji podczas kolejnych szkoleń dla jednostek samorządu terytorialnego przystępujących do monitorowania. Do tej pory odbyły się ponad 20 szkoleń dla nowych gmin oraz kilka konferencji. W 2015 roku szkolenia z monitorowania zostały zorganizowane przez Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej w Katowicach, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w Warszawie.

Pierwsze kroki w monitorowaniu

Monitorowanie rozpoczynamy od tworzenia struktur monitorujących, czyli od zidentyfikowania instytucji lub osób działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii na terenie gminy. Należy pamiętać o tym, że monitorowanie zaczynamy nie od zbierania danych, ale od stworzenia sieci (tzw. network) współpracowników. Trudno wyobrazić sobie działania lokalne bez wsparcia i poinformowania lokalnych władz. To powinien być pierwszy krok – zgoda władz lub osób zajmujących się problematyką z ramienia urzędu na tworzenie nowego systemu, czyli monitoringu. Najlepszym rozwiązaniem jest zainicjowanie procesu tworzenia systemu przez przedstawiciela gmin. Następnie należy zaangażować kluczowe osoby ze społeczności lokalnej i to zarówno te, które będą nas wspierać w budowie systemu, jak również te, które będą odbiorcami wyników monitorowania. W ten sposób powstanie tzw. grupa doradcza nazwana również monitorującą czyli zespół, który będzie zajmował się tworzeniem monitorowania na poziomie gminy. W tym celu można wykorzystać już istniejące grupy, działające w społeczności lokalnej np. zespół zajmujący się przygotowaniem gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, czy członkowie GKRPA. Działania na szczeblu lokalnym mające wsparcie instytucji centralnych są często łatwiejsze w realizacji. Dlatego też wskazane jest informować o swoich pracach instytucje zajmujące się tematyką narkomanii na poziomie ogólnokrajowym

czy wojewódzkim. W celu instytucjonalizacji monitorowania, można było wykorzystać zapisy w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) na lata 2011–2016, który wyznaczały w tym zakresie kierunki dla jednostek samorządu terytorialnego dotyczące monitorowania epidemiologicznego problemu narkotyków i narkomanii na szczeblu lokalnym i wojewódzkim (kierunek 1 w obszarze badania i monitorowanie) oraz monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii (kierunek 2). Do pomocy w identyfikacji instytucji mogących mieć potrzebne do monitorowania informacji możemy zgłosić się do tzw. „kluczowych osób”, które będą dla nas źródłem informacji, doradcą lub ekspertem w zespole. W przypadku zbyt dużej liczby interesujących nas instytucji, taka osoba pomoże nam również wybrać najważniejsze podmioty. Do instytucji, które mogą przekazać nam informacje zaliczyć należy np.: punkty konsultacyjne lub poradnie zajmujące się problemem narkomanii, organizacje pozarządowe, komendę policji, szpital, ale również uniwersytet czy wyższą uczelnię. W pierwszym kroku sporządzamy listę tych instytucji a następnie identyfikujemy, jakie interesujące dla nas informacje one posiadają. W tym celu potrzebujemy wsparcia osób, które w nich pracują. Zastanawiamy się wspólnie, jakie raporty lub systemy zbierania danych dotyczą narkotyków lub narkomanii na terenie gminy. Potrzebnych nam informacji możemy szukać także w raportach i analizach, które zostały przygotowane przez instytucje szczebla wojewódzkiego lub ogólnokrajowego. W tych pracach pomocna będzie nasza „grupa monitorująca”. Zebrane dokumenty analizujemy pod kątem zawartych w nich informacji. Sprawdzamy, czy mają one potrzebne w monitorowaniu dane dotyczące kluczowych obszarów, czyli: używania narkotyków w populacji generalnej, używania problemowego, zgonów z powodu narkotyków, nowych trendów w używaniu narkotyków, leczenia z powodu narkotyków, działań z obszaru redukcji podaży oraz nielegalnego rynku (dostępność, ceny, czystość). Ponadto należy rozważyć, jakie inne zakresy informacji są kluczowe dla lokalnych potrzeb, być może, np. zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników. Musimy ustalić czy dane, zawarte w raportach lub systemach zbierania danych, jakie zidentyfikowaliśmy na poziomie lokalnym, mają charakter ilościowy czy jakościowy. Jaka jest możliwość zróżnicowania informacji ze względu na rodzaj narkotyku, wiek użytkownika czy płeć. Zastanawiamy się zatem, co można uzyskać z istniejących danych, aby otrzymać jak najlepszy obraz problemu narkotyków i narkomanii w społeczności lokalnej.

Kolejnym elementem w prowadzeniu monitorowania jest ocena możliwości wykorzystania danych. Istnienie rejestru pacjentów znajdujący się w poradni dla osób uzależnionych nie oznacza dostępu do danych jednostkowych, które mogą być wykorzystane w monitorowaniu np. w celu oszacowania liczby narkomanów. Najczęściej niestety poradnia, udostępni nam dane zagregowane, które jednakże będą przydatne do określenia skali używania problemowego w naszej miejscowości. Ponadto pozwoli nam to na próbę oszacowania zapotrzebowania na

leczenie. W przypadku monitorowania lokalnego istotne jest zbieranie danych dotyczących naszej miejscowości jak również np. unikania podwójnego liczenia tych samych pacjentów zgłaszających się do poradni. Zbierając dane od instytucji warto odwiedzić najważniejsze dla nas kluczowe podmioty, aby na miejscu otrzymać potrzebne nam informacje i zebrać dodatkowe dane.

Ocena zasobów i potrzeb

Zewidencjonowanie istniejących źródeł informacji należy równocześnie uzupełnić o ocenę dostępności zasobów technicznych i ludzkich. Powinniśmy zastanowić się, w jakim zakresie opracowywany system zbierania i analizowania danych czyli monitoring, potrzebuje dodatkowych nakładów. Oprócz zainicjowania monitorowania, pomiary powinny być systematycznie powtarzane. Powinniśmy rozważyć, na ile nasi kluczowi partnerzy są chętni i zdolni do tworzenia sieci współpracy i prowadzenia dalszych działań. W jakim stopniu są w stanie realizować zaplanowane dla nich zadania dotyczące monitorowania. Ponadto, na ile na terenie gminy mamy partnerów w zbieraniu danych, analizie czy badaniach. Należy wziąć pod uwagę zasoby w postaci sprzętu komputerowego, oprogramowania, dostępu do Internetu. Każdą z instytucji czy partnerów analizuje się oddzielnie, biorąc pod uwagę ich potencjalny wkład w aktywności z obszaru monitorowania. Powyższe działania pozwolą nam na zidentyfikowanie braków oraz słabych stron systemu monitorowania. W efekcie można określić deficyty oraz zdefiniować potrzeby. Pomoże nam to w przyszłych negocjacjach z instytucjami, do których będziemy zwracać się o dane.

Analiza źródeł danych

Na podstawie wcześniej podjętych działań otrzymaliśmy przegląd istniejących źródeł informacji oraz osób i instytucji, które mogą dostarczyć danych. W kolejnym kroku zestawiamy informacje razem, aby zaplanować dla nas priorytety w oparciu o zidentyfikowane potrzeby. Na tym etapie prac podejmujemy próbę oceny źródeł informacji oraz proponujemy ramy organizacyjne potrzebne do stworzenia monitorowania.

Warto zastanowić się nad ich następującymi zagadnieniami, które są kluczowe dla planowanych działań: jaka jest dostępność i zakres potrzebnych nam danych; jakimi zasobami ludzkimi dysponujemy, które miałyby się zajmować monitorowaniem. W efekcie, jakie działania musimy podjąć, aby poprawić i przygotować nasze zasoby do prowadzenia planowanego monitoringu. Oznacza to czasami rozwój istniejących źródeł informacji. Tak jak to zostało wspomniane, punktem wyjścia do podjęcia działań wdrażających monitoring jest stworzenie struktur monitorujących, czyli określenie potencjalnych partnerów, z którymi

będziemy tworzyć zespół lub od których będziemy zbierać dane. Na tym etapie identyfikowano źródła informacji na poziomie lokalnym, które będą nam służyły do zbudowania wskaźników monitorujących. Cennym narzędziem w tworzeniu monitoringu jest mapa informacyjna. Za pomocą mapy opisujemy dokładnie wskaźniki służące do monitorowania (np. takim wskaźnikiem jest liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków). W ten sposób otrzymujemy rozbudowany opis danych liczbowych, dzięki któremu wiemy dokładnie, co „kryje się” pod danym wskaźnikiem. Rolą mapy jest nie tylko ewidencjonowanie źródeł danych do wskaźnika, ale również przedstawienie ograniczeń interpretacyjnych, jak również możliwych zakłóceń otrzymanych danych. Mapa składa się z kilku elementów: 1. nazwa źródła danych; 2. nazwa wskaźnika, 3. definicja wskaźnika; 4. definicja jednostki danych (jednostki statystycznej); 5. zakres danych dodatkowych wyznaczający możliwości analiz w podgrupach; 6. sposób zbierania danych; 7. sposób agregacji danych; 8. dostęp do danych; 9. jakość danych. Przykładowe mapy informacyjne znajdują się w załącznikach.

Przykłady monitorowania

W trakcie jednej z konferencji zorganizowanej przez KBPN dla samorządu lokalnego gmin monitorujących przedstawiciele urzędów miasta zaprezentowali swoje doświadczenia w różnych sposobach wdrażania monitorowania. Przyjrzyjmy się różnym przykładom miast zajmującym się monitoringiem. Wśród miast były zarówno takie które brały udział od początku projektu jak takie, które dołączyły w wyniku późniejszych szkoleń. Monitorowanie w Gdańsku, prowadzone jest przez Urząd Miasta, we współpracy z pracownikiem naukowym Uniwersytetu Gdańskiego. Prace rozpoczęły się od udziału w szkoleniach zorganizowanych przez CINN KBPN w 2008 rok, ale dane dotyczące problemu narkotyków zbierane były już wcześniej. Od początku przygotowanie raportu zlecane jest na zewnątrz. Wnioski z monitorowania są uwzględniane w sprawozdaniu z miejskiego programu, który corocznie prezentowany jest radnym. Efektem monitorowania m.in. było wdrożenie nowych programów readaptacji społecznych w Gdańsku. W Sopocie Urząd Miasta we wdrażaniu monitorowania współpracuje z SP ZOZ „Uzdrowisko Sopot”. Pierwszy opracowany raport dotyczył okresu za 2003–2005. W ramach monitorowania prowadzona jest współpraca m.in. ze szkołami. W celu zebrania danych prowadzone są wywiady m.in. z policjantami oraz terapeutami. Wyniki monitorowania wykorzystywane są do tworzenia gminnych programów. Jednym z miast zajmującym się monitorowaniem w województwie opolskim jest Kędzierzyn-Koźle. W tym mieście w celu prowadzenia monitorowania powstał zespół powołany zarządzeniem prezydenta miasta. Działania przez niego realizowane zostały ujęte w miejskim programie. Od 2008 roku w Kędzierzynie-Koźle corocznie opracowywane są raporty podobnie jak w mieście Łodzi, które w przygotowaniu raportu współpracuje z Uniwersytetem

Medycznym. W Łodzi każdy raport z monitorowania przesyłany jest do wszystkich instytucji, które dostarczają informację jak również przedkładany Radzie oraz Prezydentowi Miasta. Ponadto wyniki monitorowania przedstawiona są członkom komisji. Podobnie w Opolu raport z monitorowania prezentowany jest na sesji rady. W ramach monitorowania corocznie realizowane są badania w szkołach oraz wywiady ze specjalistami. Radom rozpoczął monitorowanie w trakcie przygotowywanie kilka lat temu gminnej strategii i w tym celu powołany został zespół. Co trzy lata realizowane są badania ankietowe wśród uczniów szkół. Ostatnie raporty zostały przygotowane we współpracy z radomskim KARANem, który dołączył do projektu w efekcie szkoleń Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej. W przypadku Pabianic monitorowanie było realizowane dzięki inicjatywie Ośrodka Profilaktyki i Integracji Społecznej MCPS i otrzymał wsparcie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. W wyniku podjętych działań udało się wpisać monitorowanie do miejskiego programu. Wynik analiz przedstawiono na komisji polityki społecznej. W Płocku raport z monitorowania co rocznie przygotowywany jest przez eksperta zewnętrznego. Jednakże Urząd Miasta Płocka zbiera dane do raportu jak również finansuje badania. Raport prezentowany jest co roku na konferencji. Jak widać w powyższych przykładach monitorowanie realizowane jest na różne sposoby w zależności od potrzeb i organizacji zadań w gminie czy mieście. W mniejszym lub większym stopniu działania podejmowane są przez sam Urząd Miasta, ale zawsze są realizowane we współpracy z instytucjami zewnętrznymi jak: poradnie, ośrodki profilaktyki, organizacje pozarządowe czy uniwersytety.

1.2. Wskaźniki monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii

Wstęp

Monitorowanie zjawiska narkotyków i narkomanii realizowane jest dzięki wykorzystaniu różnorodnych wskaźników. Ogólnie wskaźnikami w badaniach społecznych mogą być takie zjawiska, stany rzeczy i zdarzenia (zachowania), które w łatwy sposób można zaobserwować, i które w sposób pośredni dostarczają informacji o badanym zjawisku. Wskaźnikami mogą być zatem zachowania ludzkie, wypowiedzi członków danej zbiorowości czy też przedmioty materialne, które można traktować jako skutki postaw i zachowań ich twórców (Nowak, S., 2007). Wskaźniki wybierane do monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym służą obserwowaniu skali problemu oraz zachodzących w nim zmian. Analizować można także wszelkie dane dotyczące reakcji instytucjonalnej na problem narkotykowy w danej miejscowości. Koncepcja wykorzystania w lokalnym monitoringu szeregu wskaźników wynika z faktu, że samo zjawisko narkotyków i narkomanii ma charakter z natury ukryty, więc uzyskanie lokalnego obrazu możliwe jest dzięki pośrednictwu różnego typu danych. Źródłem informacji w ramach wskaźników monitorowania mogą być więc rutynowo zbierane dane statystyczne, dokumentacja instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii na terenie miejscowości czy też wyniki prowadzonych projektów badawczych

W procesie konceptualizacji wybieramy i opisujemy wskaźniki, które będą używane podczas pomiaru badanego zjawiska oraz jego różnych aspektów (Babie, E., 2007). Tak też na potrzeby lokalnego monitoringu dokonujemy wyboru wskaźników, które będą służyć badaniu problemu narkotykowego. Identyfikacja potencjalnych źródeł danych oraz wybór wskaźników to kluczowe elementy procesu planowania monitoringu.

Wskaźniki stosowane w lokalnym monitoringu

Koncepcja lokalnego monitoringu zakłada zbieranie danych w ramach trzech głównych obszarów:

- rozmiary i charakter zjawiska narkomanii na terenie gminy,
- charakterystyka reakcji instytucjonalnych na pojawiające się lokalnie problemy,
- specyfika lokalnego kontekstu kulturowego, społecznego i ekonomicznego, jaki towarzyszy problematyce narkomanii w gminie.

Monitorując zjawisko narkotyków i narkomanii w ramach wyżej wymienionych obszarów sięgnąć można po następujące wskaźniki:

1. dla charakterystyki zjawiska narkomanii na terenie miejscowości:

- rozpowszechnienie używania narkotyków (np. odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w ciągu ostatnich 30 dni),
- wzory używania narkotyków (rodzaj używanych substancji psychoaktywnych, częstotliwość używania, droga przyjmowania),
- charakterystyka osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków,
- charakterystyka problemowych użytkowników narkotyków,
- zachowania szczególnego ryzyka związane z używaniem substancji psychoaktywnych (np. liczba iniekcyjnych użytkowników narkotyków, liczba osób dzielących się sprzętem do iniekcji narkotyków),
- choroby zakaźne związane z narkotykami (w szczególności zakażenia HIV, HCV, HBV, zachorowania na AIDS),
- przedawkowania narkotyków, w tym ze skutkiem śmiertelnym,
- przypadki udzielania pomocy medycznej z powodu użycia narkotyków,
- zaburzenia psychiczne związane z używaniem narkotyków,
- liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną oraz powody przyznania pomocy,
- przestępczość związana z narkotykami (np. liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, liczba postępowań wszczętych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ujawnienia narkotyków, liczba skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, liczba skazanych prawomocnie na karę pozbawienia wolności z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, liczba prawomocnych orzeczeń wobec nieletnich),
- ocena dostępności narkotyków z perspektywy mieszkańców danej miejscowości (np. odsetek badanych oceniających dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych jako łatwą i bardzo łatwą, odsetek osób otrzymujących propozycje poszczególnych narkotyków, poziom trudności zdobycia narkotyków, lokalne ceny narkotyków).

2. dla obszaru dotyczącego wdrażanych na terenie gminy działań w odpowiedzi na problem narkomanii:

- programy profilaktyczne prowadzone na terenie miejscowości (m.in. liczba i rodzaj realizowanych programów, liczba zaangażowanych podmiotów, liczba i charakterystyka odbiorców, planowane i poniesione wydatki, różnorodność oferty, zasięg działania programów),
- oferta leczenia i rehabilitacji na terenie gminy (liczba i rodzaj placówek świadczących pomoc osobom z problemem narkotykowym),
- programy reintegracji społecznej (m.in. liczba programów readaptacyjnych, hosteli itp),
- programy ograniczania szkód społecznych i zdrowotnych (np. programy wymiany igieł i strzykawek, programy leczenia substytucyjnego),
- zasady i rodzaje współpracy międzyinstytucjonalnej w zakresie przeciwdziałania narkomanii,
- lokalne działania organizacji pozarządowych,
- możliwości współpracy gmin z jednostkami naukowymi,
- działania służb ścigania w ramach ograniczania przestępczości związanej z narkotykami,
- zasoby ludzkie oraz środki finansowe skierowane na przeciwdziałanie narkomanii.

3. dla lokalnego kontekstu społecznego i postaw wobec problemu narkomanii:

- wiedza na temat narkotyków i narkomanii,
- znajomość substancji psychoaktywnych,
- potencjalny popyt, czyli deklarowana przez badanych chęć spróbowania narkotyków,
- postawy wobec narkotyków i narkomanii (np. sposób spostrzegania użytkowników narkotyków, preferowane przez mieszkańców gminy sposoby postępowania z użytkownikami narkotyków)
- ocena ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych,
- stopień przyzwolenia – potępienia używania substancji psychoaktywnych,
- sposób spostrzegania osoby problemowo używającej narkotyków,
- ocena ważności problemu narkomanii na tle innych lokalnych problemów społecznych np. bezrobocie, wykluczenie społeczne, przestępczość,

- poziom akceptacji dla różnych strategii przeciwdziałania narkomanii,
- gotowość do uczestnictwa lub wsparcia działań profilaktycznych, oczekiwania wobec profilaktyki oraz instytucji, które powinny zajmować się w ocenie badanych działaniami profilaktycznymi,
- modele spędzania wolnego czasu.

Powyższe wskaźniki pozwalają zatem w sposób pośredni na dokonanie opisu problemu narkotykowego na terenie gminy oraz przeanalizowanie, na ile lokalna oferta pomocy jest odpowiednia dla występujących potrzeb. Aby zdobyć więc dane do powyższych analiz należy sporządzić listę potencjalnych źródeł informacji. Jedną z mocnych stron projektu lokalnego monitoringu jest możliwość korzystania ze źródeł zastanych tj. informacji jakimi dysponują m.in. instytucje prowadzące swoje działania na terenie gminy. Gromadzenie i analiza już istniejących danych statystycznych wpisuje się w ramy wtórnej analizy danych tj. jednej z metod zbierania informacji w naukach społecznych. Należy do niej również korzystanie z dokumentów archiwalnych czyli wykorzystywania źródeł tzw. nieinwazyjnych danych czyli miar oddziałających badacza od badanej przez niego populacji. Dane uzyskane na podstawie materiałów archiwalnych pochodzą np. z analizy rejestrów instytucjonalnych, dokumentów politycznych, rządowych. Analiza treści pozwala natomiast na prowadzenie systematycznej analizy danych uzyskanych ze źródeł i dokumentów archiwalnych (Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001).

Źródła danych wykorzystywane w monitorowaniu

Użytecznymi źródłami danych mogą być następujące podmioty:

- placówki leczenia (m.in. poradnie zdrowia psychicznego, poradnie specjalistyczne dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, ośrodki stacjonarne, oddziały detoksykacyjne, ośrodki zdrowia, szpitale) oraz punkty konsultacyjne
- pogotowie ratunkowe,
- policja,
- pomoc społeczna (Ośrodki Pomocy Społecznej),
- oświata (szkoły, administracja oświatowa, poradnie psychologiczno-pedagogiczne),
- urzędy (Urząd Gminy itp.),
- organizacje pozarządowe prowadzące działania na terenie gminy,
- Stacje SANEPID,
- Urzędy Statystyczne,

- prokuratura, sąd, kuratorzy sądowi,
- placówki kulturalne (kluby, domy kultury itp.).

Dane dotyczące zjawiska narkotyków i narkomanii pozyskiwać można także poprzez zlecenie, prowadzenie lub wykorzystywanie wyników już wcześniej zrealizowanych projektów badawczych prowadzonych z wykorzystaniem metod jakościowych i ilościowych np. wywiady z użytkownikami narkotyków, badania ankietowe wśród młodzieży lub dorosłych mieszkańców gminy.

Mapa informacyjna jako narzędzie do metodologicznej oceny wskaźników

Narzędziem służącym do uporządkowania wiedzy na temat wskaźników monitorowania jest mapa informacyjna. Dzięki sporządzeniu mapy dla każdego wskaźnika możliwe jest zestawienie szczegółowych informacji na temat danych gromadzonych z wybranych źródeł. Pozwala to więc na przyjrzenie się, jakiego rodzaju analizy można przeprowadzać za pomocą zebranych danych oraz jaki fragment zjawiska narkotyków i narkomanii można za ich pomocą opisać. Jednocześnie możliwe jest określenie stopnia trafności i rzetelności gromadzonych informacji, co świadczy o jakości zbieranych danych i wyznacza granice wnioskowania na ich podstawie o rozmiarach problemu narkotykowego na terenie miejscowości. W bezpośrednim przełożeniu opracowanie map informacyjnych dostarcza przegląd istniejących danych oraz instytucji posiadających informacje dotyczące problemu narkotyków i narkomanii w gminie.

Na potrzeby lokalnego monitoringu powstała koncepcja tworzenia mapy informacyjnej, która może być modyfikowana i dostosowywana do potrzeb osób zajmujących się monitorowaniem. Jest to zatem propozycja do wykorzystania w sposób bezpośredni lub jako podstawa, którą można zmieniać. Zgodnie z proponowanym modelem, mapa informacyjna składa się z dwóch części tj. opisu źródła danych oraz opisu poszczególnych wskaźników, jakie można z niego pozyskać.

Opis źródła danych zawiera następujące elementy:

1. Nazwa źródła danych np. nazwa instytucji dysponującej danymi, nazwa przeprowadzonego projektu badawczego i raportu z badania,
2. Dane adresowe instytucji, która dysponuje informacjami z poszczególnych zakresów, w tym dane kontaktowe do osoby zajmującej się tymi statystykami, odpowiedzialnej z ramienia tej instytucji za ich gromadzenie i udostępnianie,

3. Typ źródła danych, tj. wskazanie czy dane pochodzą z dokumentacji instytucji, rutynowo prowadzonego systemu statystycznego, raportu z badań, dokumentacji programu profilaktycznego, itp.,
 - dane statystyczne mogą pochodzić z instytucji centralnych np. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Główny Urząd Statystyczny, Komenda Główna Policji,
 - dane statystyczne dostępne lokalnie np. dane placówki leczenia uzależnień, dane Ośrodka Pomocy Społecznej,
4. Sposób zbierania danych, czyli określenie rytmu zbierania danych np. w jakich odstępach czasowych dostępne są dane poszczególnych instytucji, kiedy dostępne są statystyki instytucji prowadzących działania w obszarze narkomanii, jak często realizowane są projekty badawcze,
5. Lista wszystkich wskaźników, jakie można pozyskać z danego źródła danych lub lista wskaźników wybranych do monitorowania.

W drugiej części mapy informacyjnej dokonuje się szczegółowego opisu wszystkich wskaźników, w ramach których będą zbierane dane.

Opis wskaźnika obejmuje zatem następujące zmienne:

1. Nazwa źródła danych, z jakiego ten wskaźnik został pozyskany.
2. Nazwa wskaźnika i jego numer z listy w pierwszej części mapy.
3. Definicja wskaźnika, czyli próba określenia, jakie aspekty problemu narkotykowego można spróbować opisać za pomocą tego wskaźnika np. dane z badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej mogą wskazywać na poziom popularności narkotyków wśród nastolatków oraz skalę kontaktów młodzieży z substancjami psychoaktywnymi, dane dotyczące zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków mogą świadczyć o skali zjawiska problemowego używania narkotyków lub poziomie dopasowania oferty pomocy do potrzeb osób uzależnionych.
4. Definicja jednostki danych, czyli precyzyjny opis jednostki statystycznej, tj. określenie czy dane prezentują informacje o osobach, zdarzeniach, programach itp.
5. Zakres danych dodatkowych wyznaczający możliwości analiz w podgrupach oznacza rozeznanie czy w ramach konkretnego wskaźnika można zdobyć więcej szczegółowych danych np. nie tylko liczba osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków, ale też ich płeć, wiek, wykształcenie itp.,
6. Sposób zbierania danych powinien określać jaką drogą dane są zbierane, czy jest to model wystandaryzowany wykorzystujący np. kwestionariusze statystyczne, elektroniczną bazę danych itp.

7. Sposób agregacji danych i dostęp do danych tj. czy dostępne są dane indywidualne czy zbiorcze. W przypadku danych zbiorczych – w jaki sposób są zestawiane.
8. Jakość danych, czyli próba zidentyfikowania wszystkich źródeł ewentualnych zakłóceń danych wpływających na ich kompletność, rzetelność i trafność.
9. Tabela z zebranymi danymi może stanowić dodatkowy element mapy.

Poniżej zamieszczono przykład wzoru mapy informacyjnej.

MAPA INFORMACYJNA OPIS ŹRÓDŁA DANYCH	
	Opis
1. Nazwa źródła danych	
2. Dane adresowe instytucji zbierającej informacje oraz osoby odpowiedzialnej za ich gromadzenie i udostępnianie	
3. Typ źródła danych	
4. Sposób zbierania danych	
5. Lista wskaźników	1. 2.
MAPA INFORMACYJNA OPIS WSKAŹNIKA	
	Opis
1. Nazwa źródła danych	
2. Nazwa wskaźnika i jego numer z listy	
3. Definicja wskaźnika	
4. Definicja jednostki danych – jednostki statystycznej	
5. Zakres danych dodatkowych	
6. Sposób zbierania danych	
7. Sposób agregacji danych	
8. Dostęp do danych	
9. Jakość danych	
TABELA Z DANYMI	
Lata	Nazwa wskaźnika i nr z listy

Podsumowanie

Mapa informacyjna jako narzędzie do analizy metodologicznej zbieranych danych powinna być okresowo aktualizowana na wypadek, gdyby wystąpiły zmiany w systemach statystycznych prowadzonych przez różne instytucje. Oznacza to, że rekomenduje się, aby na bieżąco pozyskiwać informacje o ewentualnych zmianach sposobów gromadzenia danych lub modyfikacjach w zakresie podstaw metodologicznych prowadzonych projektów badawczych.

W ramach lokalnego monitorowania zjawiska narkotyków narkomanii zaleca się możliwie szeroki i wszechstronny zakres gromadzonych danych oraz wykorzystywanie jak największej liczby źródeł informacji. Dzięki temu przeprowadzenie pogłębionych analiz daje szansę na uzyskanie pełnego obrazu sytuacji i przedstawienie adekwatnych rekomendacji odnośnie dalszych działań na terenie miejscowości. Szeroki wachlarz monitorowanych wskaźników umożliwia bowiem rzetelną diagnozę zjawiska i ujęcie problemu narkotykowego w szerokim kontekście.

Bibliografia:

- Babbie, E. (2007) *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa.
- Bukowska, B., Jabłoński, P., Sierosławski, J. (2008) *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Hejda, A., Okulicz-Kozaryn, K. (2007) *Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii*. Warszawa.
- Materiały szkoleniowe dotyczące prowadzenia lokalnego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii.
- Frankfort-Nachmias, Ch., Nachmias, Da. (2001) *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c., Poznań.
- Nowak, S. (2007) *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

1.3. Metody ilościowe w monitorowaniu lokalnym

Do prowadzenia monitorowania problemu narkotyków i narkomanii stosowane są różne techniki badawcze. Jedną z najczęściej wykorzystywanych technik są metody ilościowe. Zaliczamy do nich zbieranie i analizę danych statystycznych oraz danych liczbowych z dokumentacji instytucji reagujących na problem narkotyków i narkomanii. W ramach metod ilościowych realizowane są badania ankietowe na młodzieży oraz wywiady kwestionariuszowe wśród dorosłych mieszkańców. Ponadto do techniki jakościowych zaliczamy metody szacowania problemowych użytkowników narkotyków: multiplier method oraz capture-recapture. Ważnym elementem tworzenia monitoringu jest identyfikacja i opis kluczowych osób oraz/i instytucji, które będą zarówno dostarczać danych jak również analizować informacje. Celem analizy danych ilościowych będzie opis lokalnej sceny narkotykowej jak również podejmowanych działań. Dane ilościowe będą dostarczać informacji do opracowanych wskaźników. Warto podkreślić, że informacje zebrane z instytucji powinny dotyczyć ostatnich kilku lat. Dzięki temu będzie można uchwycić zmiany w czasie, czyli tendencje. Minimalny szereg czasowy to okres trzech, czterech lat. Dane ilościowe pozwalają również na porównanie sytuacji w gminie lub mieście do innych miast lub gmin, pod warunkiem, że były zebrane w ten sam sposób. W celu uchwycenia trendu istotną kwestią jest, aby placówka od której otrzymujemy dane prowadziła dokumentację w ten sam sposób. Instytucje, które posiadają dane ilościowe wykorzystywane w monitorowaniu lokalnym to m.in: policja, placówka leczenia lub punkt konsultacyjny, pomoc społeczna, oświata, urząd gminy, organizacje pozarządowe, stacja sanepidu, stacja pogotowia ratunkowego, sąd. W celu dokładnego określenia jakiego rodzaju dane zbieramy można wykorzystać mapę informacyjną (przykładowe mapy w załączniku). Mapa informacyjna pozwala nam na dokładne opisanie wskaźnika. Dodatkowymi danymi, które pozwolą na lepsze zrozumienie sytuacji w gminie oraz dadzą kontekst do informacji o problemie narkotyków i narkomanii będą podstawowe dane socjo-demograficzne, stopa bezrobocia lub dane o przestępczości. W przypadku porównań między gminami lub do danych ogólnopolskich najlepiej posługiwać się wskaźnikiem na 100 tysięcy mieszkańców, co pozwoli kontrolować wielkość populacji. Innym sposobem pokazania danych

jest wykorzystanie wskaźnika dynamiki zmiany. Jest on użyteczny przy prezentacji i porównywaniu szeregów czasowych danych różniących się jednostką miary np. przestępstwa z powodu amfetaminy, czystości amfetaminy, ceny amfetaminy, odsetek użytkowników. Najczęściej wykorzystywaną miarą w przedstawianiu danych, przede wszystkim z badań, są rozkłady procentowe. Jeżeli wykorzystujemy dane z badań reprezentatywnych wyniki tych badań możemy ekstrapolować na całą badaną populację co oznacza, że odsetki można przeliczyć na liczby bezwzględne.

Badania populacyjne w Polsce

W Polsce od wielu lat realizowane są badania ankietowe na młodzieży dotyczące substancji psychoaktywnych¹. Od początku lat 90. realizowane są pomiary wśród młodzieży szkolnej przez różne podmioty np. przez Fundację CBOS (Młodzież), Instytut Psychiatrii i Neurologii (ESPAD, Badania mokotowskie). Na początku XXI wieku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozpoczęło realizację ogólnopolskich badań wśród dorosłych mieszkańców Polski oraz w wybranych populacjach jak np. problemowi użytkownicy narkotyków. Doświadczenia ze zlecanych i prowadzonych badań zostały wykorzystane do opracowania i przygotowania metodologii monitoringu problemu na poziomie lokalnym. W większości przypadków badania ilościowe będą zlecane firmą lub osobą zajmujących się badaniami, czyli instytucją zewnętrzną. Jeżeli osoby prowadzące monitorowanie będą chciały samemu przeprowadzić badania ankietowe, to w takim przypadku zalecana jest współpraca z ekspertami mającymi wiedzę w realizacji badań ankietowych czy kwestionariuszowych. Omawiając kwestie dotyczące stosowania metod ilościowych warto podkreślić jeszcze jedną kwestię, że problem substancji psychoaktywnych charakteryzuje się dużą wrażliwością społeczną. Zażywanie narkotyków jest często nie akceptowane i ma charakter ukryty. Ponadto nadużywanie narkotyków na poziomie całej populacji jest zjawiskiem rzadkim, o niskim poziomie rozpowszechnienia. Powyższe kwestie mają wpływ na założenia metodologiczne prowadzonych pomiarów.

Badania na poziomie lokalnym

W monitorowaniu problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym stosowane są przede wszystkim badania ankietowe na populacji osób dorosłych w wieku 15–64 lat oraz badania na młodzieży szkolnej. Głównym celem tych pomiarów jest określenie skali używania okazjonalnego oraz eksperymentów z le-

¹ Raporty z badań na młodzieży znajdują się na stronie Centrum Informacji KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>, a z badań w populacji generalnej: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166643>

galnymi jak i nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. W ramach tych badań niewiele można powiedzieć o problemowych użytkownikach narkotyków. Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych mogą być poza systemem edukacji (badania ankietowe w szkołach), więc nie zostaną objęte pomiarem. Podobnie jest w przypadku wywiadów kwestionariuszowych przeprowadzanych wśród dorosłych. Tego typu badania realizowane są najczęściej w gospodarstwach domowych, gdzie osoby nadużywające substancji psychoaktywnych często nie przebywają w miejscu swojego zamieszkania. Przedmiotem pomiaru w monitorowaniu na poziomie lokalnym są także: postawy wobec substancji psychoaktywnych; wiedza na temat substancji psychoaktywnych; ocena przyzwolenia dla używania różnych substancji; sposób spostrzegania użytkowników substancji; ocena ważności problemu dla społeczności. Zebrane informacje mają zatem dać odpowiedź zarówno na pytanie o skalę problemu narkotyków i narkomanii jak również na zasięg podejmowanych działań oraz kontekst dla wdrażanych aktywności. Przykładowe pytania z kwestionariusza zostały przedstawione w tabeli 1.3.1. Kwestionariusz do badań ankietowych znajduje się w załączniku.

Metodologia badania

W ramach prowadzonego badania na młodzieży lub wśród dorosłych osób należy dokładnie określić próbę badawczą np. młodzież drugich klas szkół ponadgimnazjalnych lub mieszkańcy gminy w wieku 15–64 lat. Jeżeli badania nie obejmują wszystkich klas lub osób w zakładanym wieku (próba pełna) należy przeprowadzić dobór próby. Tylko reprezentatywny losowy dobór próby pozwala na ekstrapolowanie wyników badania na całą populację miasta czy gminy. Jeżeli sami realizujemy badania ankietowe, które nie obejmują całej badanej populacji to w takim przypadku warto zwrócić się do statystyka o przeprowadzenie losowania reprezentatywnej próby, która będzie przedmiotem badania. Jeżeli chcemy porównać wyniki dwóch badań to należy pamiętać, że aby móc dokonać analizy zmian w czasie oba pomiary powinny zostać przeprowadzone według tej samej metodologii oraz przy użyciu tego samego narzędzia. Zmiany w schemacie doboru próby lub modyfikacje pytań mogą wpłynąć na wyniki pomiaru i utrudnić, lub wręcz umożliwić porównywanie wyników dwóch pomiarów.

Narzędzia badawcze

W ramach prowadzonego monitorowania można wykorzystać do realizacji badań istniejące ankiety oraz kwestionariusze, aby je dostosować do lokalnych potrzeb. W przypadku tworzenia nowego narzędzia konieczny jest jego pilotaż na małej grupie osób. W ten sposób uzyskamy informacje, na ile nasza anketa, czy kwestionariusz zostały poprawnie przygotowane a pytania są zrozumiałe dla

respondentów. Przy opracowaniu nowych pytań stosowane są techniki jakościowe jak np. wywiady indywidualne lub grupowe w celu omówienia nowych pytań, słownictwa, propozycji kafeterii np. jakie substancje powinny być uwzględnione. Osoby używające narkotyki posługują się często specyficznym językiem oraz swoimi nazwami substancji psychoaktywnych. Pytania nie mogą sugerować odpowiedzi, dlatego też wstęp do bloku pytań o używanie substancji psychoaktywnych nie można zaczynać np. od wstępu tego typu: *jest wiadomo, że większość osób używa narkotyków, czy Pan/Pani.*

Termin oraz realizacja badania

Planując przeprowadzenie badania ankietowego należy uwzględnić termin jego realizacji. Przedmiotem pomiaru będzie m.in. konsumpcja substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni. Zatem realizacja próby terenowej tuż po okresie wakacyjnym lub sylwestrze może nam dać wyższe wskaźniki od normalnych używania substancji psychoaktywnych. Warto zatem realizować badania nie wcześniej niż w październiku jeżeli chcemy przeprowadzić pomiar w drugiej połowie roku lub przed wakacjami – w przypadku pierwszej połowy. Warto również zadbać o dobre przygotowanie ankierów realizujących część terenową badania. W przypadku badań szkolnych do obowiązków ankierów jest nawiązanie kontaktów ze szkołą. Od umiejętnej rozmowy ankierów niekiedy zależy czy do realizacji pomiaru w szkole w ogóle dojdzie, czyli dyrekcja wyrazi na nie zgodę. Dobrą praktyką jest wcześniejsze wysłanie do szkół informacji o badaniu przygotowanej przez koordynatora projektu. W badaniach szkolnych warto zwrócić szczególną uwagę, na zachowanie anonimowości badania. Co oznacza brak nauczyciela w trakcie wypełniania ankiet przez uczniów, oddawanie ankiet w zaklejonych kopertach oraz nieujawnianie wyników na poziomie klas czy szkół. Osoba prowadząca badania nie powinna pokazywać swojej postawy wobec substancji psychoaktywnych. Jest to szczególnie ważne przy realizacji wywiadów kwestionariuszowych w gospodarstwach domowych. Afirmatywne postawy mogą zwiększać prawdopodobieństwo raportowania używania narkotyków. Prohibicyjne nastawienie z kolei może mieć wpływ na zmniejszenie prawdopodobieństwa deklarowania używania narkotyków. Wywiady kwestionariuszowe powinny być przeprowadzane bez obecności innych osób oraz przez przeszkolonych wcześniej ankierów.

Kwestie etyczne

Omawiając stosowanie technik ilościowych w monitorowaniu lokalnym, należy pamiętać o podstawowej zasadzie, w szczególności jeśli mówimy o pomiarach wśród niewielkich populacjach. Badanie nie może wpływać na sytuację osób badanych, a zwłaszcza nie może im szkodzić lub naruszać ich interesów. Dlatego

też, jak to zostało już wspomniane nieujawniane są wyniki z ankiet na poziomie szkół czy klas.

Kwestie etyczne są istotne dla rzetelności danych. Naruszenie zasady anonimowości może doprowadzić do sytuacji, że w kolejnym pomiarze, spadek poziomu używania substancji psychoaktywnych będzie efektem nie zmian w poziomie ich konsumpcji, ale brakiem zaufania do osób prowadzących. W efekcie respondenci nie udzielą nam szczerych odpowiedzi. Dane otrzymane w wyniku prowadzonych badań powinny być używane zgodnie z przeznaczeniem, czyli do analizy sytuacji na poziomie lokalnym a nie w inny sposób.

Używania substancji psychoaktywnych

W badaniach używania substancji psychoaktywnych stosowana jest metodologia Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Oszacowanie rozpowszechnienia używania narkotyków oparte jest na przedziałach czasowych: użycie narkotyków w ciągu całego życia określane jest jako eksperymenty; użycie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – okazjonalne użytkowanie „recent use”; użycie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni – użytkowanie obecne – „current use”.

Warto zwrócić uwagę, że w przypadku substancji psychoaktywnych pytamy się o każdą substancję oddzielnie. W przypadku ogólnego pytania o używanie narkotyków młodzie respondenci mogą nie deklarować np. marihuany, jeśli będą ją traktować jako używkę, a takie opinie, że marihuana nie jest substancją uzależniającą pojawiają się wśród młodzieży. W tabeli 1.3.3 zostały przedstawione wyniki badania w populacji generalnej przeprowadzonego wśród dorosłych mieszkańców. W opisie tzn. nagłówku należy ująć informacje zawarte w tabeli. Pod tabelą podane jest źródło informacji. Odsetki respondentów, którzy deklarowali używanie w ciągu ostatnich 30 dni, są również ujęte w kolejnych dwóch grupach: użytkowników kiedykolwiek oraz w ciągu ostatniego roku. Co oznacza, że odsetki prezentujące odpowiedzi dla 30 dni muszą być mniejsze od odpowiedzi dla 12 miesięcy. W przypadku badań lokalnych warto zastanowić się, czy nie zmniejszyć liczby substancji, o których używanie pytamy respondentów. Takie substancje jak GHB, metadon, crack jak widać w tabeli 1.3.3 nawet na poziomie ogólnopolskim charakteryzuje niski poziom używania. W tabeli przedstawiona została nie istniejąca substancja, której poziom używania służy do weryfikacji szczerości odpowiedzi – jest nią astrolit. Umieszczenie tej substancji pozwala na określenie skali przeszacowania wyników dotyczących używania substancji psychoaktywnych.

Wyniki przedstawionych badań możemy porównać ponieważ zostały przeprowadzone tą samą metodą. W 2010 roku odnotowujemy używanie marihuany na poziomie 17,6%, co oznacza wzrost w porównaniu do roku 2006 o 8,6

punktu procentowego. Warto zwrócić uwagę, na prezentację wyników pokazujących dynamikę zmiany. W przypadku marihuany mówimy o wzroście o prawie 9 punktów procentowych a nie 9%. Niekiedy w przedstawianiu danych z badań popełniany jest ten błąd, dlatego zwracam na niego uwagę.

Tabela 1.3.1. Przykładowe pytania stosowane w badaniach w populacji generalnej:

Ocena ważności problemów społecznych:

- W Polsce dostrzega się istnienie wielu problemów społecznych. Które z nich wydają się Panu(i) w porównaniu z innymi bardzo ważne, a które mniej ważne? Proszę ocenić każdy z wymienionych przeze mnie problemów według skali przedstawionej w główce tabeli. (Lista problemów)
- Z listy problemów zawartej w poprzednim pytaniu proszę wybrać trzy najważniejsze Pana(i) zdaniem i uszeregować je od najważniejszego do najmniej ważnego. (Lista problemów)

Używanie substancji psychoaktywnych:

- Czy zdarzyło się Panu(i) używać któregośkolwiek z wymienionych przeze mnie środków w ciągu całego życia?
- Ile miał lat, kiedy użył po raz pierwszy?
- Ile razy używał w ciągu całego życia?
- Jak często pił(a) Pan(i) piwo, wino, wódkę lub inny napój alkoholowy, choćby w niewielkich ilościach, w czasie ostatnich 12 miesięcy?
- Proszę powiedzieć, jak często i ile razy pił(a) Pan(i) piwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Dostępność do substancji psychoaktywnych

- Jak Pan(i) sądzi, gdyby chciał(a) Pan(i) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Pana(i)? Proszę odpowiedzieć, korzystając ze skali znajdującej się na karcie.
- Ile razy w czasie ostatnich 12 miesięcy proponowano Pan(i) którąkolwiek z następujących substancji niezależnie od tego, czy skorzystał(a) Pan(i) z tej propozycji, czy nie?
- Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to jak je Pan(i) zdobył(a), kiedy używał(a) je Pan(i) ostatnim razem?

Postawy wobec problemu narkotyków

- Przeczytam Pan(u)i teraz różne stwierdzenia. Proszę powiedzieć, kim jest według Pan(a)i narkoman? Jak według Pana(i) należy postępować z narkomanami? W jaki stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza się Pan(i) z poniższymi stwierdzeniami np. Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone.
- Czy dostrzega Pan(i) w narkomanie bardziej kryminalistę, czy też bardziej pacjenta?

Widoczność profilaktyki

- Czy słyszał(a) Pan(i) o następujących instytucjach, organizacjach i przedsięwzięciach, które mają na celu rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomanii? (lista instytucji)
- Czy w czasie ostatniego miesiąca zauważył(a) Pan(i) informacje na temat problemu narkotyków i narkomanii w: (typy mediów)

Tabela 1.3.2. Obliczanie wskaźników

Wskaźnik dynamiki zmiany obliczamy wyznaczając dane z roku wyjściowego np. 2007 jako 100 i obliczając jaki procent z lat kolejnych stanowią dane po roku 2007.

Do otrzymania danych w latach następnych stosowany jest prosty wzór. Kolejne dane dzielone są przez rok wyjściowy, w tym przypadku z 2007 i przemnażane przez 100. Obliczymy wskaźnik dynamiki zmiany dla liczby podejrzanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przyjmując rok 2007 jako wyjściowy. Liczba podejrzanych wyniosła w 2007 roku: 27976, w 2008: 25971, w 2009: 26206, 2010: 26865. Wskaźnik dynamiki zmiany wyniesie dla roku 2007: 100, dla 2008: 93%, 2009: 94%, 2010: 96%, obliczony według wzoru dla roku 2008: $25971/27976 \cdot 100$

Wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców obliczamy poprzez podzielenie liczby np. zgonów z powodu narkotyków przez liczbę mieszkańców oraz pomnożenie otrzymanego wyniku przez 100 tysięcy. Dla danych za rok 2008 (244 zgony) otrzymujemy wskaźnik 0,64 zgonów na 100 tysięcy mieszkańców, obliczony według wzoru: $244/38\ 135\ 876 \cdot 100\ 000$.

Źródło: Malczewski, A. (2012)

Tabela 1.3.3. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni w 2006 i 2010 roku – odsetki badanych w wieku 15–64 lat (n=1246 (2006), n=3900 (2010)).

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

Źródło: Malczewski, A., Misiurek, A. (2013)

Tabela 1.3.4. Mapa informacyjna: Komisariat Policji – opis źródła danych

Opis	
1. Nazwa źródła danych	Komisariat Policji
2. Dane adresowe instytucji zbierającej dane oraz osoby odpowiedzialne za ich gromadzenie i udostępnianie	Komisariat Policji w Bieżuniu ul. Stary Rynek 7 Pani Barbara Nowak Stanowisko: XXXXXX Tel, email:XXXXXXXXXX
3. Typ źródła danych (dokumentacja instytucji, rutynowy system statystyczny, raport z poprzednio prowadzonych badań, dokumentacja programu profilaktycznego, itp.)	Baza danych TEMIDA. Rutynowy system statystyczny rejestrujący przestępstwa, osoby w tym nieletnich. Baza zawiera informacje o przestępstwach przeciwko Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii jak również dane o innych przestępstwach popełnionych pod wpływem narkotyków. Dane wprowadzane są do bazy za pomocą druków statystycznych: Stp 1 (postępowania wszczęte) Stp 2 (postępowania zakończone) Stp 3 (przestępstwa stwierdzone). Stp 2 zawiera dane o liczbie czynów w sprawie, kosztach postępowania. W przypadku jednego podejrzanego może zostać zarejestrowanych wiele czynów, przed wszystkim w przypadku dilerów.
4. Sposób zbierania danych (ciągły, w postaci powtarzalnych pomiarów – w jakim rytmie?, jedno-razowy)	Sposób zbierania danych ciągły, co miesięczny rytm generowania danych.
5. Lista wskaźników (należy wylistować wskaźniki)	1. Liczba osób podejrzanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku 2. Liczba przestępstw z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku 3. Liczba innych przestępstw popełnionych pod wpływem narkotyków

Tabela 1.3.5. Mapa informacyjna: Komisariat Policji – opis wskaźnika

1. Nazwa źródła danych	Komisariat Policji w Bieżuniu
2. Nazwa wskaźnika i jego numer z listy	Liczba osób podejrzanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku, wskaźnik nr 1.
3. Definicja wskaźnika (Należy ustalić jakie aspekty zjawiska chwyta wskaźnik)	Wskaźnik dotyczy osób mających zarzut/przestępstwo z Ustawy. Sprawy zakończone przez Policję, kierowane są aktem oskarżenia do sądu. Wskaźnik pokazuje skalę problemu narkotyków na terenie gminy oraz poziom aktywności policji. Liczba osób podejrzanych może zależeć od wielkości przeznaczonych sił i środków do zwalczania przestępczości narkotykowej. Zmiany w liczbie podejrzanych mogą wynikać ze zmian przepisów.
4. Definicja jednostki danych – jednostki statystycznej (Precyzyjny opis jednostki danych – osoby, zdarzenia, itp., kryteria włączenia do danych)	Osoba podejrzana o popełnienie przestępstwa z Ustawy.
5. Zakres danych dodatkowych wyznaczający możliwości analiz w podgrupach (płeć, grupy wieku, itp)	Z bazy TEMIDA można otrzymać dane dotyczące płci, wieku, pracy, nauki, stanowiska osoby podejrzanych, wcześniejsza karalność oraz według artykułu Ustawy.
6. Sposób zbierania danych (np. indywidualny kwestionariusz, wykaz, baza danych, itp.)	Dane z bazy TEMIDA wprowadzane za pomocą druku statystycznego STp 3. Druk wypełnianie po zakończeniu postępowania dla każdego przestępstwa, na którym można zarejestrować czyn popełniony przez dowolną liczbę sprawców.
7. Sposób agregacji danych (czy dostępne dane indywidualne, jeśli tylko zagregowane, to w jakich podziałach)	Dane zbierane są na poziomie gmin (posterunki i komisariaty).
8. Dostęp do danych (czy dostępne dane indywidualne, jeśli tylko zagregowane, to w jakich podziałach)	Dane zagregowane w postaci wydruków z systemu TEMIDA.
9. Jakość danych (Identyfikacja wszystkich źródeł ewentualnych skrzywień czy zakłóceń)	Zmiany w Ustawie oraz w priorytetach działań policji mogą utrudniać śledzenie trendów.

Tabela 1.3.6. Tabela z danymi

Lata	Liczba osób podejrzanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku

Tabela 1.3.7. Mapa informacyjna: Ośrodek Pomocy Społecznej – opis źródła danych

	Opis
1. Nazwa źródła danych	Ośrodek Pomocy Społecznej
2. Dane adresowe instytucji zbierającej dane oraz osoby odpowiedzialne za ich gromadzenie i udostępnianie	Psie Pole ul. Kurza 15 Pani/Pan tel. mail
3. Typ źródła danych (dokumentacja instytucji, rutynowy system statystyczny, raport z poprzednio prowadzonych badań, dokumentacja programu profilaktycznego, itp.)	1. Sprawozdanie z udzielonej pomocy – sporządzane na podstawie decyzji administracyjnych (pomoc przyznawana rodzinom, osobom, osobom w rodzinach). 2. Wywiady środowiskowe przeprowadzone przez pracowników socjalnych – archiwizowane ze względu na rodzaj świadczenia. 3. Wywiady z pracownikami socjalnymi.
4. Sposób zbierania danych (ciągły, w postaci powtarzalnych pomiarów – w jakim rytmie?, jednorazowy)	1. Meldunek kwartalny, sprawozdania półroczne, roczne. 2. Ciągły, półroczna aktualizacja. 3. W zależności od potrzeb.
5. Lista wskaźników (należy wylistować wskaźniki)	Sprawozdania 1. Liczba rodzin, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii. 2. Liczba osób w rodzinach, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii. 3. Liczba osób, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii. Wywiady środowiskowe 1. Liczba osób, które otrzymują świadczenia z powodu narkomanii. 2. Liczba świadczeń udzielonych z powodu narkomanii. 3. Rodzaje świadczeń udzielonych z powodu narkomanii. 4. Wysokość świadczeń udzielonych z powodu narkomanii.

Tabela 1.3.8. Mapa informacyjna: Ośrodek Pomocy Społecznej – opis wskaźnika

1. Nazwa źródła danych	Ośrodek Pomocy Społecznej (Sprawozdania)
2. Nazwa wskaźnika i jego numer z listy	Liczba rodzin, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii.
3. Definicja wskaźnika (Należy ustalić jakie aspekty zjawiska chwytą wskaźnik)	Wskaźnik obrazuje liczbę rodzin, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii. Dane można interpretować w kontekście ubóstwa, marginalizacji społecznej.
4. Definicja jednostki danych – jednostki statystycznej (Precyzyjny opis jednostki danych – osoby, zdarzenia, itp., kryteria włączenia do danych)	Jednostka danych jest rodzina prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Kryterium udzielenia świadczeń jest dochód i stwierdzony problem narkomanii potwierdzony dokumentem (np. z Poradni Leczenia Uzależnień).
5. Zakres danych dodatkowych wyznaczający możliwości analiz w podgrupach (płeć, grupy wieku, itp)	Stopień narastania/spadku liczby rodzin, którym udzielono świadczenia z powodu narkomanii w poszczególnych kwartałach.
6. Sposób zbierania danych (np. indywidualny kwestionariusz, wykaz, baza danych, itp.)	Dane pochodzą z wywiadów środowiskowych przeprowadzonych przez pracowników socjalnych i archiwizowanych w systemie informatycznym.
7. Sposób agregacji danych (czy dostępne dane indywidualne, jeśli tylko zagregowane, to w jakich podziałach)	Dostępne dane na poziomie rodziny. Dane zbierane są na poziomie gmin
8. Dostęp do danych (czy dostępne dane indywidualne, jeśli tylko zagregowane, to w jakich podziałach)	Dostępne są dane liczbowe dotyczące rodzin.
9. Jakość danych (Identyfikacja wszystkich źródeł ewentualnych skrzywień czy zakłóceń)	Standaryzacja postępowania jest ogólnopolska. Dane nie odzwierciedlają stanu faktycznego (ukrywanie problemu narkomanii przez rodziny w zależności od miejsca zamieszkania).

Tabela 1.3.9. Mapa informacyjna: Ośrodek Pomocy Społecznej – opis wskaźnika

1. Nazwa źródła danych	Ośrodek Pomocy Społecznej (Wywiady środowiskowe)
2. Nazwa wskaźnika i jego numer z listy	1. Liczba osób, które otrzymały świadczenia z powodu narkomanii w danym roku.
3. Definicja wskaźnika (Należy ustalić jakie aspekty zjawiska chwytą wskaźnik)	Wskaźnik obrazuje liczbę osób, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii. Dane można interpretować w kontekście ubóstwa, marginalizacji społecznej, gotowości do wyjścia z problemu.
4. Definicja jednostki danych – jednostki statystycznej (Precyzyjny opis jednostki danych – osoby, zdarzenia, itp., kryteria włączenia do danych)	Jednostką danych jest osoba. Kryterium udzielenia świadczeń jest dochód i stwierdzony problem narkomanii potwierdzony dokumentem (np. z Poradni Leczenia Uzależnień).
5. Zakres danych dodatkowych wyznaczający możliwości analiz w podgrupach (płeć, grupy wieku, itp)	Wiek, płeć, wykształcenie, stan zdrowia, zamieszkanie, konflikty z prawem, zatrudnienie/dochód, sytuacja rodzinna, rodzaj świadczenia, wysokość świadczenia.
6. Sposób zbierania danych (np. indywidualny kwestionariusz, wykaz, baza danych, itp.)	Wywiady sporządzane są w wyniku bezpośredniej rozmowy pracownika socjalnego z osobą, której dotyczy problem bądź członkiem jej rodziny. Wywiady są archiwizowane w systemie informatycznym oraz papierowym.
7. Sposób agregacji danych (czy dostępne dane indywidualne, jeśli tylko zagregowane, to w jakich podziałach)	Dostępne dane indywidualne bez możliwości identyfikacji osoby.
8. Dostęp do danych (czy dostępne dane indywidualne, jeśli tylko zagregowane, to w jakich podziałach)	Bezpośredni wgląd w treść wywiadów nie jest dostępny z uwagi na ochronę danych osobowych, tajemnicę.
9. Jakość danych (Identyfikacja wszystkich źródeł ewentualnych skrzywień czy zakłóceń)	Standaryzacja postępowania (powód uzyskania pomocy potwierdzony dokumentem). Zmiany w kryterium dochodowym.

Bibliografia:

- EMCDDA (2012) Handbook for surveys on drug use among the general population
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- Malczewski, A. (2012) Metody ilościowe w monitorowaniu lokalnym, Świat Problemów nr 8 (235), str. 40-44.
- Malczewski, A., Misiurek, A. (2013) Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych – wyniki badań. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1 (61) str. 10–14

1.4. Metody jakościowe stosowane w monitoringu lokalnym

Wstęp

W monitorowaniu zjawiska narkotyków i narkomanii z powodzeniem można wykorzystywać metody jakościowe tj. takie rodzaje badań, które dostarczają pełniejszego i głębszego opisu zjawiska oraz służą do poznania jego przyczyn. Podejmując badania jakościowe, staramy się bowiem zrozumieć zachowania i instytucje, poznając zaangażowane w nie osoby, ich wartości i emocje (Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001). W praktyce dla lokalnego monitoringu oznacza to, że dzięki badaniom jakościowym możliwe jest pogłębienie informacji o zjawisku używania substancji psychoaktywnych, które zostały zebrane np. w wyniku badań ankietowych. W odróżnieniu od badań ilościowych, stosując metody jakościowe do badania zaprasza się zdecydowanie mniejszą liczbę respondentów tj. badanie można prowadzić bądź z jedną osobą bądź z grupą kilku osób. Dodatkowo co odróżnia metody jakościowe od ilościowych to fakt, że dobór próby jest celowy, co oznacza, że do tej formy badań zaprasza się osoby precyzyjnie wskazane przez badacza. Ten nieprobabilistyczny charakter badań jakościowych wyklucza zatem reprezentatywność statystyczną wyników tj. ekstrapolowanie uzyskanych wyników na całą populację. Prowadząc lokalny monitoring do badań jakościowych można zapraszać m.in. użytkowników narkotyków, przedstawicieli instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii w danej miejscowości, reprezentantów lokalnych subkultur młodzieżowych czy też ogólnie młodzież z danej miejscowości.

Dzięki zastosowaniu metod jakościowych możliwa jest próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego problem uzależnień wygląda właśnie w ten charakterystyczny dla danej gminy sposób, jakie czynniki wpływają na stan problemu uzależnień w danej miejscowości, w jaki sposób zjawisko rozwija się. Celem tych badań jest bowiem uzyskanie szerszej perspektywy dotyczącej zjawiska w miejscowości.

Metody jakościowe, które najczęściej stosowane są w lokalnym monitoringu to:

- indywidualne wywiady pogłębione,
- zogniskowane wywiady grupowe (*focus group*),
- obserwacja.

Obserwacja jako metoda jakościowa stosowana w lokalnym monitoringu

Metodą zbierania danych powiązaną ze współczesnymi terenowymi badaniami jakościowymi jest obserwacja uczestnicząca. Podejmując rolę obserwatora w pełni uczestniczącego, nie ujawnionego, obserwator jest całkowicie ukryty i staje się członkiem badanej grupy. Obserwacja może jednak przebiegać w sposób odmienny tj. gdy obserwator staje się uczestnikiem ujawniającym grupie własną tożsamość i cel badania. Wówczas badacze informują grupę o prowadzonych badaniach starając się stać aktywnymi jej członkami (Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., 2001). Z punktu widzenia lokalnego monitoringu obserwacja może zostać wykorzystana jako pojedyncza metoda w pełni dedykowana zebraniu informacji o lokalnym problemie narkotykowym. Może stanowić także uzupełnienie innych badań podejmowanych w tym obszarze. Możliwe jest też wykorzystywanie wyników obserwacji prowadzonej przez osoby związane zawodowo lub osobiście z problemem narkotykowym w danej miejscowości np. użytkowników narkotyków, przedstawicieli instytucji.

Charakterystyka wywiadów indywidualnych i grupowych w lokalnym monitoringu

Głównymi technikami jakościowymi rekomendowanymi w badaniu zjawiska narkotyków i narkomanii na terenie danej miejscowości jest metoda wywiadów, zarówno ustrukturalizowanych wywiadów pogłębionych, jak też zogniskowanych wywiadów grupowych. Wywiad jakościowy można ogólnie określić jako rozmowę, której prowadzący nadaje kierunek i kładzie szczególny nacisk na wybrane tematy. Przystępując bowiem do wywiadu prowadzący jest zawsze przygotowany i dysponuje listą tematów, które będzie poruszał podczas spotkania z badanym. Co wyróżnia jednak metodę wywiadu jakościowego to jego etapowy przebieg oraz elastyczne dopasowywanie się prowadzącego do wątków poruszanych przez badanego. Przygotowane wcześniej pytania stanowią tylko ogólny plan, a nie konkretny zestaw do przedstawienia badanemu. W przypadku prowadzenia wywiadów zwraca się szczególną uwagę na sposób zadawania pytań respondentowi tj. rekomendowane są pytania otwarte, czyli pytania projekcyjne, skłaniające respondenta do wypowiadania się. Celem wywiadu jest bowiem pozyskanie jak największej liczby szczegółowych i opisowych danych, co powoduje, że zachęca się badanego do długich opisowych wypowiedzi i nie pozwala się podawać tylko zdawkowych, jednozdaniowych odpowiedzi. Prowadzący wywiad nie może zadawać pytań ukierunkowujących lub sugerujących badanemu jakiegokolwiek dopowiedzi. Badanie ma na celu zebranie informacji o rzeczywistym i realnym spostrzeganiu danego zjawiska przez badanego. Przykładowe pytania ukierunkowujące to np. „Narkomania to bardzo negatywne zjawisko społeczne niosące za sobą szereg zagrożeń. Czy Ty używałaś kiedykolwiek narkotyków?”,

„Picie alkoholu niesie za sobą wiele szkód społecznych i zdrowotnych. Jakie są twoje doświadczenia z alkoholem?”. Unika się ponadto zadawania pytań zamkniętych, czyli takich sformułowań, które prowokują do odpowiedzi w rodzaju „tak” / „nie” np. czy używałeś narkotyków, alkoholu; czy znana jest Pani/Panu skala zjawiska narkomanii w Polsce; czy znasz użytkowników narkotyków?. Przykłady rekomendowanych pytań otwartych są następujące: co sądzi Pan/Pani o zjawisku narkomanii w Polsce?, jakie są Twoje doświadczenia z alkoholem?, ile alkoholu wypijasz w ciągu tygodnia?, co lubisz w braniu narkotyków?, co one Ci dają? w jaki sposób spostrzega Pani/Pan zjawisko uzależnień w Polsce?.

Wywiady grupowe (*focus groups*, wywiady fokusowe) służą zebraniu opinii, wymianie doświadczeń oraz przekonań grupy osób wyselekcjonowanej przez badacza i uczestniczącej w dyskusji. Ta forma badań jakościowych zakłada interakcję pomiędzy badanymi, dzięki której możliwe jest uzyskanie ich punktu widzenia na podejmowany temat. Tym samym możliwe jest pozyskanie informacji na temat poziomu wiedzy osób o badanym zjawisku oraz możliwe jest zbadanie sposobu spostrzegania i myślenia osób o danym problemie. Zdecydowaną korzyścią wywiadów, w tym również wywiadów grupowych, jest możliwość zdobycia pogłębionych informacji o powodach osobistych opinii badanych na dany temat. Powyższa forma badań jakościowych może zostać z powodzeniem wykorzystana w zbieraniu informacji o zjawisku narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Spotkania takie można organizować w celu poznania opinii zaproszonych osób o lokalnym problemie narkotykowym, różnych sposobów spostrzegania tego zjawiska oraz okoliczności, czynników i powodów występowania odmiennych opinii w tym zakresie. Zogniskowane wywiady grupowe nie powinny być prowadzone w przypadku, gdy intencją badacza jest tylko edukacja zebranych osób, próba doprowadzenia do konsensusu nad omawianym tematem lub występuje spore napięcie emocjonalne pomiędzy uczestnikami grupy, które może być dodatkowo spotęgowane taką formą spotkania i dyskusji. Nie rekomenduje się ponadto tej formy badania w przypadku, gdy zadawane pytania dotyczą bardzo delikatnych, osobistych i wrażliwych kwestii. Z oczywistych przyczyn nie stosuje się także tej metody w przypadku, gdy inne badania mogą dostarczyć danych lepszej jakości lub możliwe jest uzyskanie tych samych informacji w bardziej ekonomiczny sposób. Nie prowadzi się także wywiadów grupowych, gdy nie jest możliwe zapewnienie poufności zebranych w ten sposób danych.

Dyspozycje do wywiadów

Przygotowania do przeprowadzenia wywiadu obejmują sporządzenie tzw. dyspozycji tj. listy tematów, które można poruszyć podczas spotkania z badanym. W poniższej tabeli zaprezentowano przykładowe tematy, jakie można podjąć w trakcie rozmów z młodzieżą, użytkownikami narkotyków oraz przedstawicielami instytucji prowadzących aktywności na polu przeciwdziałania narkomanii.

Tabela 1.4.1. Propozycje zakresów tematycznych do poruszania podczas wywiadów z wybranymi grupami odbiorców.

DYSPOZYCJE DO INDYWIDUALNYCH WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH I DO WYWIADÓW GRUPOWYCH MOGĄ DOTYCZYĆ NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESÓW TEMATYCZNYCH:	WYWIADY Z PROBLEMOWYMI UŻYTKOWNIKAMI NARKOTYKÓW	WYWIADY Z MŁODZIEŻĄ	WYWIADY Z PRZEDSTAWICIELAMI INSTYTUCJI
Dostarczenie danych przydatnych do opracowania lokalnego programu pomocy	✓		✓
Określenie potrzeb i deficytów w istniejącej ofercie pomocy	✓		✓
Uzyskanie informacji o problemie narkotyków i narkomanii, jego rozmiarach i specyfice	✓	✓	✓
Otrzymanie danych o dostępności narkotyków	✓	✓	✓
Wychwycenie zmian na scenie narkotykowej (w przypadku powtarzanych wywiadów)	✓	✓	✓
Uzyskanie danych do niektórych wskaźników np. cen narkotyków,	✓		✓
Informacje o nowych wzorach używania	✓		
Wzory używania narkotyków (np. inicjacja, biografia narkotykowa, aktualny wzór używania, zachowania ryzykowne),	✓	✓	✓
Style życia – sytuacja życiowa (sytuacja rodzinna, mieszkaniowa, źródła utrzymania, aktywność życiowa, relacje)	✓	✓	
Problemy związane z narkotykami (zdrowotne, prawne)	✓		
Ocena systemu pomocy i postulowane kierunki rozwoju.	✓		✓
Uzupełnienie obrazu uzyskanego w wyniku badań ilościowych lub zastąpienie tych badań (zbadanie podłoża zjawiska, jego funkcji, kontekstu kulturowego, znaczeń w kulturze młodzieżowej)		✓	
Określenie skali zjawiska używania narkotyków	✓	✓	✓
Preferowane formy działań profilaktycznych		✓	
Ocena działań profilaktycznych		✓	
Postawy wobec narkotyków	✓	✓	✓

DYSPOZYCJE DO INDYWIDUALNYCH WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH I DO WYWIADÓW GRUPOWYCH MOGĄ DOTYCZYĆ NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESÓW TEMATYCZNYCH:	WYWIADY Z PROBLEMOWYMI UŻYTKOWNIKAMI NARKOTYKÓW	WYWIADY Z MŁODZIEŻĄ	WYWIADY Z PRZEDSTAWICIELAMI INSTYTUCJI
Próba inwentaryzacji i oceny dotychczasowej działalności instytucjonalnej (cele, środki, efekty, stałość),			✓
Odtworzenie sieci współpracy międzyinstytucjonalnej			✓
Określenie możliwości rozpoczęcia działań lub ich zintensyfikowania (możliwości kadrowe, lokalowe, kompetencyjne, organizacyjne oraz ich uwarunkowania),			✓
Ocena skali potrzeb i priorytetów			✓
Analiza zmian w działaniu struktury instytucjonalnej, jak również ich adekwatności do potrzeb			✓

Dobór respondentów do wywiadów

Rekomendowanymi z punktu widzenia lokalnego monitoringu respondentami, do których można skierować przedsięwzięcia badawcze o charakterze jakościowym są przedstawiciele młodzieży danej miejscowości, którzy okazjonalnie używają substancji psychoaktywnych, a także młodzi ludzie, którzy nie mają jeszcze osobistych doświadczeń z narkotykami. Ponadto wywiady można przeprowadzać z problemowymi użytkownikami narkotyków, jak też z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii na terenie gminy. Warto podkreślić, że wskazaną w tabeli listę zakresów tematycznych można modyfikować w zależności od tego, jakiego rodzaju informacje są interesujące z punktu widzenia monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na terenie miejscowości. Oczywiście do badań jakościowych można także zapraszać reprezentantów innych grup, w przypadku gdy niezbędne są informacje z jakiegoś szczególnego zakresu. Często wykorzystywaną metodą doboru osób do badań jakościowych jest technika tzw. kuli śniegowej („snow ball”), w przypadku której badanych prosi się o wskazanie potencjalnych kolejnych respondentów, którzy spełniają określone przez prowadzącego wywiadu kryteria. Przystępując do wywiadów z przedstawicielami instytucji warto sporządzić listę podmiotów zaangażowanych lub związanych merytorycznie z problemem narkotyków i narkomanii na terenie miejscowości. W wywiadach z tą grupą badanych należy podjąć próbę m.in. oceny dotychczasowych działań, odtworzenia sieci współpracy międzyinstytucjonalnej oraz określenia skali potrzeb i priorytetów do realizacji

na terenie gminy z punktu widzenia tych instytucji. Z kolei badania jakościowe wśród młodzieży pozwalają na uzupełnienie informacji o skali problemu narkotykowego pozyskane za pomocą badań ankietowych, jak też umożliwiają rezygnację z wystandaryzowanych badań ankietowych, w przypadku gdy ich prowadzenie nie jest zalecane np. gdy mogą wystąpić problemy z zapewnieniem anonimowości badanych. W wywiadach z problemowymi użytkownikami narkotyków można skoncentrować się na ich biografii narkotykowej, stylu życia, sytuacji zdrowotnej i prawnej, problemach, z którymi się borykają, a także na informacjach o lokalnym rynku narkotykowym. Z drugiej strony można poprosić o próbę oceny lokalnej oferty pomocy oraz gotowości respondentów do korzystania z jej różnych form.

Podsumowanie

Podsumowując charakterystykę metody jakościowej, jaką są wywiady, warto podkreślić, że w trakcie spotkania ważne jest nawiązanie kontaktu z respondentem. Dodatkowo osoba prowadząca nie może manifestować swoich postaw i opinii na dany temat czy też postawy aprobującej lub dezaprobuującej poszczególne poglądy badanego. Istotne jest także unikanie przez prowadzącego wywiad dominowania rozmowy, ponieważ celem spotkania jest zachęcanie badanego do wypowiadania się w celu pozyskania jak najpełniejszego obrazu jego wizji na temat zjawiska narkomanii. Rekomenduje się ponadto dopasowywanie poruszanych wątków pod względem ich trudności, wymiaru osobistego i emocjonalnego. W publikacji znajdują Państwo dyspozycje do wywiadu z przedstawicielami instytucji. Korzystając z załączników można poddawać je ewentualnym modyfikacją w zależności od kwestii, które interesują osoby prowadzące monitorowanie np. usunąć lub dodać nowe zakresy tematyczne czy np. poszerzyć kafenię substancji o inne środki psychoaktywne

Bibliografia:

- Bukowska, B., Jabłoński, P., Sierosławski, J. (2008) Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Frankfort-Nachmias, Ch., Nachmias, Da. (2001) Metody badawcze w naukach społecznych. Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c., Poznań.
- Hejda, A., Okulicz-Kozaryn, K. (2007) Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Warszawa.
- Materiały szkoleniowe dotyczące prowadzenia lokalnego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii.

1.5. Analizy jakościowe jako narzędzia do monitorowania nowych trendów na scenie narkotykowej, perspektywa teoretyczna i ich praktyczne implikacje

Wstęp

Zjawisko narkotyków i narkomanii jest zjawiskiem dynamicznym. Podlega ciągłym, trudnym do przewidzenia zmianom. Zmiany te często wywołane są bardzo różnymi czynnikami takimi jak czynniki społeczne, rynek substancji psychoaktywnych, farmakologiczne właściwości substancji, sieci dystrybucji, uregulowania prawne oraz polityka a także kwestie dużo trudniejsze do zdefiniowania jak np. moda. Zmiany te często dotyczą specyficznych wąskich grup społecznych. Grupy te bardzo często nie są wystarczająco reprezentowane w badaniach ilościowych, na których w głównej mierze oparte są systemy monitorujące, nie tylko w Polsce, ale także w wielu krajach Europejskich. Dodatkowym problemem w wychwytywaniu nowych trendów za pomocą badań i analiz ilościowych jest fakt, że istniejące systemy monitorujące są stosunkowo mało podatne na wprowadzanie w nich zmian. Kolejnym problemem są koszty związane z przeprowadzaniem takich badań i analiz. Na przykład badania populacji generalnej, czy badania szkolne przeprowadzane są najczęściej co 4 lata. Zjawisko narkotyków i narkomanii jest zdecydowanie bardziej dynamiczne. W okresie 4 lat pewne zjawiska mogą się pojawić i zniknąć, albo zdecydowanie zwiększyć swój zasięg. W okresie między pomiarami nie będziemy mieli żadnej informacji o nowym zjawisku. Ponadto nawet jeśli wprowadzimy dodatkowe pytania i kategorie odpowiedzi do badań jakościowych otrzymane dane trudno będzie ocenić z punktu widzenia trendów. Otrzymane informacje wskażą nam skalę zjawiska, ale nie powiedzą nic o jego dynamice. Nie będziemy posiadać informacji o tym, czy to zjawisko zwiększyło swój zasięg, czy się rozwija, czy pozostaje na takim samym poziomie. Tę naturalną lukę opartą na metodach ilościowych są w stanie wypełnić rozmaite metody jakościowe oraz tzw. analizy materiału zastanego, takie jak desk research (analiza i zbieranie danych wtórnych – z za biurka) czy analizy typu snapshot (szybka analiza wybranego zagadnienia w oparciu o do-

stępne informacje – nazwa pochodzi z j. angielskiego i oznacza migawkę/zdjęcie). W ostatnim czasie analizy typu desk research oraz analizy typu snapshot są coraz częściej i chętniej wykorzystywane w marketingu. Za ich pomocą można w względnie prosty i szybki sposób wychwycić trend bądź zebrać informacje o interesującym nas fragmencie rzeczywistości, czy zbiorowości. W niniejszym rozdziale zajmiemy się właśnie szybkimi analizami oraz możliwością ich wykorzystania w prowadzeniu monitoringu lokalnego, gdzie zmiany na scenie narkotykowej mogą mieć znacznie bardziej dynamiczny charakter i często mogą być bardziej specyficzne dla określonego terenu, niż w przypadku analiz ogólnokrajowych.

Na początek jednak zostaną omówione dwa kluczowe dla tego typu analiz pojęcia, a mianowicie teorie ugruntowane oraz triangulacja.

Teorie ugruntowane oraz triangulacja jako podstawa teoretyczna w monitorowaniu nowych trendów

Oba pojęcia są pojęciami wywodzącymi się z teorii badań społecznych. Oczywiście niniejsza publikacja nie jest publikacją naukową, a bardziej pewnym zbiorem wskazówek użytecznych przy budowaniu kompleksowego monitoringu zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, ale pewna perspektywa teoretyczna stanowi doskonałą podstawę do zrozumienia oraz praktycznego wykorzystania zawartych w publikacji materiałów.

Ponadto oba cytowane pojęcia determinują pewien sposób podejścia badacza do badanego przedmiotu oraz wskazują pewną perspektywę dotyczącą analizy zjawisk społecznych w ogóle. Ponadto moim zdaniem perspektywa ta doskonale wpisuje się w tematykę analizy nowych trendów, co postaram się wykazać w dalszej części.

Teoria ugruntowana (ang. Grounded Theory- GT)

Koncepcja teorii ugruntowanej została stworzona w latach 1960-tych w oparciu o perspektywę teoretyczną interakcjonizmu symbolicznego¹ przez Barneya Glasera i Anselma Straussa (Glaser & Strauss 1967 po Ezzy 2002). Powstała ona niejako w opozycji do dominującego w tamtych czasach w USA podejścia opartego na budowaniu teorii *metodą logicznie dedukcyjną* (Ezzy 2002). Zgodnie z założeniami logiczno-dedukcyjnego modelu budowania teorii na początku badacz tworzy abstrakcyjną teorię. Następnie na jej podstawie formułuje hipotezy badawcze, które są potwierdzane lub obalane w drodze badań empirycznych lub eksperymentu. Przy takim podejściu badawczym wszelkie elementy złożonej rzeczywistości społecznej oraz życia społecznego wykraczające poza

¹ perspektywa teoretyczna zakładająca, „że rzeczywistość społeczna wyłania się z interakcji – oddziaływań wzajemnych między jednostkami i zbiorowościami kształtowanych przez znaczenie komunikowane za pośrednictwem symboli.” (Hałas 1998) .

badaną teorię nie są analizowane. Analiza ogranicza się tylko do wycinka rzeczywistości związanego z potwierdzeniem lub obaleniem hipotezy. Jak pisze Ezzly „Dedukcyjne tworzenie teorii jest przydatne, ale jest ograniczone, ponieważ nie tworzy nowego rozumienia, nowego wyjaśnienia teoretycznego, które może stać w sprzeczności z pierwotną teorią”. Dodatkowo w przypadku tego tradycyjnego modelu budowania teorii dane mogą być „zmuszane” do dopasowania się do modelu teoretycznego, tzn. ich interpretacja może być stronnicza i nie do końca obiektywna w celu udowodnienia teorii. Właśnie na podstawie tych wątpliwości Glaser i Strauss stworzyli model teorii ugruntowanych (*GT*). Uznali oni, że proces zbierania danych nie powinien być zakłócany przez założenia teoretyczne i że systematyczne zbieranie i analizowanie danych powinno prowadzić do budowania teorii. Konecki opierając się na Glaserze i Strausie pisze, że „najprościej można powiedzieć, że metodologia ta polega na budowaniu teorii (średniego zasięgu) w oparciu o systematycznie zbierane dane empiryczne (Konecki 2000).

Budowane w ten sposób teorie, wynikające niejako bezpośrednio z rzeczywistości społecznej są łatwiejsze do operacjonalizacji.

Budowanie teorii ugruntowanej jest procesem ciągłym i cyklicznym. W pierwszych fazie polega na budowaniu teorii w oparciu o dane, a w drugiej sprawdzaniu teorii w sposób dedukcyjny, ale w oparciu o nowe zbierane dane tak jak jest to realizowane w modelu klasycznym. W ten sposób budowane teorie podlegają ciągłej modyfikacji i dopasowują się do rzeczywistości i jej zmian.

Przyjrzyjmy się teraz podstawowym etapom budowania teorii ugruntowanych.

Przede wszystkim w odróżnieniu od tradycyjnych metod w przypadku budowania *GT* przynajmniej część teoretyków uznaje, że rozpoczęcie procesu badawczego nie powinno zostać poprzedzone analizą literatury. Może to zakłócać percepcję określonego zjawiska przez badanego. Analiza literatury traktowana jest jako proces zbierania danych i uznawana jest za równorzędne z innymi źródłami danych takich jak wywiady, rozmowy, analiza danych zastanych. Stosowana jest ona w końcowym etapie procesu konstruowania teorii. Także prowadzenie transkrypcji wywiadów uznawane jest za stratę czasu ponieważ budowanie teorii odbywa się w sposób dynamiczny i w drugiej fazie sprawdzane jest z dodatkowymi danymi. Uznaje się, że wytwarzane teorie, przed spisaniem nie powinny także podlegać konsultacjom. Konsultacjom mogą podlegać już wytworzone teorie.

Podstawowymi procesami w budowania teorii jest (Scott 2009):

1) Identyfikacja obszaru zainteresowania

Na tym etapie należy zidentyfikować i określić przedmiot naszej analizy, czyli zagadnienia lub grupy, które nas interesują.

2) Zbieranie danych

W odróżnieniu od klasycznych metod badawczych za dane w świetle stosowania *GT* uznaje się wszelkie możliwe do wykorzystania źródła informacji. Często

określane hasłem „all is data” (wszystko jest danymi) (Glaser, 2001, p. 145 po Olson M et al. 2004). Oznacza to, że za dane uznaje się bardzo zróżnicowany materiał taki jak np. materiały prasowe, rozmowy, spotkania i seminaria, dane zastane (np. dane ilościowe z systemów monitorujących oraz dane jakościowe pochodzące z okresowo przeprowadzanych badań jakościowych), informacje pochodzące z Internetu, z chatów internetowych, zdjęcia, notatki z obserwacji, dokumenty rządowe, samorządowe oraz wszelkie inne informacje dotyczące naszego obszaru zainteresowania.

3) Kodowanie² otwarte

Proces ten jest procesem równoległy z procesem zbierania danych. Krótko mówiąc oznacza kodowanie wszystkiego we wszystkim, tzn. wszystkich elementów zwracających naszą uwagę we wszystkich materiałach jakie mamy dostępne, w poszukiwaniu grup schematów zachowań. Poszukujemy informacji o osobach, zachowaniach oraz procesach. Proces kodowania oraz uzupełniania danych kończy się etapem w którym ze zgromadzonych danych wyłaniają się szersze kluczowe kategorie (lub kategoria).

4) pisanie „*memos*”

Tzw. *memos* jest to po prostu proces zapisywania pewnych pomysłów na wyjaśnienia jakiś zachowań, czyli takie małe teorie, próbujące wyjaśnić jakieś elementy opisywanego zjawiska. *Memos* są elementem wiążącym nasze kody oraz próbującymi wyjaśnić ich wzajemne zależności. Proces pisania *memos* towarzyszy całemu procesowi badawczemu. *Memos* mogą być niedoskonałe. Ważne aby je pisać. Weryfikowane one będą poprzez kodowanie oraz dane. Na początku nie jest to proces łatwy, ale z czasem, gdy dokładniej poznajemy badany obszar rzeczywistości społecznej i nabieramy wprawy staje się coraz ciekawszy.

5) kodowanie selektywne

Kodowanie selektywne jest następstwem kluczowych kategorii wypływających z kodowania otwartego. Na podstawie kluczowych kategorii wynikających z kodowania otwartego powracamy do danych źródłowych gdzie kodujemy tylko kategorie kluczowe zawężając niejako przedmiot naszej analizy. Tworzymy kluczową kategorię i kategorie powiązane. W procesie tym może okazać się, że w celu wyjaśnienia konkretnego zagadnienia potrzebujemy zebrać dodatkowe informacje – uzupełnić dane w celu wyprowadzenia teorii.

6) sortowanie *memos* i wyprowadzanie teorii

Na tym etapie sortujemy nasze *memos* i wybieramy te najlepiej porządkujące nasze kody (selektywne).

² Rozumiane jako kategoryzowanie poszczególnych elementów analizowanego materiału

7) Analiza literatury i integrowanie ich z teorią stworzoną przez badacza

Na końcowym etapie poszukujemy doniesień w piśmiennictwie naukowym i dodajemy je do prowadzonych analiz poprzez kodowanie selektywne.

8) Spisanie teorii – w ostatnim etapie spisujemy powstałą w tym procesie teorię.

Stworzona teoria powinna być konfrontowana z nowymi danymi w celu weryfikacji jej poprawności. Dodatkowo takie ciągłe konfrontowanie danych z teorią pozwala na modyfikację teorii i dostosowanie jej do zmieniającej się rzeczywistości. Teorie ugruntowane wydają się jedną z bardziej przydatnych perspektyw teoretycznych dotyczących prowadzenia analiz z zakresu nowych trendów i nowych substancji, gdzie często jesteśmy zmuszeni do używania wielu bardzo różnych źródeł danych.

Triangulacja

Koncepcja triangulacji wiąże się z ograniczeniem błędu wynikającego z przyjmowania określonej perspektywy patrzenia na analizowane zjawisko. Problem ten doskonale obrazuje poniższa historia o słoniu i mędracach-ślepcach zaczerpnięta z opowieści sufickich: „Kilku mędrców – ślepców wyruszyło za miasto, aby dać dokładny opis słonia, ponieważ zwierzę to właśnie przybyło w okolice miasta. Jeden z nich, który dotknął nogi słonia, rzekł:

– Słoń jest długi i pionowy, lekko porowaty.

Drugi, który złapał za trąbę słonia rzekł:

– Słoń jest giętki i wijący się. Trzeci, trzymający za ucho słonia, powiedział:

– Nie, to wszystko teoria, słoń jest płaski, falujący. Wszyscy mieli rację.” (Majchrzak et al. 2011)

Często także badacze popadają w pułapkę interpretacji rzeczywistości z jednego tylko punktu widzenia w efekcie przedstawiając wyrywkowy i nieprawdziwy jej obraz. Większość badaczy posiada swoje ulubione metody badawcze, które stosuje najchętniej. Często stają się one ich jedynym sposobem analizy konkretnego zagadnienia (Berg 2004). Zakładają oni, że metody analizy zjawiska stosowane przez nich dokładnie, w sposób obiektywny opisują rzeczywistość. Wiara w stosowane metody powoduje, że nie zwracają oni uwagi na fakt, że stosowana metoda odzwierciedla opisywane zjawisko jedynie w pewnej perspektywy. Z pomocą może przyjść *triangulacja*, czyli w największym uproszczeniu obserwacja przedmiotu badania z trzech perspektyw tworząc w ten sposób trójkąt, gdzie przedmiot obserwacji znajduje się po środku, a każda z perspektyw obciążana

jest podobnym błędem. Połączenie tych perspektyw pozwala na osiągnięcie zobiektywizowanego obrazu badanego przedmiotu wykluczając błędy wynikające z każdego z pomiarów (Berg & Berg, 1993).

W badaniach społecznych jest dużo więcej czynników zniekształcających obraz analizowanej rzeczywistości niż tylko prosty model przedstawiony powyżej.

Źródłem błędów w interpretacji zjawisk mogą być np. przekonania oraz pewna perspektywa obserwacji samego badacza, przyjęta metoda badawcza oraz sposób analizy, przyjęta perspektywa teoretyczna.

Norman Denzig wyróżnił rodzaje triangulacji (Denzig 1978, 2006):

1. Triangulację danych – porównywanie badań, prowadzonych w różnym czasie, miejscu oraz na różnych populacjach
2. Triangulację badaczy – prowadzenie badań przez wielu badaczy/obserwatorów zamiast opierania się na jednym obserwatorze.
3. Triangulację teorii – wykorzystanie wielu perspektyw i koncepcji teoretycznych do wyjaśnienia określonego zjawiska.
4. Triangulację metod – wykorzystanie wielu metod oraz technik badawczych jednocześnie.

Usystematyzowane przez Danziga podejście do triangulacji pozwala na budowanie obrazu zjawiska w oparciu o wiele elementów i perspektyw.

Praktyczne implikacje koncepcji teorii ugruntowanej i triangulacji przy tworzeniu opisu nowych trendów na scenie narkotykowej.

Obie koncepcje *teorii ugruntowanych* oraz *triangulacji* przedstawione powyżej na dużym stopniu ogólności przekładają się na praktyczne rekomendacje przy planowaniu procesu analizy nowych trendów. Identyfikacja nowych trendów przypomina w tym wypadku układanie układanki bez wielu elementów i to dodatkowo w 3D. Nie jest to proste, ale jeśli uda nam się pozbiierać kluczowe puzzle to będziemy mieli stosunkowo kompletny obraz zjawiska.

Kluczową kwestią jest tutaj przedmiot analizy, czyli dane źródłowe. Według podejścia przedstawianego przez twórców *GT* naszymi danymi jest praktycznie każdy element otaczającej nas rzeczywistości. Naszymi danymi jest wszystko – obserwacja, rozmowy, dane z badań, dane z wywiadów, materiały zawarte w zasobach Internetu oraz wszelkie inne informacje, które uznamy za stosowne. Założmy, że docierają do nas anegdotyczne informacje o wzroście używania heroiny wśród młodzieży na terenie naszego miasta. Zaczynamy zatem zbierać materiał. Docieramy do realizowanych w ostatnim okresie badań dotyczących

młodzieży (nie koniecznie dotyczącymi używania narkotyków), zbieramy dane z policji na temat konfiskat, czystości oraz cen narkotyków. Zbieramy informacje od osób pracujących z młodzieżą, pedagogów, terapeutów, pracowników pomocy społecznej, osób pracujących w programach niskoprogowych a także od policjantów i naukowców zajmujących się badaniami nad młodzieżą oraz wszystkich osób które naszym zdaniem mogą posiadać informacje w ww. zakresie. Docieramy do osób prowadzących np. infolinie pomocowe dla młodzieży. Poszukujemy informacji o tym fakcie w zasobach Internetu, na forach internetowych. Z każdej z rozmów sporządzamy notatki, gromadzimy wyniki badań, zapisujemy informacje dostępne w Internecie. Czym bardziej obszerny materiał uda nam się zebrać tym lepiej. Zebrany materiał możemy uzupełnić notatkami z obserwacji, dodatkowymi badaniami o charakterze jakościowym oraz możemy wprowadzić odpowiednie kategorie do okresowo prowadzonych badań epidemiologicznych. Zbierane informacje nie powinny być zawężane jedynie do potwierdzenia faktu występowania zjawiska. Powinien interesować nas każdy element tego zjawiska. Następnie analizujemy zebrany materiał zgodnie z metodologią GT. Przypuśćmy, że w drodze analiz udało nam się zidentyfikować kilka kluczowych informacji, np. wg. danych policji w ostatnim czasie heroina jest zdecydowanie czystsza na rynku. Dodatkowo jej cena spadła. Badanie epidemiologiczne oraz wywiady z terapeutami i pedagogami nie wykazały znacznych zmian. Natomiast pracownicy programów niskoprogowych zwrócili uwagę na pojawiające się grupy ludzi młodych w ramach prowadzonej w nich działalności. Obserwacje wykazały, że w kilku lokalizacjach w mieście pojawiają się osoby młode i spędzają czas w większych grupach. Spadające ceny mogą świadczyć o wzroście popytu na heroinę. Jej czystość może świadczyć o potencjalnej większej atrakcyjności dla użytkowników. Brak jest nam kluczowej perspektywy obrazu zjawiska, a mianowicie perspektywy ludzi młodych. W tym celu możemy zorganizować indywidualne wywiady pogłębione lub grupy fokusowe z odpowiednimi grupami młodzieży. W świetle założeń teoretycznych GT proces tej jest procesem ciągły i cykliczny, tzn. jeżeli w drodze analizy materiału uznamy, że znamy odpowiedzi na kluczowe, interesujące nas kwestie tzn. np. udało nam się zidentyfikować grupę czynników wpływających na powstanie zjawiska oraz jego rozwój oraz dokładnie opisać i scharakteryzować interesującą nas grupę, powinniśmy wrócić do danych i poszukać potwierdzenia naszych założeń oraz zweryfikować, czy nie zaszły jakieś kluczowe zmiany. Niezwykle istotnym jest budowanie obrazu zjawiska na podstawie wielu perspektyw, czyli triangulacja. Opieranie się np. jedynie na danych i obserwacjach policji, czy pedagogów może doprowadzić do sytuacji, gdzie otrzymamy niepełny i zniekształcony przez percepcję jednej grupy obraz zjawiska.

Dodatkowo przy analizie nowych trendów musimy zachować obiektywizm i postarać się podchodzić do przedmiotu badania bez wcześniejszych przekonań i nastawienia, które może wypaczyć wyniki badania. Musimy także zadbać

o to aby budować nasz system monitorowania nie tylko w oparciu o środowiska w których czujemy się dobrze i o których mamy większą wiedzę.

Przykładowo, jeżeli jesteśmy osobami przez wiele lat pracującymi w oświacie z uwagi na nasze doświadczenie zawodowe bardziej koncentrujemy się na kwestiach związanych z młodzieżą. Wtedy możemy łatwo przeoczyć niebezpieczne zjawiska występujące wśród „starych narkomanów”. I odwrotnie, jeśli całe życie spędziliśmy w lecznictwie zajmując się pacjentami heroinowymi nasza perspektywa może powodować, że trudniej nam będzie zauważyć zmiany w środowiskach używających narkotyków rekreacyjnie, a nie problemowo. W obu tych przypadkach pomocne jest budowanie monitoringu nowych trendów w oparciu o założenia triangulacji.

Zakończenie

Monitorowanie nowych trendów jest kluczowe w budowaniu dobrego systemu informacji o narkotykach i narkomanii. Początkowo niszowe zjawiska mogą zapoczątkować nowy trend o szerszym zasięgu, który zostanie odnotowany dopiero, gdy przybierze znaczne rozmiary. Może także pomimo swojej niszowości powodować duże szkody dla zdrowia publicznego. Przykładowo nowa fala związana z iniekcyjnym używaniem amfetaminy oraz jednocześnie trudny dostęp do czystych igieł i strzykawek może powodować nasilenie dzielenia się igłami i strzykawkami przez użytkowników, co z kolei może wpłynąć na wzrost liczby zachorowań na choroby zakaźne takie jak HIV czy HCV. Nawet jeśli ten trend dotyczy tylko jednego osiedla w ramach struktury miasta, koszty społeczne mogą być bardzo wysokie.

Obie przedstawione powyżej koncepcje teoretyczne wydają się bardzo użyteczne biorąc pod uwagę analizę nowych trendów. Narzucają pewien rygor teoretyczny przy analizie nowych zjawisk, co do których często nie jesteśmy w stanie zebrać jednolitego materiału do analizy i stworzenie ich obrazu.

Prezentowany rozdział, choć w dużej mierze teoretyczny przedstawia pewną perspektywę z jakiej można opisywać nowe zjawiska w sposób względnie wolny od zniekształceń. Stosując założenia teorii ugruntowanej gdzie „wszystko jest danymi” (All is data) pozwala na pełną dowolność w doborze materiału badawczego. Nie jesteśmy ograniczani jedynie do metod ilościowych lub jakościowych zdobytych w drodze badań. Jest to szalenie ważny w przypadku nowych trendów, gdzie początkowo nie mamy najczęściej dostępu do wyników badań. Zaprojektowanie modelowego przebiegu analizy nie jest jednak proste i w dużej mierze zależy od rzetelności i bezstronności oraz umiejętności badacza. Jednak zaprezentowane treści przy odrobinie wysiłku i przestrzeganiu podstawowych reguł postępowania i dyscypliny pozwalają na przeprowadzenie ciekawych i poszerzających wiedzę o nowych zjawiskach analiz. Ponadto doświadczenie

przy prowadzeniu własnych analiz daje dużo więcej niż jakiegokolwiek podręczniki. Bardzo bogatym źródłem wiedzy o teoriach ugruntowanych jest Internet w szczególności anglojęzyczny. Istnieje wiele serwisów dedykowanych socjologii jakościowej, czy specyficznie teoriom ugruntowanym, które stanowią duży zasób wiedzy zarówno teoretycznej jak praktycznej.

Bibliografia

- Glaser, B. Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine
- Ezzy, D. (2002). Theory and data: a hermenetic approach. In: Ezzy, D *Qualitative Analysis Practice and innovation*. London: Routledge. s. 7,9.
- Konecki K., 2000, *Studia z metodologii badań jakościowych, Teoria ugruntowana*. Warszawa: PWN.
- Hałas, E. (1998) *Interakcjonizm symboliczny* w: Kojder, A.; Koseła, K.; Kwasniewicz, W.; Kubiak, H.; Mucha, J.; Szacki, J.; Ziółkowski, M. *Encyklopedia Socjologii*, Tom 1. Warszawa: Oficyna naukowa. s. 353
- Scott, H (2009). *What is Grounded Theory?*. Dostępne: <http://www.groundedtheoryonline.com/what-is-grounded-theory>. ostatnio odwiedzana: 28.02.2013
- Krzysztof, K. (2008) "Wizualna teoria ugruntowana. Rodziny kodowania wykorzystywane w analizie wizualnej." *Przegląd Socjologii Jakościowej*, Tom IV Numer 3. Pobrany Miesiąc, Rok (http://www.qualitativesociologyreview.org/PL/archive_pl.php) ostatnio odwiedzana: 26.02.2013
- Berg, B.L.. (2004). Introduction. In: Lasser, J. *Qualitative research methods for the social science*. 5th ed. Boston: Person Education Inc. . s.4.
- Berg, B.L., & Berg, J. (1993) A reexamination of triangulation and objective nursing research. *Free Inquiry in Creative Sociology* 21(1), 65–72 cytowane po Berg, B.L.. (2004). Introduction. w: Lasser, J. *Qualitative research methods for the social science*. 5th ed. Boston: Person Education Inc. . s.5.
- Glaser, Barney G. (2002). *Constructivist Grounded Theory?* [47 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 3(3), Art. 12, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0203125>. ostatnio odwiedzana: 20.02.2013
- Denzig N., 2006 *Sociological Methods: A Sourcebook*. Aldine Transaction, 2006.
- Majchrzak, N. Zduniak, A.. (2011). Wprowadzenie. In: Majchrzak, N. Zduniak, A. *Komunikowanie się w społeczeństwie wiedzy XXI wieku*. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa. s.9.

1.6. Szacowanie liczby użytkowników narkotyków

Wstęp

Zjawisko narkotyków i narkomanii ma charakter ukryty. Związane jest to z faktem nielegalności substancji. Powoduje to, że populacja osób używających narkotyki znajduje się poza zasięgiem bezpośredniej obserwacji. W celu monitorowania tego zjawisk wykorzystuje się zatem szereg tzw. wskaźników. Pochodzą one z analizy statystycznej rejestrów zastanych, takich jak lecznictwo, zakażenia HIV/HCV, wskaźniki z zakresu podaży takie jak konfiskaty, przestępstwa związane z narkotykami. W celu monitorowania używania narkotyków wykorzystuje się także badania jakościowe oraz przede wszystkim ilościowe dotyczące poziomu używania substancji wśród młodzieży oraz w populacji generalnej. Jednak nawet wykorzystanie rejestrów oraz badań nie daje nam pełnego obrazu zjawiska. Zawsze poza naszymi systemami zbierania danych oraz badaniami i analizami znajduje się pewna liczba użytkowników narkotyków, którzy z różnych powodów nie trafiają do naszych statystyk lub nie są objęci naszymi badaniami. Osoby nie trafiające do rejestrów, znajdujące się poza leczeniem oraz poza zasięgiem badań populacyjnych to osoby najbardziej zmarginalizowane, najbardziej problemowe, najbardziej potrzebujące pomocy oraz generujące najwięcej szkód społecznych. Jednocześnie ocena rozmiarów tej populacji jest niezwykle ważna, w szczególności w prowadzeniu lokalnej, opartej na dowodach naukowych i danych polityki narkotykowej. Ocena rozmiarów tej ukrytej populacji pozwala na dostosowanie oferty leczniczej, terapeutycznej oraz profilaktycznej do realnych potrzeb. Przykładem może tu być np. Warszawa (Moskalewicz et al 2006). Tak więc uzupełnienie wiedzy o rozmiarach ukrytych populacji problemowych użytkowników narkotyków jest także jednym z kluczowych wskaźników w budowaniu lokalnego monitoringu problemu narkotyków i narkomanii. Z pomocą przychodzą tutaj rozmaite metody szacowania rozmiarów populacji ukrytych. Spośród całego wachlarza metod szacowania w tej części publikacji zostaną omówione dwie najprostsze metody szacowania populacji ukrytych tzw. problemowych użytkowników narkotyków. Na początek przyjrzymy się jednak kwestiom definiowania naszych szacowanych populacji.

Definicje

Kluczową kwestią, szczególnie przy oszacowaniu liczby problemowych użytkowników narkotyków jest kwestia definicji. Przyjęta definicja określa nam zbiorowość, której będzie dotyczyć oszacowanie. Jednak w sposobie definiowania problemowych użytkowników narkotyków kryje się pewna trudność. Cechy tej zbiorowości, które zakłada nasza definicja muszą być odzwierciedlone w danych, na podstawie których będziemy szacować rozmiary tej zbiorowości. Możemy stworzyć definicję bardzo złożoną, w sposób pełny opisującą naszą zbiorowość, ale nie będziemy jej w stanie zoperacjonalizować. Jeżeli np. nasza definicja będzie zawierała takie cechy jak wypadanie z ról społecznych, czy czynniki związane ze szkodliwością społeczną trudno będzie nam znaleźć w zbiorach danych kompleksową grupę cech opisujących nam dokładnie tę zbiorowość. W praktyce to źródła dostępnych danych w zdecydowanej większości determinują, jak definiujemy grupę problemowych użytkowników. Europejskie Centrum Monitorowania narkotyków i narkomanii przyjmuje, że problemowym użytkownikiem narkotyków jest osoba, która używa opiatów, amfetaminy lub/hoặc kokainy w sposób długotrwały, częsty lub iniekcyjny. Nie jest jednak zdefiniowane co oznacza w praktyce długotrwały oraz częsty. Dokładniejsze określenie tej zbiorowości nie jest możliwe, bo rzadko jesteśmy w stanie znaleźć w naszych zbiorach dokładne informacje o wzorze używania substancji. Polska krajowa definicja problemowych użytkowników nie jest zgodna z rekomendacjami EMCDDA z powodu ograniczeń w prowadzonych rejestrach. Przyjęta w Polsce krajowa definicja problemowego użytkownika narkotyków jest bardzo szeroka i jeszcze mniej precyzyjna niż definicja EMCDDA. Zgodnie z nią problemowe używanie narkotyków jest rozumiane jako długotrwałe używanie narkotyków (substancji nielegalnych), które powoduje u osoby używającej poważne problemy (National Report 2006, s. 41). Definicja ta w dużej mierze ograniczona jest przez jedno z podstawowych źródeł informacji wykorzystywanych w szacowaniach w Polsce, tzn. o systemy statystyczne dotyczące leczenia prowadzone przez Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Oparte są one na sprawozdawczości w ramach tzw. druków MZ i posługują się kryteriami diagnostycznymi ICD-10. Powoduje to ograniczenie informacji dotyczące np. używanych przez leczonego substancji. Dodatkowo większość leczonych trafia do kategorii F19 (inne i mieszane) gdzie nie jesteśmy w stanie określić substancji podstawowej, powodującej największe problemy.

Problemy z danymi na jakie napotykamy przy okazji oszacowań krajowych możemy próbować do pewnego stopnia zniwelować na poziomie lokalnym, co pozwoli na podniesienie precyzji naszej definicji wpłynie na jakości naszej estymacji.

Ocena i przygotowanie danych

Pierwszym krokiem jest tutaj dokładne poznanie oraz ocena dostępnych źródeł danych. Na poziomie lokalnym z uwagi na mniejszą liczbę osób w rejestrach możliwe jest zebranie dodatkowych informacji (jaka substancja najbardziej problemowa, wzory używania częstotliwość itp.) o tych osobach. Przykładowo jeśli opieramy się na danych z leczenia, możemy uzupełnić dane o informacje zawarte w karcie choroby czy anamnezie. Konieczne jest uzyskanie zgody na dostęp do takich danych, ponieważ są to dane o dużym stopniu wrażliwości. Część z metod estymacji, jak np. opisywana poniżej metoda wielokrotnego połowu wymaga możliwości identyfikacji osób w wielu zbiorach. Nie możemy jednak wykorzystywać pełnych danych osobowych umożliwiających identyfikację konkretnych osób. Należy zapewnić odpowiedni stopień anonimizacji danych. Można wtedy wykorzystać jakieś formy identyfikatorów umożliwiające z pewną określoną dokładnością identyfikować te same osoby w wielu zbiorach danych, bez wykorzystania pozyskiwania ich danych osobowych. Przykładowo można zastosować kod oparty na dwóch pierwszych literach imienia, dwóch pierwszych literach nazwiska oraz płci i dacie urodzenia. Kody dodatkowo umożliwiają nam usunięcie z konkretnego zbioru danych przypadków osób pojawiających się w nim wielokrotnie. Przykładowo, jeżeli osoba podejmowała w określonym roku wielokrotnie próby leczenia i nie zadbamy o usunięcie powtarzających się rekordów z naszego rejestru, to doprowadzić to może do zniekształcenia wyników naszych estymacji. O ile konieczność pozyskania danych jednostkowych opartych na identyfikatorach wymagane są jedynie przy metodzie wielokrotnego połowu, w której musimy porównać rejestry i zidentyfikować osoby, które pojawiają się w różnych rejestrach, o tyle opisywana powyżej konieczności eliminacji tzw. podwójnego liczenia z rejestrów wymagana jest przy obu opisywanych poniżej metodach estymacji.

Metoda „benchmark”

Metoda „benchmark” zwana także metoda punktu odniesienia należy do szerszej grupy metod multiplikacyjnych (*multiplier methods*) [Sierosławski 2012]. Jest także najczęściej stosowaną w Polsce metodą szacowania rozmiarów populacji ukrytych problemowych użytkowników narkotyków. Jest to metoda względnie prosta. Nie wymaga ona zbyt wysokich nakładów oraz rozbudowanej wiedzy statystycznej. W przypadku tej metody do oszacowania wykorzystywane są dane z istniejących rejestrów (np. leczenia, dane z policji, dane z pomocy społecznej) oraz dane z przeprowadzonych badań terenowych, np. badań w populacji generalnej mieszkańców.

Na pierwszym etapie musimy pozyskać zbiór danych i zidentyfikować w tym zbiorze liczbę problemowych użytkowników narkotyków. Zbiorem mogą być

rejestry leczenia uzależnień, rejestry policyjne, rejestry pomocy społecznej, lub jakiegokolwiek innego rejestru w których jesteśmy w stanie zidentyfikować problemowych użytkowników narkotyków. W kolejnym etapie musimy pozyskać wskaźnik doszacowania, czyli wskaźnik określający szanse problemowego użytkownika na znalezienia się w naszym zbiorze zastanym. W tym celu w metodzie *benchmark* wykorzystuje się tzw. nominacje z badań populacyjnych. Założymy, że opieramy się na rejestrach leczenia stacjonarnego (w praktyce najczęściej wykorzystywanych). W ramach prowadzonych przez nas badań populacyjnych pytamy respondentów, czy w ich najbliższym otoczeniu są osoby używające narkotyków w sposób problemowy/nadużywające narkotyków. Gdy respondent odpowie twierdząco wręczamy mu arkusz nominacyjny (kartę nominacji, której wzór znajduje się w części niniejszej publikacji zawierającej kwestionariusze) i prosimy respondenta o wskazanie wieku i płci wszystkich znanych mu osób problemowo używających narkotyków oraz o wskazanie czy w ostatnim roku kalendarzowym podejmowały one próby leczenia stacjonarnego. Na tej podstawie pozyskujemy wskaźnik oszacowania, czyli nasz mnożnik. Założymy, że z analizy wszystkich kart nominacji wynika, że spośród wszystkich osób opisanych przez respondentów 20% podejmowało leczenie stacjonarne w ostatnim roku. Stanowi to 1/5 wszystkich nominowanych co oznacza, że liczba wszystkich problemowych użytkowników jest 5 razy większa od liczby tych przebywających w lecznictwie. Nasz wskaźnik doszacowania, czyli mnożnik wynosi 5. Jeżeli przemnożymy liczbę problemowych użytkowników narkotyków z naszego zbioru leczenia stacjonarnego przez wskaźnik doszacowania otrzymamy całkowitą liczbę problemowych użytkowników narkotyków.

Dla zobrazowania metody w praktyce przyjrzymy się krajowemu oszacowaniu liczby problemowych użytkowników narkotyków przygotowanemu na potrzeby Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na przełomie 2010 i 2011r z wykorzystaniem metody punktu odniesienia (*benchmark*). (Sierosławski 2011). Krajowe Biuro, jak co cztery lata, realizowało badania dotyczące postaw i zachowań (w tym używania narkotyków) wobec narkotyków. Badania były prowadzone na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie. Dodatkowo każdy z respondentów proszony był o wypełnienie opisywanego powyżej arkusza nominacyjnego. W ramach arkusza proszono respondentów o podanie kilku informacji o każdym znanym im narkomanie. Informacje te dotyczyły podejmowania leczenia stacjonarnego lub ambulatoryjnego w 2009. Uzyskany w ten sposób materiał w zestawieniu z danymi statystycznymi leczenia pozyskanymi z Instytutu Psychiatrii i Neurologii pozwolił na oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce w 2009r.

Po analizie danych z kart nominacyjnych stwierdzono, że 407 osób znało przynajmniej jednego problemowego użytkownika narkotyków. Zebrano w toku badania ankietowego 646 „nominacji”. Analiza nominacji wskazała, że odsetek problemowych użytkowników narkotyków leczonych stacjonarnie w 2009 r. wynosił 27,2% i odsetek leczonych ambulatoryjnie 31,7% (tabela 1.6.1).

Tabela 1.6.1. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce w 2009 r. metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań ankietowych populacji generalnej z 2010 r. oraz danych statystycznych lecznictwa

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2009)	15 412	27,2	3,68	56 694
Leczeni ambulatoryjnie (2009)	32 476	31,7	3,16	102 570

Źródło: (Sierosławski 2011)

Na podstawie odsetka z badań terenowych obliczono wskaźnik doszacowania dla lecznictwa stacjonarnego oraz ambulatoryjnego. Analiza wykazała, że ogólna liczba problemowych użytkowników narkotyków jest 3,68 razy większa od liczby leczonych stacjonarnie w 2009r. i 3,16 razy większa od osób leczących się ambulatoryjnie. Po przemnożeniu danych z lecznictwa otrzymano wartości 56694 dla lecznictwa stacjonarnego, co stanowi dolną granicę oszacowania, oraz wartość 102570 – co stanowi górną granicę oszacowania. Oznacza to, że liczba problemowych użytkowników narkotyków w Polsce mieści się w szerokim przedziale 56 000 – 103 000.

Metoda capture-recapture

Metoda ta wywodzi się z nauk przyrodniczych i jest używana do oszacowania liczby ryb w ekosystemie. Polega ona na dokonaniu dwóch połowów. W pierwszym połowie wszystkie ryby są znakowane. Następnie ryby zostają wypuszczone z powrotem do jeziora. Po pewnym czasie dokonuje się drugiego połowy i określa się proporcje ryb złapanych w pierwszym połowie od ryb nieoznakowanych. Z tej proporcji możemy obliczyć całkowitą liczbę ryb w jeziorze. Załóżmy, że w pierwszym połowie złapaliśmy 15 ryb, które następnie wypuściliśmy. W drugim połowie złapaliśmy 10 ryb, z których 5 było oznaczonych. Zakładając, że proporcja ryb złowionych z drugim połowie do wielkości drugiego połowy jest taka sama jak proporcja ryb złowionych w pierwszym połowie do ryb nie złowionych w ogóle. Z tej proporcji możemy łatwo obliczyć że liczba wszystkich ryb w jeziorze jest równa 30. [$5/10=15/x$; $x=10*15/5$; $x=30$]. (EMCDDA 2004).

Metod ta z powodzeniem jest wykorzystywana do szacowania liczby populacji ukrytych, także problemowych użytkowników narkotyków. Wygodniej jest jednak w tym przypadku wykorzystywać tabele wielokierunkowe.

Tabela 1.6.2: Przykład prostej tabeli wielokierunkowej dla analiz capture-recapture

	Zbiór 1	
Zbiór 2	Obecny w zbiorze	Nieobecny w zbiorze
Obecny w zbiorze	a	b
Nieobecny w zbiorze	c	d

$$\text{Wzór: } d = b \cdot c / a$$

$$N = a + b + c + (b \cdot c / a)$$

gdzie d to populacja nie występująca w żadnym ze zbiorów, czyli populacja ukryta, a N jest cała populacja problemowych użytkowników.

Źródło: Domingo-Slavany A. 1997

W tym przypadku na początku szacujemy populację znajdującą się poza rejestrami, czyli naszą populację ukrytą (d). W następnym kroku sumujemy osoby będące jednocześnie w oby naszych rejestrach (a), osoby występujące tylko w jednym rejestrze (b oraz c) oraz naszą populację ukrytą, czyli osoby nie występujące w żadnym z rejestrów (d) co daje nam całkowitą liczbę problemowych użytkowników narkotyków (N). Jak już wcześniej zostało opisane identyfikacja osób wymaga zastosowania tożsamyh identyfikatorów w obu rejestrach. W przeciwnym razie nie będziemy w stanie stwierdzić, które osoby jednocześnie występują w obu zbiorach, a które w nich nie występują. Rejestrami, które są możliwe do wykorzystania w tym przypadku są np. rejestry policji, rejestry pomocy społecznej, rejestry leczenia. Możliwe jest także pozyskanie rejestru w drodze badań na społeczności problemowych użytkowników narkotyków jak np. klientów programów wymiany igieł i strzykawek.

Obie zaprezentowane metody są względnie proste w zastosowaniu, ale mogą być obciążone błędem oszacowania. W celu ograniczenia tego błędu należy zadbać o niezależność zbiorów. Oznacza to że pojawienie się konkretnej osoby w jednym zbiorze nie powinno zwiększać prawdopodobieństwa pojawienia się w drugim. Nie możemy zatem wykorzystać np. zbiorów jednego rodzaju, jak na przykład dwóch rejestrów policyjnych, albo rejestrów policyjnych w połączeniu z wynikami badań wśród zatrzymanych przez policję „narkomanów”. W przeciwnym razie nasze estymacje mogą być obciążone błędem. Są metody estymacji które nie wymagają niezależności zbiorów. Przykładem jest tutaj metoda wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) z wykorzystaniem trzech zbiorów. Metoda ta przy wykorzystaniu modeli log-lineranych pozwala na przetestowania wszelkich kombinacji zależności pomiędzy rejestrami, od pełnej zależności między trzema zbiorami (model nasycony) do ich pełnej niezależności. Stosowanie tej metody wymaga jednak wykorzystania bardziej złożonych obliczeń i oprogramowania statystycznego (np. SPSS czy stat8) oraz większej wiedzy z zakresu statystyki.

Podsumowanie

Pomimo, że oszacowanie liczby tzw. problemowych użytkowników narkotyków jest uznawane za jeden z podstawowych wskaźników służących do monitorowania narkotyków i narkomanii, w Polsce niezwykle rzadko jest wykorzystywany na poziomie lokalnym. Oszacowanie rozmiarów populacji problemowych użytkowników narkotyków w społeczności lokalnej jest szeroko wykorzystywane w diagnozowaniu tego zjawiska w wielu krajach Europy jak np. Wlk.Brytanii. Podstawowe metody szacowania nie są bardzo skomplikowane w zastosowaniu a otrzymane za ich pomocą wyniki, przy zachowaniu pewnych ogólnych reguł dostarczają bardzo przydatnych danych w prowadzeniu lokalnej polityki narkotkowej.

Nie należy się obawiać popełniania błędów przy estymacjach, które na początkowym etapie mogą się zdarzyć. Może okazać się, że nasze wyniki będą niedoszacowane lub przeszacowane. Nie powinno to jednak odstraszać od prób przeprowadzenia estymacji, szczególnie, że nie jest to proces ani kosztowny, ani bardzo trudny. Dodatkowo okresowo powtarzane oszacowania oraz wykorzystanie więcej niż jednej metody estymacji powodują, że nasze wyniki kolejnych estymacji służą nam do walidacji estymacji już istniejących (triangulacja ze względu na metodę) i przez ten fakt stają się bardziej dokładne.

W celu poprawienia jakości naszych estymacji możemy zawsze pokusić się o wykorzystanie bardziej złożonych metod estymacji takich jak capture-recapture na trzech i więcej zbiorach. Znalezienie osoby, która posiada odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzenia tych estymacji też nie powinno nasręczać problemów.

Bibliografia

- Domingo-Salvany A. „Estimating the prevalence of drug use using the capture-recapture method: an overview” w *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*, (s.78) EMCDDA 1997
- KBPN “Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2010 roku”. Warszawa 2011
- EMCDDA “Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level”, EMCDDA, Lisbon 1999, źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372> (z dnia 18.10.2007).
- EMCDDA “EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines, Key Epidemiological Indicator: Prevalence of Problem Drug Use”, EMCDDA 2004, źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372> (z dnia 18.10.2007).

Moskalewicz J., Sierosławski J., Bujalski M., „Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie”, raport z badania na zlecenie Urzędu m.st. Warszawy, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.

National Report to the EMCDDA, “New Development. Trends and In-deph Information on Selected Issue”, przygotowany przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Polska, Warszawa 2006.

Sierosławski J., „Oszacowanie liczby narkomanów w województwie” (w:) *Raport z badań na temat łączenia różnych substancji we wzorach używania narkotyków w województwie łódzkim*, Jabłoński P., Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.

Sierosławski J., „Oszacowanie liczby narkomanów oraz rozmiarów problemów związanych z narkotykami w Warszawie”, raport przygotowany na zlecenie Urzędu m.st. Warszawy, Warszawa 2005.

Sierosławski J. „Metody monitorowania” w; „Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym” KBPN, Warszawa 2012

Sierosławski J. „Oszacowanie liczby narkomanów 2010” materiały niepublikowane, KBPN 2012

1.7. Ewaluacja a monitoring – podstawowe zagadnienia

Monitoring stanowi dobrą podstawę do wdrożenia ewaluacji i stanowi pierwszy krok do jej przeprowadzenia. Tematyka ewaluacji strategii jest wciąż kwestią nową, stanowiącą wyzwanie, dlatego mam nadzieję, że niniejszy materiał, mimo że nie jest przewodnikiem „krok po kroku” będzie wsparciem dla osób, które chcą zająć się ewaluacją.

W opracowaniu tym słowo strategia oznacza program – gminny, wojewódzki lub krajowy – przeciwdziałania narkomanii. Na poziomie europejskim strategia jest dokumentem wyznaczającym najważniejsze cele i priorytety doprecyzowane przez plany działania. W Polsce powyższy termin używany jako określenie „program” dla dokumentów, które są równocześnie strategią i planem działań.

Po co ewaluacja?

W Europie, także w Polsce, coraz większą wagę przywiązują się do prowadzenia usystematyzowanych działań opartych o przygotowane wcześniej programy lub strategię. Jednostki samorządu terytorialnego są zobligowane do tworzenia różnych programów w obszarach społecznych, jak np. dotyczących rozwiązywania problemów alkoholowych lub przeciwdziałaniu narkomanii. Na opracowane i zatwierdzone programy przeznaczane są określone środki finansowe. Coraz częściej osoby odpowiedzialne za wdrażanie strategii lub nadzór nad ich realizacją oczekują odpowiedzi na pytania dotyczące efektów prowadzonych działań. Pojawiają się również próby ocen czy porównywania różnych polityk narkotykowych, których strategię są ważnym i jednym z kluczowych elementów. Pozostawmy jednak kwestię skuteczności lub nieskuteczności różnorodnych polityk narkotykowych i skoncentrujmy się na jednym z wymiarów polityki narkotykowej, czyli strategii.

Jednym z celów prowadzonego monitorowania może być poprawa istniejącej strategii. Monitorowanie dostarcza informacji, które mogą być użyteczne do prowadzenia ewaluacji. Dwa podstawowe wymiary wdrażanego od 2008 roku przez Centrum Informacji KBPN i ekspertów wojewódzkich projektu monitorowania na poziomie lokalnym – analiza sceny narkotykowej oraz podjętych działań –

stanowią podstawę oceny prowadzonych na poziomie lokalnym i wojewódzkim działań. Ewaluacja strategii, czyli w pewnym wymiarze ewaluacja polityki narkotykowej, nie jest badaniem naukowym. Podobnie jak monitoring wykorzystuje metody i techniki badawcze do praktycznych celów. Ewaluacja strategii jest dość skomplikowanym procesem, który powinien uwzględniać kilka kluczowych dla przeprowadzonej oceny elementów: rozmiary i dynamikę sceny narkotykowej, skalę i zasięg prowadzonych działań, oczekiwania decydentów wobec ewaluacji, priorytet polityki narkotykowej. Ponadto ewaluacja powinna w ramach analizy brać pod uwagę sytuacje i wydarzenia, które wpływają na rozmiary zjawiska używania substancji psychoaktywnych, a nie były możliwe do przewidzenia przy opracowywaniu strategii, jak np. powstanie sklepów z „dopalaczami”.

Monitorowanie

Monitorowanie jako regularne i systematyczne zbieranie danych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii stanowi samo w sobie jedno z kluczowych narzędzi do przeprowadzenia ewaluacji. Jedną z definicji określa ewaluację jako ocenę przeprowadzonych interwencji według ich rezultatu, wpływu i potrzeb, na które odpowiadają. Zastanawiając się, dlaczego strategia powinna być ewaluowana i monitorowana, należy wymienić jedno z podstawowych oczekiwań wobec lokalnej czy krajowej strategii: czy to w ogóle działa? Czy jest warte pieniędzy, które na to wydajemy? Ponadto funkcją monitorowania i ewaluacji jest przegląd podjętych działań, jak również poprawa rezultatów wdrożonych interwencji. Jednym z celów ewaluacji może być też otrzymanie dodatkowego politycznego i finansowego wsparcia. Kwestią, która często się pojawia w trakcie realizacji działań na poziomie lokalnym, jest pytanie, czy prowadzone działania mają pozytywny wpływ i czy nie powodują niezamierzonych szkód.

Podstawą dobrej ewaluacji, niezależnie czy dotyczy ona ewaluacji procesu czy ewaluacji wyników, jest dobrze przygotowany i wewnętrznie logiczna i spójna strategia. W przypadku gdy mamy za zadanie ewaluować strategię z dobrze opracowanym celem głównym, celami szczegółowym, wskaźnikami, działaniami, których wdrożenie może pozwolić na osiągnięcie zakładanych celów, jest nam łatwiej przeprowadzić ewaluację. Pomocne są również dobrze opracowane wskaźniki do celów, jak i do zadań strategii oraz wskazanie w programie źródła wskaźników. Jednakże nawet dobrze opracowana strategia może wymagać korekt. Jednym z rodzajów ewaluacji jest ewaluacja struktury programów, która ma na celu weryfikację poprawności wewnętrznej.

Rodzaje ewaluacji

W zależności od celu i etapu wdrażania strategii wyróżniamy różnego typu ewaluację. Ocena przeprowadzona na początku realizacji programu lub tuż

przed jego wdrażaniem jest ewaluacją ex-ante, w trakcie działania mid-term, a na koniec programu ex-post. Ewaluacja ex-ante ma na celu stwierdzenie, czy planowane działania są odpowiednie i wewnętrznie spójne oraz odnoszą się do lokalnych priorytetów. Ten typ ewaluacji koncentruje się na analizie kontekstu. Ewaluacja ex-ante daje podstawę do późniejszej ewaluacji końcowej programu, ponieważ sprawdza ona poprawność struktury programu. Ewaluacja mid-term (średnio okresowa) realizowana jest w połowie wdrażania strategii. Ma na celu analizę, czy pierwsze działania i produkty zostały osiągnięte i uzyskane w wyniku wdrażania strategii. Ponadto pomaga zmienić i dostosować strategię do zmieniającej się sytuacji, a jak pokazał nam przykład „dopalaczy” scena narkotykowa może zmienić się dość szybko. Ewaluacja mid-term w bardzo dużym stopniu wykorzystuje wyniki monitoringu, ale stara się je przedstawić w odniesieniu do kontekstu, jak np. zmiany w lokalnych priorytetach czy nowe zjawiska na scenie narkotykowej. Ewaluacja ex-post ma na celu przede wszystkim podsumowanie i ocenę podjętych działań, kiedy są one zakończone. Jej celem jest analiza, czy zakładane rezultaty zostały osiągnięte. Jak w przypadku większości ewaluacji podjęta jest próba oceny, jakie czynniki miały wpływ na osiągnięcie sukcesu lub porażki. W celu oceny wpływu ewaluacja ex-post powinna zostać przeprowadzona co najmniej rok lub dwa lata po zakończeniu wdrażania strategii. Najczęściej realizowana jest ewaluacja procesu, która odpowiada nam na pytanie, co zostało zrobione, jakiego rodzaju działania zostały podjęte oraz ile osób zostało objętych interwencją. Ten typ ewaluacji jest bardzo bliski monitorowaniu. Innym podejściem jest ewaluacja efektów/wpływu, która odpowiada na pytania: jaki efekt został osiągnięty w stosunku do grupy odbiorców? Jaki efekt osiągnięto w odniesieniu do głównego problemu?.

Realizator ewaluacji

Kolejnym rozróżnieniem odnoszącym się do ewaluacji jest kryterium podmiotu, który zajmuje się oceną. Ewaluacja wewnętrzna strategii jest realizowana wyłącznie przez osoby wdrażające projekt lub go przygotowujące. Ewaluacja zewnętrzna to nic innego jak po prostu ewaluacja prowadzona przez ekspertów zewnętrznych. Nie jest ona realizowana przez twórców programu lub osoby wdrażające program. W przypadku ewaluacji wewnętrznej może to być ten sam zespół, który zajmuje się monitoringiem. Niewątpliwie takie podejście oznacza: niższe koszty, łatwiejsze i szybsze działanie (praca podejmowana jest w zespole, które często zna już swoje silne i słabe strony), budowanie szerokiej koalicji. Do wad należy zaliczyć brak spojrzenia z zewnątrz, które wnoszą osoby nie zaangażowane w bieżące działania, oraz nie zawsze wystarczająca wiedza osób, które nie są specjalistami od ewaluacji. Ważnym argumentem na rzecz ewaluacji zewnętrznej jest to, że może być ona traktowana jako bardziej obiektywna i bezstronna od ewaluacji wewnętrznej. W tabeli 1.7.1 przedstawione zostały wady

i zalety ewaluacji wewnętrznej i zewnętrznej. Wybór podejścia zależy od lokalnej specyfiki i potrzeb.

Tabela 1.7.1. Zalety i wady ewaluacji wewnętrznej i zewnętrznej

<i>Wewnętrzni ewaluatorzy</i>	<i>Zewnętrzni ewaluatorzy</i>
+ znają organizację + rozumieją zachowania i postawy wewnątrz organizacji + zna ich personel + są mniej zagrażający + często większa szansa na wdrożenie zaleceń + są tańsi + budują wewnętrzny potencjał ewaluacyjny + wnoszą wkład w skuteczność programu – wątpliwa obiektywność – struktura może utrudniać udział – wątpliwy zysk osobisty – akceptują założenia organizacji – całkowity udział może być uniemożliwiany przez nadmiar obowiązków zawodowych – mogą nie posiadać kwalifikacji w zakresie metod ewaluacyjnych – mogą spowodować, że ewaluacja nie zyska wiarygodności na zewnątrz – mogą mieć kłopoty z zachowaniem bezstronności – mogą nie posiadać konkretnych merytorycznych umiejętności	+ obiektywni + nie są stronniczy wobec organizacji + mają świeże spojrzenie + mają głębokie doświadczenie + łatwiej zatrudnić ich na dłuższy okres + mogą pełnić rolę zewnętrznych ekspertów + nie są częścią struktury władzy + mogą wnieść dodatkowe zasoby + posiadają odpowiednie kwalifikacje w zakresie ewaluacji + mają doświadczenie w dokonywaniu ewaluacji + posiadają status eksperta – mogą nie znać organizacji – mogą nie wiedzieć o ograniczeniach mających wpływ na zalecenia – mogą być niekorzystnie postrzegani – są drożsi – negocjacje przed podpisaniem kontraktu mogą odpowiednio trwać – kontrola implementacji zaleceń nie zawsze jest realizowana – nie znają otoczenia

Źródło: Cosgrave, J., Buchanan-Smith M., (2009), *Evaluation of Humanitarian Action: Course Reference Manual*, ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action), London, str. 63

Etapy ewaluacji

Ewaluację zaczynamy od sformułowania pytań ewaluacyjnych (przykłady pytań ewaluacyjnych zostały zawarte w tabeli 1.7.2), które będą nam definiować cele ewaluacji. Pytania ewaluacyjne są następnie przekładane na pytania badawcze. W kolejnym kroku określany schemat i plan ewaluacji oraz wybieramy techniki i metody badawcze. Uzyskane dane następnie są analizowane, opracowywane w celu ich oceny i wyciągnięcia wniosków. Wyniki analizy przedstawiane są w formie rekomendacji dotyczących nowej strategii lub modyfikacji obecnej. Oprócz zespołu zajmującego się ewaluacją można zastanowić się nad powołaniem grupy sterującej, w skład której wejdą przedstawiciele miasta lub/i radni zajmujący się tematyką społeczną. Zaprezentowanie schematu ewaluacji oraz wstępnych wniosków grupie sterującej może ułatwić późniejszą prezentację końcowych wyników prac oraz wdrażanie rekomendacji z ewaluacji. Sensowność i użyteczność powołania takiego dodatkowego zespołu zależy od lokalnej specyfiki.

Tabela 1.7.2. Kryteria i pytania ewaluacyjne

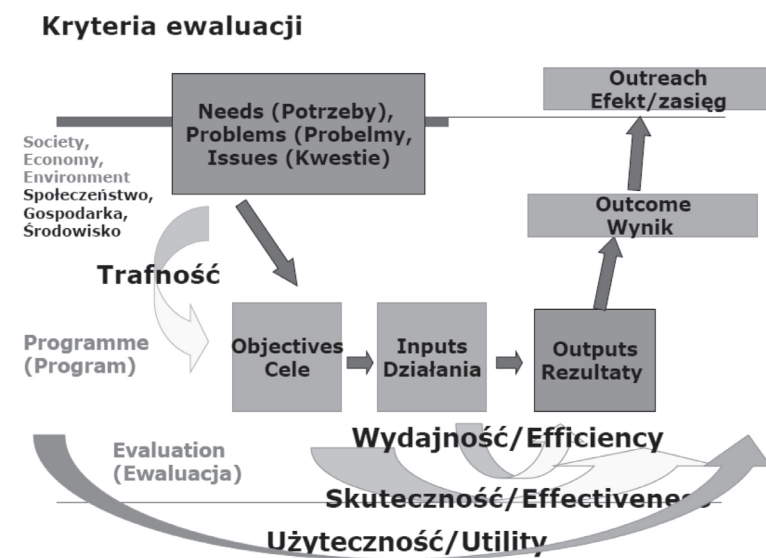
Pytania ewaluacyjne – cztery kategorie pytań w zależności od kryteriów ewaluacji

- **Zasadność/Trafność:** W jakim zakresie cele programu odpowiadają jego potrzebom? Czy można udowodnić ich zasadność? Czy odpowiadają one lokalnym, krajowym i europejskim priorytetom?
- **Skuteczność:** W jakim zakresie udało się zrealizować zakładane cele? Czy zastosowane narzędzia przyniosły spodziewane rezultaty? Czy było możliwe osiągnięcie lepszych rezultatów przy zastosowaniu innych narzędzi?
- **Wydajność:** Czy cele zostały osiągnięte przy poniesieniu najniższych kosztów? Czy było możliwe osiągnięcie lepszych rezultatów przy poniesieniu tych samych kosztów?
- **Użyteczność:** Czy spodziewane bądź niespodziewane rezultaty są ogólnie zadowalające z punktu widzenia bezpośrednich i pośrednich grup docelowych?

Powyższe cztery kryteria nie są jedyne. Na przykład, można zadać typowe pytanie: Czy efekty programu będą trwałe po jego zakończeniu, nawet jeśli wyczerpią się środki finansowe przeznaczone na ten cel? Kryterium, które należałoby tutaj zastosować, byłaby trwałość wygenerowanych zmian. Można zastosować również inne kryteria typu: słuszność, spójność, synergia, powtarzalność, itp.

Źródło: Komisja Europejska (1999) *Evaluation design and management Volume 1. Luxembourg*, str. 72.

Wykres 1.7.1. Główne kryteria ewaluacji



Źródło: Komisja Europejska (1999) *Evaluation design and management Volume 1. Luxembourg*, str. 71.

Wskaźniki

Podczas opracowywania strategii lub jej ewaluacji, pojawia się czasami kwestia wartości wskaźników, które chcemy osiągnąć w wyniku zakładanych działań, np. objęcie działaniami w ramach strategii 30% młodzieży szkolnej. Takie wskaźniki nazywane są bazowymi. Często w strategiach, i bardzo dobrze, zawarte są wskaźniki liczbowe w postaci liczb czy procentów, jak np. liczba osób objętych programami profilaktyki uniwersalnej w danym roku. Dlatego też o wiele istotniejszym w procesie ewaluacji wydają się czasami odpowiedzi na pytania, co miało wpływ na przeprowadzenie zakładanych działań profilaktycznych lub co spowodowało, iż to się nie udało, niż samo stwierdzenie faktu, że osiągnęliśmy wartość zakładanego wskaźnika bazowej.

Wartość zakładanego wzrostu zależy od posiadanych środków i zasobów na poziomie lokalnym. Wiedzę w tym zakresie mają przed wszystkim osoby odpowiedzialne za realizację strategii na poziomie lokalnym. Warto pamiętać, omawiając użyteczność wskaźników, że wartość wskaźników bazowych jest w dużej mierze decyzją polityczną, a nie ekspercką. Analizując zagrożenie wartości wskaźników bazowych, należy wziąć pod uwagę trudność w określeniu ich wartości, zwłaszcza jeśli dotyczą one zjawisk społecznych, jak np. używanie substancji psychoaktywnych. Ewaluacja powinna korzystać z istniejących wskaźników zawartych w strategii, jednakże nie może opierać się na określeniu, czy zakładane wartości wskaźnika zostały osiągnięte czy nie. Wskaźniki są przede wszystkim stosowane w monitorowaniu, a w ewaluacji są jednym z elementów oceny.

Bibliografia:

- Zobel, F. (2012) Reitox regional academy for IPA beneficiaries: monitoring and evaluation of national drug strategies, ppt. EMCDDA.
- Komisja Europejska (1999) Evaluation design and management Volume 1. Luxembourg. Cosgrave, J., Buchanan-Smith M., (2009), Evaluation of Humanitarian Action: Course Reference Manual, ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action), London, str. 63

1.8. Monitorowanie problemu dopalaczy – wyniki badań

Wstęp

W tej części publikacji zostanie opisane zjawisko tzw. dopalaczy z punktu widzenia dostępnych danych epidemiologicznych oraz analizy wybranych wskaźników. Nie sposób jednak przy opisie tego zjawiska nie powołać się na historię problemu oraz zmiany prawne, które zostały wprowadzone w latach 2008–2010 roku. W ciągu ostatnich kilku lata zrealizowanych zostało wiele badań ilościowych, które miały na celu próbę opisanie skali zjawiska używania „dopalaczy”. Polska była jednym z pierwszych jak nie pierwszym kraje, która rozpoczęła badania nowych substancji psychoaktywnych, dzięki czemu możemy śledzić trendy w używaniu „dopalaczy”. Badania Centrum Informacji KBPN realizowane we współpracy z placówkami badawczymi pozwalają na śledzenie trendów w używaniu „dopalaczy”. Ponadto od końca 2010 roku rozpoczęto monitorowanie w cyklach miesięcznych interwencji medycznych do których doszło prawdopodobnie z powodu zatrucia „dopalaczami”. Ośrodek Kontroli Zatruc dr. Piotra Burdy zbiera i raportuje co miesiąc dane dotyczące zatruc z całego kraju. Wyniki dotyczące zatruc omówione zostały w drugim rozdziale

Definicje, historia problemu, prawo

Na początek przyjrzyjmy się temu co oznacza sam termin „dopalacze”. Jest to zwyczajowe określenie odnoszące się do grupy produktów zawierających substancje psychoaktywne nie znajdujące się pod kontrola prawna na mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Substancje te zbliżone w działaniu do narkotyków, czyli substancji kontrolowanych na mocy wspomnianej ustawy. Nazwa pochodzi do pierwszego sklepu internetowego www.dopalacze.com oferującego te produkty od mniej więcej 2008r. W krajach europejskich za odpowiednik naszych „dopalaczy” można uznać termin *legal highs*. Oba te potoczne określenia bezpośrednio związane są tzw. *designer drugs* (narkotyków projektowanych) nieodłącznie kojarzonych z nazwiskiem Aleksandra Shoulgina, chemika i farmakologa, który już w latach 70-tych zajmował się syntezowaniem substancji z grupy fe-

netylamin (do grupy tej należy amfetamina) oraz w oparciu o eksperymenty na sobie oraz swoich znajomych i przyjaciółach opisywaniem jak zmiany struktury chemicznej wpływały na działanie psychoaktywne substancji. Od tamtego czasu narkotyki projektowane z coraz większą częstotliwością zaczęły pojawiać się na rynku europejskim i światowym. Początkowo pojawiały się one na nielegalnym rynku narkotykowym jako zastępcze substancje do produkcji znanych narkotyków takich jak ekstazy (zwyczajowo zawierające MDMA). Zjawisko to zyskało na sile wraz ze wzrostem popularności ekstazy pod koniec lat 90-tych i na początku nowego milenium. Ponadto były także używane przez bardzo wąskie grupy hobbystów-eksperymentatorów. Wtedy na szerszą skalę zaczęto używać określenia nowe narkotyki syntetyczne (później nowe narkotyki) dla określenia grupy substancji będących poza kontrolą międzynarodowego prawa narkotykowego. Obecnie to określenie uznawane jest powszechnie za prawidłowe nazewnictwo tego typu związków. W tamtym okresie w Europie odnotowywano kilka nowych substancji rocznie. Sytuacja ta zaczęła się diametralnie zmieniać od mniej więcej 2008r. W 2009r. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w wyniku działania unijnego systemu wczesnego ostrzegania o nowych narkotykach (EWS) odnotowało 24 nowe substancje. W kolejnym roku liczba ta wzrosła do 41 substancji. W 2011 roku liczba nowych substancji sięgnęła 49 substancji, a w 2012 ponad 50-ciu. W okresie tym zdecydowanie rozwinął się rynek tych substancji głównie za sprawą handlu poprzez Internet. (EMCDDA 2012). W latach 2014–2015 było to już po około 100 substancji rocznie (EMCDDA 2016). Zjawisko nowych substancji psychoaktywnych w tym okresie dynamicznie się rozwijało także w Polsce. Od opisywanego 2008r i otwarcia witryny www.dopalacze.com zaledwie na przestrzeni dwóch lat powstało w większości miast w Polsce ponad 1300 sklepów stacjonarnych oferujących produkty zwane „dopalaczami”. Początkowo wprowadzane zmiany prawne mające na celu ograniczenie zjawiska poprzez dodawanie nowych substancji od załączników substancji zakazanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii nie przyniosły spodziewanych skutków (Kidawa 2012). W związku ze zidentyfikowanym rosnącym zagrożeniem dla zdrowia publicznego, głównie w oparciu o informacje o rosnącej liczbie zatruć, w październiku 2010r. Główny Inspektor Sanitarny działając na mocy art. 27 ustawy 1 i 2 oraz art. 31a z dnia 14 marca 1985 o państwowej inspekcji sanitarnej¹ wydał decyzję o zamknięciu sklepów i hurtowni zajmujących się wprowadzaniem tzw. dopalaczy do obrotu. W ramach przeprowadzonej akcji zamknięto 1378 punktów (Kidawa 2010). W październiku wprowadzono także dość znaczące zmiany do polskiego prawa narkotykowego. Rząd w trybie przyspieszonym przygotował nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która weszła w życie z dniem 27 listopada 2010 roku (Dz. U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396). Ustawa przede wszystkim wprowadziła

¹ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.)

definicję środka zastępczego, który obecnie rozumiany jest jako *substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów*. Ponadto na mocy art. 44b ustawy wprowadzono zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Złamanie tego zakazu jest obwarowane karą administracyjną o znacznej wysokości (od 20000 do 1000000 złotych) a nadzór nad przestrzeganiem przepisów został zaliczony do kompetencji Głównego Inspektora Sanitarnego. Ponadto nowelizacja ustawy w artykule 27b, wprowadziła możliwość wycofania produktu z rynku na okres 18 miesięcy, w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że produkt może być niebezpieczny dla zdrowia. Okres ten ma w założeniu służyć badaniom i weryfikacji ich szkodliwości.

Czy przepisy te przyniosły oczekiwane przez ustawodawcę efekty? W ocenie tego zagadnienia użyteczne mogą być dane zebrane oraz przeanalizowane poniżej. Ponadto warto przyrzeć się bliżej jaki obraz samego zjawiska można zbudować w oparciu o analizy dostępnych danych na temat charakteru i dynamiki zjawiska konsumpcji nowych substancji psychoaktywnych.

Używanie „dopalaczy” w świetle badań Młodzież 2008–2013

Tematyka nowych substancji psychoaktywnych zaczęła pojawiać się w badaniach społecznych w Polsce w 2008 r. Jednym z pierwszych pomiarów skali zjawiska używania tzw. dopalaczy były zrealizowane pod koniec 2008r przez Fundację CBOS we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii badania „Młodzież 2008”. Pomiar powtórzono następnie w 2010 r i 2013 (Malczewski 2014). Badanie terenowe zostały przeprowadzone na przełomie października i grudnia na reprezentatywnej próbie uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (18–19 lat). Próba badawcza mieściła się w granicach ok 1200 uczniów. Badanie zrealizowano metodą ankiety audytoryjnej. Poza wieloma innymi kwestiami w badaniach zapytano respondentów o własne doświadczenia z różnymi substancjami psychoaktywnymi, w tym z „dopalaczami”. Standardowo zastosowano pytania dotyczące używania substancji kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz w ciągu ostatnich 30 dni. W 2008 roku po „dopalacze” sięgnęło 4% uczniów, a w 2010 odsetek wzrósł do 11%. Do kontaktu z „dopalaczami” w ciągu roku poprzedzającego badanie z 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2%). Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu kiedykolwiek w życiu przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku to jest 5,2% (spadek z 11%), ponad trzy razy mniejszy odsetek badanych używał

w ciągu ostatniego roku (spadek z 7% w 2010 do 2% w 2013), jak również odsetek osób sięgających w ciągu ostatnich 30 dni powrócił do wartości z 2008 roku to jest: 1%. Przyjrzyjmy się jakie osoby wśród badanych częściej sięgały po „dopalacze”. Większy odsetek chłopców (7,7%) niż dziewcząt (2,7%) miał kontakt z tymi substancjami. Sytuacja różni się jeżeli przyjrzymy się typowi szkoły, do której uczęszcza młodzież. Najwyższy wskaźnik odnotowano w szkołach zawodowych. Co dziesiąty uczeń zasadniczej szkoły zawodowej (9%) miał kontakt z „dopalaczami”. Najmniejszy, ponad połowę mniejszy odsetek zarejestrowano w przypadku uczniów liceów ogólnokształcących (4,1%). Najczęściej po „dopalacze” sięgali uczniowie z dużych miast (ponad 500 tysięcy mieszkańców) – 7,8%, a najrzadziej mieli kontakt uczniowie z małych miast do 20 tysięcy uczniów (3,6%). Niewiele większy odsetek odnotowano w przypadku wsi (4,5%). Widać również różnice w przypadku oceny materialnej rodziny zadeklarowanej przez respondentów w ankiecie. Odsetek uczniów, którzy mieli kontakt z „dopalaczami” był o wiele mniejszy wśród tych którzy oceniali swoje warunki jako bardzo dobre (około 4,7%), raczej dobre (4,1%) lub średnie, przeciętne (4%) niż złe (11,7%) lub bardzo złe (12,2%). Dość zaskakujące odpowiedzi uzyskano na pytanie o udział w praktykach religijnych. Uczniowie, którzy zadeklarowali częsty udział w takich praktykach (kilką razy w tygodniu) w niewiele mniejszym stopniu mieli kontakt z „dopalaczami” (6,7%) niż osoby, które w ogóle w nich nie uczestniczą (8,9%). Najmniejszy odsetek odnotowano wśród uczniów biorący udział w praktykach religijnych przeciętnie jeden, dwa razy w miesiącu: 2,3%. Jednakże osoby deklarujące się jako niewierzący stanowili o wiele większą grupę użytkowników „dopalaczy” (9,3%) niż osoby, które określiły siebie jako głęboko wierzący (5,7%) (Malczewski 2014). Pomiar z 2013 roku pokazuje, że zamknięcie sklepów, miało wpływ na poziom używania „dopalaczy” wśród młodzieży. Według badania z 2013 roku spadła również dostępność do „dopalaczy”. W 2010 roku ponad co trzeci badany deklarował łatwy dostęp do „dopalaczy”, gdy w 2013 roku co piąty. Ponadto o 6 punktów procentowych wzrosły odsetki badanych, którzy określili jako niemożliwe zdobycie „dopalaczy” (25%) oraz jako trudne (28%). W tym samym czasie, to jest między 2010 a 2013 w opinii badanych dostępność do marihuany nie uległa zmianie (Malczewski 2014a). W badaniu z 2010 roku uczniom zadano dodatkowe pytania o „dopalacze”, miały one na celu oszacowanie skali nowego zjawiska w Polsce. Pierwszą kwestią poruszoną w badaniu była znajomość terminu. O „dopalaczach” słyszało 80% badanych w 2013 roku (90%), a co ósmy (12%) był w sklepie z „dopalaczami” (27% w 2010). Spośród tych, którzy byli w takich sklepach, 40% dokonało tam zakupu (40% również w 2010). Przedmiotem pomiaru była również kwestia rodzajów produktów kupowanych przez uczniów. Spośród tych, którzy dokonali zakupu, 65% uczniów kupowało mieszanki ziołowe, 13% pigułki lub tabletki, 23% proszki. Wyniki pokazują, że młodzież najczęściej sięgała po syntetyczne kannabinoide, które w przeciwieństwie do marihuany można śmiertelnie przedawkować. Należy podkreślić, że

część uczniów, która deklarowała zakup „dopalaczy”, nie podała rodzaju zakupionego środka ani jego nazwy. Sprzedaż „dopalaczy” prowadzona jest również przez Internet. W ten sposób zakupu dokonał 1% ogółu badanych w obydwu pomiarach to jest w 2010 i w 2013 (Malczewski 2014a). Widać zatem, że pomimo zamknięcia sklepów w 2010 roku Internet jako źródło zaopatrzenia było dość rzadko używany przez badaną młodzież.

Używanie „dopalaczy” – w świetle badań ESPAD

Kwestia dopalaczy była także jednym z zagadnień poruszanych w ramach badań realizowanych w ramach europejskiego programu badań ESPAD w 2011 roku i 2015 roku. Przyjrzyjmy się zatem jak wygląda używanie w dwóch innych grupach wiekowych niż we omówiony wcześniej badania to jest wśród młodzieży III klas gimnazjów oraz II klas szkół ponadgimnazjalnych. Badania ESPAD zostały zrealizowane na reprezentatywnej próbie młodzieży w wieku 15–16 oraz 17–18 lat w Polsce na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wyniki badania zostały przedstawione w tabeli 1.8.1. Odsetki młodszych badanych używających „dopalacze” są na tym samym poziomie w obydwu pomiarach w przypadku używania kiedykolwiek w życiu oraz w ciągu ostatniego roku. W przypadku starszych uczniów odnotowano spadek używania. Jedyny wyjątek to używania w ciągu ostatnich 30 dni, gdzie odnotowujemy podobny poziom lub wzrost używania (młodszy badani).

Tabela 1.8.1. Używanie „dopalaczy” przez młodzież szkolną (%) – wyniki badania ESPAD

Klasa		2011	2015
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	10,5	10,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	7,1	6,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,5	4,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	15,8	12,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	9,0	6,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,2	3,0

Źródło: Sierosławski 2015

Badania ESPAD zostały przeprowadzone w połowie województw w Polsce co pozwala na porównanie sytuacji pomiędzy regionami (tabela 8.2). Porównajmy wskaźniki używania w ciągu ostatniego roku „dopalaczy”. Wśród młodszej grupy

wiekowej najwyższe odsetki użytkowników (powyżej odsetka ogólnopolskiego) odnotowano województwach: mazowieckim (9%), kujawsko-pomorskim (8%) oraz zachodniopomorskim (8%). W starszej grupie wiekowej największe rozpowszechnienie nowych substancji odnotowano w województwie lubelskim (8,7%) oraz mazowieckim (8%) (Dąbrowska, K., Sierosławski, J. 2015).

Tabela 1.8.2. Używanie „dopalaczy” przez młodzież szkolną w dziewięciu województwach

poziom klasy		Lubelskie	Dolno- śląskie	Kujawsko- Pomorskie	Małopolskie	Mazowiec- kie	Opolskie	Śląskie	Święto- krzyskie	Zachodnio- pomorskie
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	10,6	8,4	11,3	8,4	11,8	8,2	10,7	8,7	12,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	6,5	5,2	8,0	6,9	8,6	5,6	6,5	6,9	7,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	4,1	3,0	4,9	4,3	6,2	3,9	2,9	4,8	4,8
II klasy szkół ponadgim- nazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	16,0	10,9	12,1	8,7	13,3	12,3	15,3	12,3	13,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	8,7	4,6	5,6	4,7	8,0	5,3	7,4	7,2	6,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	3,8	2,7	2,9	2,9	4,5	2,9	3,7	4,2	3,2

Źródło: Dąbrowska, K., Sierosławski, J. 2015.

Używanie „dopalaczy” w populacji generalnej

Na przełomie 2014 i 2015 roku przeprowadzano ostatnie badania w populacji generalnej, w ramach których pytano o używanie „dopalaczy”. Badania zostały przeprowadzone przez Fundację CBOS metodą wywiadów kwestionariuszowych realizowanych przez ankieterów w drodze indywidualnych osobistych kontaktów (face-to face interview) na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie dorosłych mieszkańców Polski w wieku 15–64 lat. Raport dotyczący używania substancji psychoaktywnych zostało opracowany przez Centrum Informacji KBPN. Do używania „dopalaczy” kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku „dopalacze” używało 0,5% badanych a miesiąca 0,2%. Połowa badanych (46%), która używała „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku używała ich w formie proszku lub tabletek. W znacznie mniejszym stopniu zażywane były: mieszanki ziołowe (17%), „dopalacze” w formie płynu (17%) oraz w innej formie (17%). Co trzeci osoba kupiła „dopalacze” w Internecie (32%). Były również osoby, które zaopatrzyły się w „dopalacze” w specjalnym sklepie (17%). Ponad połowa badanych zadeklarowała, iż kupiła lub dostała je od znajomego (60%). Ze względu na małą grupę użytkowników „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku wyniki dotyczące formy „dopalaczy” oraz miejsca zakupu należy traktować z ostrożnością. Respondencie proszeni o nazwy „dopalaczy” podawali: Kryształ 3MMC oraz JHW. Pierwsza substancja jest z grupy syntetycznych katynonów a druga należy do grupy syntetycznych kana-

binoidów (Malczewski, Misiurek 2015). Po raz pierwszy zapytano o używaniu „dopalaczy” w ramach badania w populacji generalnej dotyczącego używania substancji psychoaktywnych w 2010 roku. O używanie „dopalaczy” pytane były osoby, które były wcześniej w sklepie z „dopalaczami”. Wśród populacji 15–64 lata używanie „dopalaczy” zadeklarowało 3,4% badanych. W województwie dolnośląskim odsetek był jednym z wyższych 3,4% a łódzkim najniższy 0,3% (Malczewski 2012).

Wyniki międzynarodowego badania I-TREND on-line

Międzynarodowy projekt badawczy I-TREND (*Internet tools for research in Europe on new drugs*) sfinansowany został z funduszy unijnych (Directorate-General Justice, Directorate A) oraz środków przeznaczonych na finansowanie nauki w latach 2013–2015 przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W realizacji tego projektu wzięło udział pięć krajów, reprezentowane przez różne instytucje: Francuskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień (OFDT – lider projektu), Wydział Medycyny Uniwersytetu Karola (Czechy), Trimbos Instytut (Holandia), Północno-Zachodnie Centrum Obserwacji Zdrowia (NWPHO – Wielka Brytania) i Uniwersytet SWPS (Polska). Celem projektu było uzyskanie istotnych informacji dla profilaktyki i redukcji kosztów społecznych, jakie pociąga za sobą używanie nowych substancji psychoaktywnych (NPS – tzw. dopalaczy). W projekcie I-TREND zajęto się badaniem źródeł internetowych jak: fora użytkowników czy sklepy internetowe (Sałustowicz, Malczewski 2015). Jednym z elementów projektu było przeprowadzenie badań sondażowych wśród użytkowników NSP w czterech krajach: Czechach, Holandii, Francji i Polsce. W badaniu zastosowano ankietę internetową, która była wypełniana przez zainteresowane wzięciem udziału w badaniu osoby. Badania ankietowe w Internecie zostały przeprowadzone w drugiej połowie 2014 roku i objęły łącznie 2323 osoby, które zostały zidentyfikowane jako użytkownicy „dopalaczy” (1355 osób z Polski, 536 z Francji, 266 z Holandii i 166 z Czech). Badanie nie było reprezentatywne, jednakże po raz pierwszy dostarczyło informacji na temat zachowań i doświadczeń użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. W rozdziale przedstawione zostały wyniki dotyczące Polski. Respondenci pytani byli o okoliczności ostatniego zażycia nowych substancji psychoaktywnych. Badani mieli wskazać jedno miejsce z wymienionych w ankiecie. Polscy użytkownicy najczęściej zażywali nowe substancje psychoaktywne w grupie znajomych poza domem lub na podwórku (35%). Jednakże nie wiele mniejsza grupa osób sięgała po NSP w domu w grupie znajomych (30%). Rzadko osoby zażywały nowe substancje psychoaktywne same (15%). Warto zwrócić uwagę, że niewielkie odsetki wskazywały na używanie w szkole lub w pracy (4%). Przedmiotem pomiaru były również sposoby przyjmowania nowych substancji psychoaktywnych. Dwie najbardziej popularne metody zażywania nowych substancji psychoaktywnych zadeklarowało blisko połowa badanych: palenie 49% badanych a wciągania no-

sem taki sam odsetek 48%. Kilkanaście procent przyznało się do jedzenia nowych substancji psychoaktywnych (16%). Zażywanie iniekcyjne nie było zbyt popularne (2%). W ankiecie I-TREND pytaliśmy się czy osoby używające ostatni raz nowej substancji psychoaktywnej czuły się niedobrze w wyniku ich zażycia. 48% respondentów z Polski odpowiedziało twierdzącą. Biorąc pod uwagę, jak dużą liczbę zatruć mieliśmy w 2015 roku zaskakuje, że tak niewiele osób, które czuły się źle po zażyciu nowej substancji psychoaktywnej szukała pomocy medycznej (6%) Odsetki zostały wyliczone wśród osób, które poczuły się źle. Jednym z zagadnień badania I-TREND była kwestia posiadania wystarczających informacji na temat używanego ostatni raz „dopalacza”. Największy odsetek respondentów przyznał się, że miał wystarczającą informacji na temat sposobu przyjmowania nowych substancji psychoaktywnych (83%). Co nie jest zaskakujące ponieważ nowe substancje psychoaktywne mogą być przyjmowane w różny sposób i aby się nimi odurzyć trzeba wiedzieć jak je zażyć. Jednakże tylko 53% badanych miało informację jaka jest bezpieczna dawka. Prawie połowa zatem nie wiedziała ile należy przyjąć nowej substancji aby można było być pewny, iż się nie przedawkuje. Także 55% respondentów miało wystarczającą informację na temat ryzyka zdrowotnego związanego z zażywaniem przez nich nowej substancji. Wyniki badania pokazują, że użytkownicy „dopalaczy” nie mają dużej wiedzy na temat substancji po które sięgają. Warto zastanowić nad działaniami z zakresu informacji i edukacji a przede wszystkim redukcji szkód adresowanych do użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Największy odsetek polskich respondentów wskazał ciekawość jako powód zażycia nowej substancji psychoaktywnej (74%) oraz, że zdarzyła się taka okazja (75%). Co trzeci badany otrzymał substancję za darmo (33%). Prawie co piąty badany kupił w sklepie stacjonarnym (17%). Trochę mniejszy odsetek kupił od znajomego, który nie jest dilerem (14%). Badani zaznaczali najważniejsze powody wyboru sklepu do zakupu NSP. Na pierwszym miejscu były porady innych użytkowników (52%) a na drugim pozytywne doświadczenia ze sklepem (44%). Dobra strona internetowa z komentarzami klientów była ważna dla 40% badanych. Głównym źródłem informacji o NSP dla badanych są przede wszystkim znajomi (30%) oraz forum w Internecie (29%). Jednakże taki sam odsetek zadeklarował, iż nie ma żadnych informacji o NSP (30%). Ponadto 25% badanych wyraziło opinię, że nie potrzebuje żadnych informacji.

„Dopalacze” wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek

Poza badaniami epidemiologicznymi w przypadku analizy nowych zjawisk wykorzystywane są wszelkie możliwe inne wskaźniki dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Przekładają się one na budowanie po kawałku obrazu zjawiska. Na początek chciałbym omówić wyniki badań realizowanych w progra-

mach niskoobrotowych. Jednak należy to opatrzyć krótkim wstępem. Wszelkie doniesienia, np. prasowe, informacje ze środowiska terapeutów, analizy forów internetowych itp. – wskazywały na fakty, że głównymi odbiorcami „dopalaczy” są ludzie młodzi, raczej dobrze zintegrowani społecznie. W ramach corocznych spotkań z programami party i street workerskimi w ramach działalności Centrum Informacji KBPN od kilku lat organizowana jest sesja poświęcona nowym zjawiskom na cenie narkotykowej, w ramach których organizowane są wywiady grupowe lub dyskusje moderowane. W sesjach uczestniczą osoby pracujące bezpośrednio w środowisku narkomanów (street working) jak i wśród klubowiczów (party working) prezentują swoje obserwacje dotyczące zmian zachodzących na scenie narkotykowej. W ramach tych sesji w 2009r. street workerzy przynajmniej w kilku lokalizacjach wskazali na nowe zjawisko wśród zmarginalizowanych użytkowników narkotyków z którymi pracują, a mianowicie rosnąca skalę iniekcyjnego używania „dopalaczy” głównie mefedronu lub innych z grupy syntetycznych katynonów. Na podstawie tych informacji zdecydowaliśmy się dodać do prowadzonych co dwa lata badań wśród klientów programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek) do kafeterii zawartej w kwestionariuszu pytanie o używanie mefedronu oraz innych katynonów. W rozdziale przedstawione zostały wyniki dla pierwszego i ostatniego pomiaru (Malczewski, Misiurek 2016). Respondenci pytani byli o używanie poszczególnych substancji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Analiza dotyczy osób, które w ciągu ostatniego miesiąca choć raz zażyły narkotyki w iniekcji. W tabeli 1.8.3 przedstawione zostały wyniki dotyczące używania poszczególnych substancji psychoaktywnych. W 2008 r. największy odsetek badanych używał amfetaminy (68%) oraz polskiej heroiny (tzw. kompotu – 61%). Były to dwie najbardziej popularne substancje, które są również używane w iniekcjach. Ponadto 54% badanych wskazało na używanie heroiny. W przypadku tych dwóch najbardziej popularnych substancji nastąpił wyraźny spadek w 2014 r. Używanie „kompotu” zadeklarowało trzy razy mniej badanych (20%), a w przypadku heroiny również nastąpił wyraźny spadek z 54% do 35%. Jeżeli weźmiemy pod uwagę jakiegokolwiek opiaty, to w 2008 r. sięgało po nie 80%, a w 2014 r. połowa badanych (48%). Zmniejszyło się także używanie amfetaminy z 68% do 45% oraz MDMA z 12% do 7%. W badaniu w 2008 r. w kwestionariuszu nie zawarto pytania o używanie „dopalaczy”, można jednak przypuszczać, iż rozpowszechnienie przyjmowania tych substancji było na niewielkim poziomie. W 2014 r. używanie mefedronu zadeklarowało 46% badanych, natomiast innych katynonów 25%. Jakakolwiek nowa substancja psychoaktywna – NSP (tzw. „dopalacz”) była używana przez 60% badanych. Wyniki badania wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek pokazują, że NSP zaczęły zastępować tradycyjne narkotyki. Według pomiarów nastąpił spadek używania tradycyjnych narkotyków takich jak heroina czy amfetamina a wzrost nowych substancji psychoaktywnych.

Tabela 1.8.3. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni (%) przez klientów programów wymiany igieł i strzykawek

	2014 (n=246)	2008 (n=581)
heroína	35	53,5
polska heroína	20,3	61,4
metadon	51,2	29,8
buprenorfina	4,9	5
mefedron	46,3	b.k.
inne katynony	25,2	b.k.
kokaina/crack	9,8	7,9
amfetamina	45,1	67,8
ekstazy/mdma	7,3	12,4
metkatynon	8,1	b.k.
barbiturany	15,4	24,6
benzodiazepiny	60,6	43,5
marihuana/haszysz	35,8	39,6
alkohol	77,2	58,3

Źródło: Malczewski, Misiurek 2016

Badani zostali ponadto zapytani jaka substancja była dla nich najbardziej problemowa. Wyniki pomiaru pokazują na zmniejszenie się skali używania problemowego opioidów. W 2008 r. 68% użytkowników narkotyków wskazało na substancję z tej grupy, podczas gdy w 2014 r. odsetek ten był o połowę mniejszy: 34%. O ponad połowę spadł odsetek respondentów wskazujących na amfetaminę jako substancję najbardziej problemową z 18% w 2008 r. do 7% w 2014 r., wzrósł natomiast odsetek osób deklarujących jako najbardziej problemowy środek alkohol z 6% do 13%). Tradycyjne narkotyki są coraz częściej zastępowane przez „dopalacze”. W 2014 r. 28% badanych wskazało nowe substancje psychoaktywne jako najbardziej problemowe. Odsetek ten był niewiele mniejszy od opioidów 34%.

Podsumowanie i wnioski dla monitorowania

Omówione powyżej zagadnienie nowych narkotyków, zwyczajowo zwanych „dopalaczami” pokazuje, jak przy stosunkowo niewielkich nakładach oraz z wykorzystaniem wielu źródeł danych jednocześnie można się pokusić o zbudowanie ogólnej charakterystyki zjawiska. Na podstawie takich danych można także zrozumieć i scharakteryzować dynamikę zjawiska. Oczywiście zaprezentowane dane wskazują także bardzo dokładnie deficyty, jakie są w danych. Brak jest np. charakterystyki użytkowników, pogłębionych informacji o sposobie oraz wzorach przyjmowania substancji oraz o podaży oraz o rynku tych substancji. Dane

nie przedstawiają także powodów i motywacji do sięgania po dopalacze. O ile na poziomie analiz na terenie całego kraju jest dość trudna ze względu na zróżnicowanie terytorialne, o tyle na poziomie lokalnym wszelkie te luki można wypełnić w drodze względnie tanich analiz jakościowych takich jak wywiady z kluczowymi informatorami, czy wywiady pogłębione z terapeutami, użytkownikami, policjantami oraz wieloma innymi grupami. Pogłębienie tych informacji oraz powtarzalność pomiarów leżąca u podstaw „ugruntowania naszych teorii” (patrz monitorowanie nowych trendów) pozwoli monitorować oraz identyfikować nowe trendy i dzięki temu prowadzić mądrą, dopasowaną do potrzeb lokalną politykę narkotykową. Mogą także pomóc w odpowiedzi na pytanie o skuteczność podejmowanych działań i inicjatyw.

Bibliografia

- EMCDDA 2012 „SPRAWOZDANIE ROCZNE 2012: NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA 1. Agencja UE ds. narkotyków wyraża obawy związane ze złożonym rynkiem substancji stymulujących oraz dużą ilością proszków i pigułek” Notatka informacyjna Agencji UE ds. narkotyków, Lisbona 2012
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2016), Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- Dąbrowska, K., Sierosławski, J. (2015). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną.” Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie lubelskim 2015 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2015. Warszawa
- Kidawa, M. (2012). Zjawisko Nowych narkotyków w świetle rozwiązań prawnych w Polsce – analiza krytyczna. Serwis Informacyjny Narkomania. 60 (4), 19–23.
- Malczewski, A, (2012) Historia nowych substancji psychoaktywnych, definicje, formy kontroli, podjęte działania, efekty działania – prezentacja ppt z konferencji dla gmin w Wrocławiu, 22–23 marca 2012.
- Malczewski, A. (2014), „Młodzież a substancje psychoaktywne” w: Grabowska, B. i inni (2014), Młodzież 2013. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=673746
- Malczewski, A. (2014a), Polska młodzież a narkotyki i „dopalacze”. Remedium nr 5 (254), str. 26–27
- Malczewski, A., Misiurek, A, (2015) Używanie narkotyków i „dopalaczy” w populacji generalnej. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 4, str. 32–37

Malczewski, A., Misiurek, A. (2016) Użytkownicy narkotyków w iniekcjach w 2008 i 2014 roku. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1 (73), str. 27–29.

Sierosławski, J. (2015) „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną.” Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2015.

Sałustowicz P, Malczewski A. (2015) Online survey for people who use new psychoactive substances. International survey report. Internet Tools for Research in Europe on New Drugs (I-TREND): interdisciplinary and integrated approaches to substances, users and markets. Warszawa. 2015; nieopublikowany, dostępny na stronie internetowej: https://www.academia.edu/19354346/International_survey_report_-_NPS_Users

Fijałek, Z., 2011. The approach adopted by the National Medicines Institute for determination of new psychoactive substances; Legal Highs, Designer Drugs (DDs) zaprezentowane podczas Visits of High-level Polish delegation in EMCDDA. Lizbona 7–8 marca 2011

Akty prawne:

Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 roku (Dz. U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396)

1.9. Przykład raportu gminnego prezentującego wyniki monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym

Raport Gminny służy prezentacji wyników monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na terenie gminy, a także postępów prac nad wdrażaniem monitoringu. Raport opracowywany jest przede wszystkim na potrzeby lokalne, jednak jego ustalenia stanowią także istotny wkład w monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w skali kraju, a nawet w wymiarze europejskim. W raporcie powinny zostać poddane analizie wszystkie dostępne dane na temat problemu narkotyków i narkomanii w gminie, a także kontekstu społeczno-kulturowego w jakim się rozwija oraz doświadczeń w przeciwdziałaniu. Analizy powinny zmierzać do uzyskania obrazu rozmiaru i charakteru problemu oraz jego dynamiki. Porównania z innymi, podobnymi gminami powinny pozwolić na lepsze zrozumienie sytuacji we własnej gminie. Celem analiz jest sformułowanie wniosków i rekomendacji dla lokalnej polityki społecznej i zdrowotnej w obszarze problemu narkotyków i narkomanii. Raport powinien zawierać także informacje o postępie prac nad wdrażaniem monitoringu rozumianego jako stałe śledzenie zjawiska. Poniżej przedstawiony został proponowany schemat raportu z monitorowania opracowany przez Centrum Informacji KBPN.

Informacje techniczne:

- strona tytułowa (autor raportu, tytuł, rok),
- spis treści (zgodnie ze schematem raportu),
- długość: 20–30 stron raportu,
- opisywane wykresy i tabele zaleca się umieszczać w tekście, a nie w aneksach,
- tabele, z których przywołuje się jedynie pojedyncze dane, sugerujemy umieszczać na końcu raportu,
- podając dane zawsze należy wskazywać źródło ich pochodzenia,
- Format: czcionka Times New Roman 12, odstępy między wierszami 1,5

SCHEMAT RAPORTU GMINNEGO

SPIS TREŚCI

- I. WPROWADZENIE
- II. STAN PRAC NAD WDRAŻANIEM MONITORINGU PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W GMINIE
 1. Organizacja monitoringu
 2. Zakres dostępnych danych i ich ocena
 3. Plany badawcze
- III. CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA I TRENDÓW
 1. Używanie narkotyków w populacji generalnej
 2. Problemowe używanie narkotyków
 3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne
 4. Postawy wobec narkotyków i narkomanii
 5. Dostępność narkotyków
- IV. OPIS I OCENA POSIADANYCH ZASOBÓW ORAZ PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ
 1. Ograniczanie popytu
 - 1.1. Profilaktyka
 - 1.2. Leczenie i rehabilitacja
 - 1.3. Readaptacja społeczna
 - 1.4. Ograniczanie szkód
 2. Ograniczanie podaży
- V. WNIOSKI I REKOMENDACJE
- VI. STRESZCZENIE
- VII. BIBLIOGRAFIA
- VIII. ZAŁĄCZNIKI

ZAWARTOŚĆ RAPORTU

I. WPROWADZENIE

- wprowadzające informacje o gminie (podstawowe dane społeczno-demograficzne, położenie geograficzne, stopień urbanizacji, itp.)
- prezentacja czynników specyficznych dla gminy, które mogą się wiązać ze zjawiskiem narkomanii, np. wysoki wskaźnik bezrobocia, usytuowanie przygraniczne, itp.

II. STAN PRAC NAD WDRAŻANIEM MONITORINGU PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W GMINIE

1. Organizacja monitoringu

- Opis struktur organizacyjnych monitoringu
- Opis przepływu danych
- Opis sposobu analizy danych i opracowywania raportu

2. Zakres dostępnych danych

- Opis wskaźników (dane z map informacyjnych)

3. Plany badawcze

- Luki informacyjne
- Zakres planowanych badań

III. CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA I TRENDÓW

1. Używanie narkotyków w populacji generalnej

- Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych (w populacji ogólnej gminy, wśród młodzieży szkolnej, w wybranych grupach społecznych)
- Wiedza o substancjach psychoaktywnych (znajomość narkotyków)
- Potencjalny popyt na narkotyki (chęć spróbowania)

2. Problemowe używanie narkotyków

- oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w gminie,
- wzory problemowego używania narkotyków
- profile problemowych użytkowników narkotyków
- zgłaszalność do leczenia w gminie z powodu narkotyków (profile osób przyjętych do leczenia, powody zgłoszenia),

3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne

- choroby zakaźne wśród użytkowników narkotyków: zakażenia HBV, HCV, HIV,
- zgony z powodu narkotyków,
- marginalizacja społeczna,
- przestępczość wśród problemowych użytkowników narkotyków
- inne problemy

4. Postawy wobec narkotyków i narkomanii

- Narkomania jako problem społeczny w gminie,
- Postawy wobec narkotyków i narkomanów (potępienie używania poszczególnych substancji,).

5. Dostępność narkotyków

- ocena dostępności poszczególnych substancji,
- częstość ekspozycji na kontakt lub propozycję kontaktu z narkotykami, poziom trudności zdobycia narkotyków,
- nielegalny rynek narkotykowy: ceny / czystość narkotyków.

IV. OPIS I OCENA POSIADANYCH ZASOBÓW ORAZ PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ W WOJEWÓDZTWIE

1. Ograniczanie popytu

1.1. Profilaktyka

- realizowane programy profilaktyczne (liczba podjętych działań, liczba zaangażowanych podmiotów, liczba odbiorców, przeznaczony i wydatkowany budżet),
- charakterystyka dynamiki rozwoju tych działań na terenie gminy,

1.2. Leczenie i rehabilitacja

- analiza struktury lecznictwa na terenie gminy (liczba i rodzaj placówek, systemy pomocy, koszty),
- dostępność leczenia i innych form pomocy

1.3. Readaptacja społeczna

- realizowane programy readaptacyjne, hostele, mieszkania chronione, Centra Integracji Społecznej,
- działania organizacji pozarządowych.

1.4. Ograniczanie szkód zdrowotnych

- programy wymiany igieł i strzykawek, partyworking, street-workerzy
- leczenie substytucyjne

2. Ograniczanie podaży

- walka z nielegalnym rynkiem narkotykowym,
- ujawnienia narkotyków (narkotyki zabezpieczone),
- ujawnianie i ściganie przestępstw związanych z narkotykami,
- regulowanie współpracy z przemysłem farmaceutycznym w zakresie kontroli nad wytwarzaniem i stosowaniem środków odurzających oraz ich prekursorów.

V. WNIOSKI I REKOMENDACJE

- oszacowanie stopnia zaspokojenia bieżących potrzeb za pomocą dostępnych zasobów,
- propozycje rozszerzenia lub selekcji posiadanych zasobów adekwatnie do potrzeb, zmian,
- wnioski powinny stanowić podsumowanie problematyki poruszanej w raporcie,
- wnioski należy precyzować odnośnie specyfiki gminy.

VI. STRESZCZENIE (1–2 strony)

- prezentacja aktualnej sytuacji w gminie oraz odpowiedzi władz samorządowych
- prezentacja najważniejszych opisanych w raporcie elementów, zagadnień charakterystycznych dla gminy oraz wniosków i rekomendacji.

VII. BIBLIOGRAFIA

VIII. ZAŁĄCZNIKI (nie wliczane do liczby stron raportu)

- np.: tabele, kwestionariusze, ankiety, wywiady, publikacje,
- wykaz skrótów,
- wykaz placówek np. z obszaru profilaktyki, z dokładnymi adresami.



Przeciwdziałanie narkomanii oraz „dopalaczom”



2.1. W poszukiwaniu nowej jakości w profilaktyce¹



Z **prof. Harrym SUMNALLEM** z Center for Public Health Uniwersytetu Johna Mooresa w Liverpoolu, rozmawia **Artur MALCZEWSKI**.

Artur Malczewski: Druga faza wdrażania Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) dobiegła końca. Jaki pana zdaniem był najistotniejszy wydźwięk tego projektu?

Prof. Harry Sumnall: W ramach drugiej fazy projektu EDPQS powstało wiele narzędzi, które ułatwią specjalistom pracującym w obszarze profilaktyki stosowanie standardów w swojej pracy w zakresie opracowywania programów profilaktycznych i tworzenia struktur organizacyjnych, podejmowania decyzji finansowych, jak również podnoszenia kwalifikacji zawodowych osób pracujących w obszarze profilaktyki. Sądzę, że wszystkie te kwestie są bardzo ważne, ale równie kluczowa jest ciągłość i trwałość naszych działań. Dlatego też za najistotniejsze uważam te efekty wdrażania Standardów, które dotyczą idei wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków i przekazywanie tej idei innym. Jestem ogromnym zwolennikiem profilaktyki, jednak rzeczywistość pokazuje, że w Europie mamy do czynienia z działaniami profilaktycznymi o niskiej jakości, które nie pomagają w wystarczającym stopniu grupom docelowym. Środki finansowe w znacznej mierze są wydawane nieefektywnie. Mam nadzieję, że Europejskie Standardy pomogą twórcom strategii i decydom wybrać rozwiązania oparte na solidnych dowodach naukowych, co w konsekwencji będzie miało pozytywny wpływ na życie wielu ludzi.

W Polsce ważną rolę w realizacji działań z zakresu profilaktyki uzależnień odgrywają samorządy gminne. Czy sądzi pan, że Europejskie Standardy mogą stać się użytecznym narzędziem dla tej grupy odbiorców?

Przedstawiciele samorządów i urzędnicy często muszą pełnić wiele ról jednocześnie, przez co mają odmienne priorytety aniżeli specjaliści zajmujący się

¹ Wywiad ukazał się w lipcowym numerze Świata Problemów z 2015 roku.

profilaktyką narkotykową, którzy o tych zagadnieniach myślą przez większość czasu w pracy. Społeczności lokalne niejednokrotnie stają w obliczu trudnych decyzji, w jaki sposób reagować na używanie narkotyków. W tym obszarze nie ma łatwych rozwiązań. Jest to szczególnie widoczne w przypadku podejmowania decyzji dotyczących realizacji konkretnych programów czy interwencji profilaktycznych. Wiele osób w takich przypadkach podejmuje działania, kierując się intuicją, w przeświadczeniu, że to są dobre decyzje. Często nie towarzyszy temu wsparcie w postaci dowodów naukowych w zakresie skuteczności danych działań bądź też działania te mogą mieć charakter krótkotrwały, co sprawia, że trudno jest nadać przeciwdziałaniu narkomanii odpowiedni rozmach. Myślę, że Europejskie Standardy mogą służyć lokalnym społecznościom, ponieważ w tym skomplikowanym obszarze wyznaczają jasny kierunek, w jakim należy podążać. Osoby odpowiedzialne za kreowanie profilaktyki narkotykowej otrzymują wieloetapowy instruktaż ułatwiający podejmowanie decyzji. Europejskie Standardy skłaniają użytkowników do postrzegania działań profilaktycznych w szerszym kontekście – umieszczania ich w obszarze ochrony zdrowia i podnoszenia jakości życia. Profilaktyka uzależnień od narkotyków musi być inwestycją długoterminową, ale nie oznacza to wieloletniego finansowania programów. Na pewno niezmiernie istotne jest, aby społeczności lokalne planowały działania jako długoterminową inwestycję w zdrowie.

W Polsce nadal borykamy się z problemem braku wystarczającej promocji i realizacji interwencji profilaktycznych opartych na dowodach naukowych. Jak w tej kwestii przedstawia się sytuacja w Wielkiej Brytanii?

Wdrażanie interwencji opartych na dowodach stanowi wyzwanie w całej Unii Europejskiej. W Wielkiej Brytanii istnieje duża świadomość dotycząca skutecznych działań z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków, natomiast nie wiąże się to automatycznie z finansowaniem i wdrażaniem takich działań. Myślę, że tak wygląda sytuacja w całej Europie. Mamy organizacje o zasięgu ogólnokrajowym typu Public Health England czy National Institute for Health and Care Excellence (NICE), które formułują wytyczne i standardy dla interwencji opartych na dowodach naukowych, ale nie oznacza to, że interwencji potrafią z nich korzystać. Na przykład – kilka lat temu NICE opublikował podręcznik na temat rodzinnej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Jednak z uwagi na fakt, że nie towarzyszył temu wzrost nakładów finansowych, nie dysponowaliśmy organizacjami ani wykwalifikowanymi osobami, które zawarte w podręczniku wytyczne, wdrożyłyby w praktykę. Kwestia finansowa dotyczy zresztą wszystkich krajów i nie jest to powód, dla którego należy rezygnować z działań opartych na dowodach naukowych. Rząd Wielkiej Brytanii realizuje obecnie politykę lokalizmu, w myśl której to lokalne społeczności i samorządy zachęcane są do prowadzenia działań prozdrowotnych i prospołecznych. Ma to swoje zalety, ponieważ oznacza, że społeczności mogą reagować na najpilniejsze potrzeby. Jednak lokalni sponsorzy

i decydenci nie posiadają odpowiednich umiejętności (ani czasu!) potrzebnych do adaptacji i interpretowania zaleceń i dowodów. Dlatego ważne jest zapewnienie narzędzi dodatkowych. Organizacje, takie jak Mentor UK, wspierają instytucje typu szkoły i organizacje pozarządowe, organizując warsztaty szkoleniowe, seminaria na temat dowodów naukowych oraz zapewniając praktyczny instruktaż, w jaki sposób korzystać z osiągnięć naukowych, podejmując działania praktyczne. Jestem pod wrażeniem rozwiązań wdrażanych na przykład w Czechach, dzięki którym profilaktycy otrzymują akredytacje i środki finansowe. Natomiast w Chorwacji do programów profilaktycznych przypisane są określone fundusze, których uruchomienie uzależnia się od przeprowadzenia szkoleń na temat profilaktyki opartej na dowodach naukowych. Patrząc z szerszej perspektywy, słaba implementacja działań opartych na dowodach naukowych nie ogranicza się jedynie do profilaktyki. Na przykład badania nad wytycznymi w ochronie zdrowia psychicznego pokazują, że mimo istnienia strategii zapewniających odpowiednie finansowanie i wsparcie, odsetek profesjonalistów wdrażających wytyczne oparte na dowodach sięga zaledwie 25%. Reasumując, społeczności lokalne mogą zwiększać możliwości podejmowania interwencji profilaktycznych opartych na dowodach naukowych poprzez: analizę lokalnych potrzeb i priorytetów, identyfikowanie potencjalnych barier i czynników sprzyjających, określanie dostępnych zasobów, formułowanie strategii wspierającej wdrażanie zaleceń oraz dbanie o przyjazny kontekst dla proponowanych zmian.

Jest pan członkiem Brytyjskiego Komitetu Doradczego ds. Nadużywania Narkotyków (ang. UK Advisory Council on the Misuse of Drugs – ACMD). W Polsce nie ma tego typu niezależnej organizacji eksperckiej. Czy mógłby pan przedstawić rolę ACMD oraz powiedzieć, w jaki sposób rząd brytyjski korzysta z doradztwa Komitetu?

Komitet Doradczy powstał w 1971 roku, kiedy w Wielkiej Brytanii wprowadzono podstawowy akt prawny dotyczący przeciwdziałania narkomanii, czyli *Misuse of Drugs Act*. Ustawa ta stanowi, że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (ang. Home Secretary) ma obowiązek zasięgać rady Komitetu Doradczego w przypadku, gdy rząd planuje objąć kontrolą nowe narkotyki, dokonać przeglądu istniejącego ustawodawstwa narkotykowego czy też pochylić się nad zagadnieniami związanymi z narkomanią. W skład Komitetu wchodzi osoby reprezentujące różne dziedziny: chemicy, farmakolodzy, specjaliści do spraw uzależnień, socjologowie i kryminolodzy, jak również specjaliści pracujący na co dzień w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Członkowie Komitetu są powoływani przez ministra spraw wewnętrznych na trzyletnią kadencję, jednak na okres nie dłuższy niż 9 lat. Komitet Doradczy prowadzi również działalność wydawniczą poświęconą szerokiemu spektrum zagadnień związanych z przeciwdziałaniem narkomanii, na przykład na temat redukcji szkód i programów wymiany igieł, profilaktyki, opioidowej terapii substytucyjnej czy też kwestii związanych z rodzinami bo-

rykającymi się z problemem narkotyków czy nadużywania leków. Jeśli chodzi o ustawodawstwo związane z przeciwdziałaniem narkomanii, to Komitet dokonuje przeglądu sytuacji społecznej i zdrowotnych szkód wywołanych przez daną substancję psychoaktywną (lub grupę substancji), a następnie formułuje rekomendacje dla ministra spraw wewnętrznych dotyczące klasyfikacji substancji pod względem prawnym (podstawa sankcji karnych) oraz jej kontroli (np. możliwość wykorzystania do celów medycznych i badawczych). Minister jest zobligowany do rozważenia tych rekomendacji, ale nie ma obowiązku stosowania się do nich. Na ogół jednak rząd bierze pod uwagę rekomendacje Komitetu, choć pojawiały się w tym względzie pewne różnice zdań. Na przykład Komitet zarekomendował, aby konopie indyjskie zostały sklasyfikowane jako narkotyk kategorii C, co skutkowałoby najłagodniejszymi sankcjami karnymi, natomiast ministerstwo nadało tej substancji kategorię B – surowsze kary. Podobna sytuacja zaistniała, kiedy to Komitet zarekomendował, aby nie obejmować ecstasy/MDMA kategorią A, ponieważ to zrównywałoby tę substancję w ustawodawstwie z tak niebezpiecznymi narkotykami jak heroina. Naturalnie takie sytuacje były w przeszłości źródłem kontrowersji, w wyniku czego pojawiły się postulaty, aby Komitet mógł mieć bezpośredni wpływ na ustawodawstwo narkotykowe. Osobiście uważam, że żyjemy w demokracji, a nie technokracji, wobec czego, oprócz dowodów naukowych musimy jeszcze uwzględnić szerszy kontekst w postaci na przykład zobowiązań międzynarodowych, opinii publicznej czy sytuacji politycznej.

Nowe substancje psychoaktywne (NSP), tzw. dopalacze, są nadal ważnym tematem w Polsce i Wielkiej Brytanii. Jednym z głównych wyzwań w tym obszarze jest redukcja popytu. Podczas warszawskiej konferencji² mówił pan, że profilaktyka uniwersalna w zakresie NSP nie jest najlepszym rozwiązaniem. Zaproponował pan, aby kierować interwencje do określonych grup. Czy mógłby pan szerzej wyjaśnić to zagadnienie?

Profilaktyka uniwersalna dotyczy populacji ogólnej, bez względu na zagrożenie narkotykami czy doświadczenie szkód. Typowym przykładem są kampanie medialne czy programy nauczania w szkołach. Tego typu rozwiązania mogą być skuteczne, jednakże ich efektywność jest na ogół niewielka i krótkotrwała, dlatego też najlepiej stosować je wobec substancji szeroko rozpowszechnionych, takich jak alkohol, tytoń, a nawet marihuana czy haszysz. Taki model profilaktyki z reguły skupia się na rozwijaniu technik asertywności czy nabywania ogólnych umiejętności życiowych, które można stosować w innych obszarach życia. Jednakże populacja użytkowników NSP jest stosunkowo nieliczna w porównaniu z osobami zażywającymi innych substancji psychoaktywnych. Dlatego też stoję na stanowisku, że podejmowanie działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej,

² Międzynarodowa konferencja zorganizowana przez Centrum Informacji KBPN oraz MCPS pn. „Minimalne standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki”, która odbyła się w Warszawie w dniach 10–11 czerwca 2015 roku.

konkretnie wobec użytkowników NSP, nie jest dobrym rozwiązaniem, ponieważ zbyt mało ludzi na tym skorzysta. Myślę, że programy uniwersalne powinny polegać na rozwijaniu umiejętności, podnoszeniu świadomości zdrowotnej i decyzyjności oraz obejmować swoim zasięgiem wiele zachowań ryzykownych. W momencie, gdy umiejętności te zostaną opanowane w ramach profilaktyki uniwersalnej, ludzie będą lepiej reagować na działania odnoszące się do konkretnych substancji. Z uwagi na fakt, iż używanie NSP i szkody z tym związane w ogólnym rozumieniu (choć nie zawsze) wykazują tendencję do występowania wśród osób, które miały już wcześniej kontakt z narkotykami i podejmują inne zachowania ryzykowne z nimi związane (np. politoksykomania i częste używanie, iniekcje narkotyków, konsumpcja substancji nieznanej pochodzenia) uważam, że lepszym rozwiązaniem jest stosowanie bardziej selektywnych i ukierunkowanych form redukcji popytu.

Dziękuję za rozmowę.

Angelina Brotherhood, Jeff Lee

Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, UK

2.2. Poradniki (Toolkits) wspierające Europejskie Standardy – produkty Fazy II projektu EDPQS (2013–2015)

Wstęp

I Faza projektu Europejskich Standardów w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) trwała od 2008 do 2010 roku. Uczestniczyło w niej 12 instytucji partnerskich z dziewięciu krajów. Partnerzy reprezentowali środowiska akademickie, podmioty odpowiedzialne za kreowanie polityki narkotykowej (np. krajowe instytucje odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii) oraz placówki z obszaru praktyki (np. lokalne ośrodki zdrowia). Celem projektu było opracowanie zestawu europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Powstałe standardy zostały wydane w formie Podręcznika (Brotherhood & Sumnall 2011) oraz Krótkiego Przewodnika (Brotherhood & Sumnall 2013) przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Publikacje te przetłumaczono na ponad 10 języków, w tym polski (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2011; Brotherhood i wsp. 2015). Projekt następczy – Faza II EDPQS był realizowany w latach 2013–2015 i objął swoim zasięgiem 15 instytucji partnerskich z 11 krajów. Celem tego przedsięwzięcia było opracowanie materiałów, które stanowiłyby wsparcie dla stosowania i wdrażania Europejskich Standardów w praktyce. Oba projekty były współfinansowane ze środków Unii Europejskiej.

W ramach opracowywania materiałów dodatkowych w Fazie II podjęto szereg działań, w tym: sześć studiów przypadku oceniających działania profilaktyczne i realizatorów wykorzystujących w swojej pracy Europejskie Standardy; przegląd 30 istniejących publikacji wspierających specjalistów z zakresu promocji zdrowia; ankietę internetową z udziałem 505 respondentów; grupy dyskusyjne z udziałem 151 uczestników jak również pilotażowe szkolenia w sześciu krajach UE z udziałem 99 uczestników reprezentujących różne grupy zawodowe (w tym z Polski).

Podjęte działania zaowocowały opracowaniem czterech poradników, które stanowią główny produkt Fazy II projektu EDPQS:

- Poradnik 1 – pomoc dla decydentów (np. sponsorzy, zleceńodawcy) w zakresie wyboru jakościowych inicjatyw z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków;
- Poradnik 2 – pomoc dla kierowników programów, twórców programów oraz innych praktyków w zakresie przeglądu i planowania działań profilaktycznych;
- Poradnik 3 – pomoc dla szkoleniowców w prowadzeniu szkoleń z zakresu standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków; oraz
- Poradnik 4 – pomoc dla koordynatorów i promotorów w zakresie opracowywania, adaptowania i rozpowszechniania standardów jakości na poziomie strategicznym.

Każdy poradnik składa się z części informacyjnej i praktycznej (np. listy kontrolne). Wszystkie poradniki dostępne są na stronie internetowej projektu: www.prevention-standards.eu.

Poniżej znajdują się podsumowania treści i praktycznych celów poszczególnych poradników.

Cztery Poradniki EDPQS

Poradnik (Toolkit) EDPQS 1: Finansowanie i Podejmowanie decyzji – Wybór jakościowych inicjatyw profilaktycznych pod kątem finansowania i wsparcia

Ten Poradnik (Felvinczi i wsp. 2015) przeznaczony jest dla decydentów (w tym twórców strategii, menedżerów strategii, realizatorów strategii, zleceńodawców i sponsorów) poruszających się w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków na szczeblu administracji rządowej, wojewódzkiej, powiatowej czy gminnej.

Poradnik ma na celu usprawnić proces decyzyjny poprzez dostarczenie odpowiedzi na następujące kwestie:

- Czym jest jakość w profilaktyce uzależnień od narkotyków?
- Dlaczego jakość ma znaczenie?
- W jaki sposób osiągać jakość w programach profilaktyki uzależnień od narkotyków?

Celem poradnika jest pomoc decydentom, w tym twórcom strategii, sponsorom i zleceńodawcom, w zapewnianiu jakości profilaktyki uzależnień od narkotyków w zakresie prowadzonych działań, wniosków o dofinansowanie lub

innych form inwestycji. Szczególną uwagę poświęcono zagadnieniom, takim jak ocena potrzeb, ewaluacja i etyczny wymiar procesu decyzyjnego.

Poradnik składa się z czterech działów:

- Wprowadzenie
- Przewodnik Strategiczny – Część 1: Wyzwania w zakresie wyboru jakościowych inicjatyw profilaktycznych
- Przewodnik Strategiczny – Część 2: Kwestie kluczowe w promocji wysokojaściowej profilaktyki uzależnień od narkotyków
- Lista kontrolna – Kryteria Oceny Jakości

Przewodnik Strategiczny skupia się na następujących тезach kluczowych:

- Nieskuteczne programy i modele nie zasługują na finansowanie, nawet jeśli cieszą się popularnością;
- Lepiej finansować mniej programów wysokiej jakości, ale opartych na realistycznym budżecie, aniżeli dużą liczbę programów o niejasnej strukturze, które pomimo niskich nakładów mogą generować żadnych korzyści lub wręcz niepożądane skutki;
- Należy tworzyć przejrzyste mechanizmy selekcji i finansowania, które stymulują jakość, w tym ocenę potrzeb i ewaluację.

Lista kontrolna – Kryteria Oceny Jakości ma pomagać decydentom w przeglądzie i wyborze działań profilaktycznych w usystematyzowany sposób. Można ją wykorzystywać w codziennej praktyce do oceny wniosków projektowych w procesie podejmowania decyzji finansowych, jak również w trakcie kontynuacji wspieranych już działań. Użytkownicy Poradnika zachęceni są do adaptowania tego narzędzia na potrzeby lokalne.

Podsumowując, Poradnik 1 będzie szczególnie przydatny osobom, które:

- Zajmują się kluczowymi kwestiami z zakresu wspierania jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków z perspektywy decydentów;
- Oceniają czy składane wnioski o dofinansowanie lub inne formy wsparcia charakteryzują się wysoką jakością;
- Dokonują przeglądów finansowanych już inicjatyw czy programów z zamiarem zadbania o ich jakość.

Poradnik (Toolkit) EDPQS 2: Samodzielna ocena i Autorefleksja – Przegląd i podnoszenie jakości działań profilaktycznych

Niniejszy Poradnik (Vimercati i wsp. 2015) jest kierowany do każdego, kto pracuje w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków, w szczególności do

osób odpowiedzialnych za planowanie lub wdrażanie działań, programów bądź innych inicjatyw w przedmiotowym zakresie. Zestaw przyda się praktykom, twórcom programów, kierownikom programów i koordynatorom działań profilaktycznych.

Poradnik EDPQS 2 dostępny jest w formie aplikacji internetowej (dla osób, które preferują pracować na narzędziach elektronicznych), jak również w formie PDF (dla tych, którzy wolą papier i długopis). Aplikacja internetowa znajduje się pod adresem: <http://self-assessment.prevention-standards.eu>. Wersja PDF zawiera następujące dokumenty:

- Wprowadzenie i Omówienie
- Lista kontrolna – Ocena Jakości
- Formularz – Synteza Jakości
- Ankieta – Wsparcie Działań Doskonalących

Celem prezentowanego poradnika jest wspieranie samodzielnego uczenia się, autorefleksji i samodoskonalenia. Poradnik ma na celu podnoszenie świadomości potrzeby istnienia wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków, a także odpowiada na zasadnicze pytania, takie jak:

- Czym jest jakość w profilaktyce uzależnień od narkotyków?
- Jakie standardy jakości należy stosować wobec działań z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków?
- Jak mogę skorzystać z narzędzi oceny jakości w mojej pracy?
- Jak mogę lepiej zrozumieć i podnieść jakość realizowanych działań profilaktycznych?

Poradnik ma pomóc w podnoszeniu jakości działań profilaktycznych, jak również wypełnieniu luki między nauką i praktyką. Poradnik może w szczególności stanowić wsparcie fazy planowania lub wdrażania działań profilaktycznych oferując praktyczne narzędzia, które mogą pomóc zapewnić wysoką jakość tychże działań. Zawarte w poradniku narzędzia mogą być wykorzystywane samodzielnie, w pracy grupowej lub na poziomie całej organizacji.

W celu zoptymalizowania korzyści płynących ze stosowania poradnika zalecamy podejście etapowe do oceny i podnoszenia jakości działań z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków:

- Dokonanie szybkiej samooceny na podstawie Listy kontrolnej – Ocena Jakości (ok. 1 godzina);
- Wypełnienie i przegląd Formularza – Synteza Jakości celem identyfikacji obszarów krytycznych (ok. 30 minut);

- Zastosowanie Ankiety – Wsparcie Działań Doskonalących w celu dogłębnej analizy krytycznych obszarów oraz identyfikacji sposobów podniesienia jakości działań profilaktycznych (ok. 1 godzina na obszar);

Europejskie Standardy oferują również wspólny model komunikacji między różnymi osobami zajmującymi się profilaktyką, jak również wsparcie rozwoju zawodowego, jak i całej organizacji. Celem nadrzędnym projektu EDPQS jest pomoc w stworzeniu kultury zawodowej w obszarze profilaktyki, która sprzyja wysokojakościowym działaniom.

Podsumowując, Poradnik 2 jest kierowany w szczególności do specjalistów, którzy chcą:

- Dowiedzieć się w jakim stopniu ich praca spełnia Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków;
- Opracować nowe działania profilaktyczne zorientowane na jakość;
- Podnieść jakość planowanych, bądź już realizowanych, działań.

Poradnik (Toolkit) EDPQS 3: Doskonalenie zawodowe – Prowadzenie szkoleń wspierających korzystanie i wdrażanie standardów jakości

Niniejszy poradnik kierowany jest do osób, które pragną prowadzić szkolenia poświęcone jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków, w szczególności pracowników samorządów lub wyspecjalizowanych firm szkoleniowych (np. realizatorów szkoleń dla praktyków), praktyków, którzy również prowadzą szkolenia, pracowników organizacji pozarządowych, wykładowców uniwersyteckich czy też szkoleniowców z zakresu edukacji zdrowotnej, którzy pracują z innymi specjalistami (np. nauczycielami) w obszarze promocji skutecznej profilaktyki.

Poradnik pozwala szkoleniowcom bazować na dostępnej wiedzy i materiałach, związanych ze szkoleniami na temat EDPQS, zamiast opracowywać nowe materiały od zera. Poradnik powstał w oparciu o kilkuletnie doświadczenie, związane z organizacją seminariów poświęconych EDPQS, jak również kompleksowy wkład szeregu interesariuszy. Przed opublikowaniem Poradnik został sprawdzony w praktyce.

Poradnik składa się z różnych Rozdziałów (wykłady i sesje interaktywne), które można łączyć w moduły o różnej długości (półdniowe, całodniowe, dwudniowe) i dopasowywać do profilu uczestników (np. praktycy, twórcy strategii, studenci).

Potencjalni realizatorzy szkolenia na temat EDPQS mogą korzystać z następujących materiałów:

- Przewodnik Trenera – podstawowe narzędzie w tym zestawie, zawierające opisy wszystkich aktywności (“Rozdziały”) sugerowanych do realizacji w trakcie szkolenia na temat EDPQS, jak również praktyczne rady;

- Prezentacje w Power Poincie – zestaw slajdów do wszystkich Rozdziałów w Przewodniku Trenera opatrzonych szczegółowymi komentarzami;
- Handouty dla uczestników – komplet handoutów dla uczestników;
- Ankieta przed i poseminaryjna – do wypełnienia przez uczestników jako wsparcie planowania i ewaluacji szkolenia;
- Ankieta trenera – do wypełnienia przez trenerów tuż po zakończeniu szkolenia jako forma analizy tego, co wypadło dobrze oraz zastanowienia się nad rozwiązaniami alternatywnymi w przyszłości;

W ramach tego Poradnika można prowadzić szkolenie poświęcone wyłącznie standardom jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Jednakże, zaleca się, aby potencjalni trenerzy przed szkoleniem skontaktowali się z Partnerstwem dla Standardów w Profilaktyce celem uzyskania dodatkowych informacji.

Podsumowując, Poradnik 3 będzie szczególnie przydatny specjalistom, którzy pragną:

- Pokazać innym w jaki sposób korzystać ze standardów jakości w trakcie planowania i przeglądów działań profilaktycznych;
- Opracować interaktywne i aktywizujące formy szkoleń, poświęconych standardom jakości;
- Skorzystać z gotowych materiałów, w tym prezentacji, handoutów i ankiet ewaluacyjnych;

Poradnik (Toolkit) EDPQS 4: Adaptacja i Rozpowszechnianie – promowanie standardów jakości w różnych obszarach

Ten Poradnik kierowany jest do osób, które chciałyby podnosić jakość działań profilaktycznych poprzez promowanie stosowania standardów jakości na poziomie strategicznym we własnym kraju (lub regionie, okręgu administracyjnym) lub we własnym otoczeniu zawodowym (np. konkretne miejsce). Celem Poradnika jest pomoc w promowaniu standardów, w szczególności EDPQS, w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Poradnik zawiera praktyczne doświadczenia twórców strategii, praktyków i badaczy, którzy stosowali i adaptowali EDPQS z zamiarem podnoszenia jakości profilaktyki uzależnień od narkotyków we własnym kraju lub otoczeniu zawodowym.

Tworzenie, tłumaczenie, adaptowanie i/lub strategiczne rozpowszechnianie wymaga starannego planowania. Poradnik ma w szczególności pomóc w poniższych kwestiach:

- Planowanie adaptacji/rozpowszechniania (w tym tłumaczenie) EDPQS w sposób metodyczny od początku do końca;

- Podejmowanie świadomych decyzji w miejsce przeciągających się dyskusji na temat tego, co robić;
- Prawidłowe szacowanie wymaganych zasobów (czas, pieniądze, ludzie);
- Przewidywanie i wcześniejsze eliminowanie potencjalnych trudności;
- Pozyskiwanie środków finansowych na tłumaczenie, adaptację i/lub rozpowszechnianie EDPQS;

Poradnik składa się z następujących dokumentów:

- Lista kontrolna – Tłumaczenie i adaptacja EDPQS;
- Wprowadzenie i Główne zadania;
- Krok 1: Decyzja co robić;
- Krok 2: Identyfikacja czynników utrudniających i ułatwiających;
- Krok 3: Dokonanie adaptacji;
- Krok 4: Promocja standardów jakości;
- Przykładowe projekty;

Oparcie procesu adaptacji na czterech krokach pozwala na usystematyzowane i łatwe podejście do tłumaczenia, adaptowania i rozpowszechniania EDPQS.

Oficjalne tłumaczenia i adaptacje EDPQS, jak również formalne działania rozpowszechniające, muszą być realizowane według zaleceń opisanych w niniejszym Poradniku. Ponadto, działania ‘inspirowane’ EDPQS (np. standardy jakości opracowane dla innych obszarów) mogą czerpać z treści Poradnika, choć niekoniecznie muszą podlegać wszystkim zaleceniom. Poradnik został opracowany do wykorzystania wspólnie z EDPQS, jednakże wiele zaleceń odnosi się również do adaptacji i rozpowszechniania innych standardów jakości.

Podsumowując, Poradnik 4 będzie szczególnie przydatny specjalistom, którzy pragną:

- Zdobyć wiedzę na temat skutecznych metod i sposobów promocji stosowania standardów jakości;
- Tłumaczyć i/lub adaptować EDPQS i materiały dodatkowe;
- Opracować nowe (lub zrewidować istniejące) standardy jakości (w tym kryteria finansowania) w oparciu o EDPQS;

Podsumowanie

Cztery Poradniki (Toolkits) EDPQS zostały opracowane w odpowiedzi na różne potrzeby i do różnych celów zawodowych. Mogą z nich korzystać różne grupy

docelowe. Poradniki 1 i 2 kierowane są do twórców strategii, zlecniodawców i praktyków na co dzień zajmujących się profilaktyką uzależnień od narkotyków, natomiast Poradniki 3 i 4 zostało opracowane z myślą o koordynatorach i promotorach działań profilaktycznych, planujących rozpowszechnianie standardów jakości oraz wsparcie innych osób dążących do osiągnięcia jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków.

Wszystkie materiały powstały w oparciu o konsultacje z ogromną liczbą interesariuszy, w związku z czym mamy nadzieję, że grupy docelowe uznają je za przydatne w swojej pracy. Należy jednak pamiętać, że Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) staną się wartością dodaną w przedmiotowym obszarze tylko wtedy, gdy będą faktycznie stosowane przez osoby zajmujące się tą dziedziną.

Agnese Zile-Veisberga

Krajowy Koordynator ds. Narkotyków

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych – Łotwa

2.3. Minimalne standardy UE w redukcji popytu na narkotyki

Wstęp

W codziennym życiu istotną rolę odgrywa zapotrzebowanie na odpowiedniej jakości produkty i usługi, począwszy od bezpiecznych i ergonomicznych domów, po standardy usług zdrowotnych. Termin „jakość” niesie inne znaczenie dla przedsiębiorców, zwykłych klientów, specjalistów ds. technologii, czy producentów. Ogólnie rzecz biorąc można powiedzieć, że jakość określa charakterystyczne cechy danej rzeczy lub osoby. Przy opisywaniu określonych produktów lub usług jakościowych, wiąże się z nimi pewien stopień doskonałości.

Standardy to szereg działań wykorzystywanych do zapewnienia odpowiedniej jakości. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (International Organization of Standardization) definiuje standardy jako dokumenty określające wymagania, specyfikacje, wytyczne i cechy charakterystyczne, które mogą być spójnie wykorzystywane celem zapewniania, aby materiały, produkty, procesy i usługi były odpowiednie do danego celu.

Standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki

Ograniczanie popytu na narkotyki obejmuje szereg poszczególnych obszarów z dziedziny zdrowia publicznego, takich jak profilaktyka, interwencja na wczesnym etapie, leczenie, rehabilitacja, reintegracja społeczna, jak również ograniczanie ryzyka i szkód. Jest to dziedzina ściśle powiązana z systemami opieki zdrowotnej w każdym kraju. Standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki mają na celu dostosowanie działań i usług do grupy docelowej i świadczenie je zgodnie z potrzebami grupy docelowej. Ponadto mają one osiągać pożądany skutek, na przykład ograniczenie zażywania narkotyków w danej grupie ryzyka, ograniczenie chorób zakaźnych wśród osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną itd.

Chociaż standardy nie są panaceum na wszystkie problemy związane z narkomanią, mogą one stanowić użyteczne narzędzie przy opracowywaniu i wdrażaniu skutecznych programów czy wdrażaniu strategii krajowych oraz lokalnych. Niewątpliwie warunkiem koniecznym dla opracowania takich standardów jest analiza dotychczasowych doświadczeń i najlepszych praktyk, jak również obserwacja realizacji określonych działań i kolejności ich wdrażania. Środki te mogą przyczynić się do zapewnienia skutecznych i wydajnych wyników podjętych interwencji. Ponadto, wdrożenie standardów może ograniczyć ryzyko szkodliwej interwencji, w szczególności biorąc pod uwagę fakt, że wiele programów przeciwdziałania narkomanii ma na celu zmianę nastawienia i zachowania grupy docelowej, lub mówiąc prościej, pracę na umysłach ludzi.

Należy również podkreślić, że w ramach działań mających na celu redukcję użycia narkotyków w wielu krajach coraz istotniejsze stają się aspekty ekonomiczne, co oznacza, że poza efektywnymi wynikami, bardzo istotne jest jak najefektywniejsze kosztowo osiągnięcie tych wyników, a w takiej sytuacji szereg standardów może odgrywać bardzo istotną rolę. Na przykład wprowadzenie selektywnych środków zapobiegawczych określonych standardami wśród młodocianych z grupy ryzyka sprawi, że wymagania takiej interwencji zostaną spełnione. Dlatego że zostaną zaangażowani profesjonaliści, proces takiej interwencji będzie monitorowany, a wyniki rozpowszechniane. Ujmując kwestie innymi słowami, realizacja wszystkich tych kroków znacząco ograniczy ryzyko marnowania środków finansowych na nieskuteczną interwencję.

Opracowanie standardów redukcji popytu na narkotyki nie jest łatwym zadaniem, nie tylko dlatego, że standardy te obejmują wiele podobszarów, ale również dlatego, że problem narkotyków stale się zmienia i jest inny nie tylko na poziomie krajowym czy regionalnym, ale nawet jest różny w poszczególnych miastach. Zatem na poziomie Unii Europejskiej standardy te muszą być szersze i całościowe, aby zagwarantować ich dopasowanie do wielorakich problemów związanych z narkotykami istniejących w różnych krajach, a nawet regionach. Dlatego też na poziomie Unii Europejskiej można mówić wyłącznie o standardach minimalnych i taki konsensus udało się uzyskać w UE.

Opracowanie minimalnych standardów jakości w UE

Tworzenie standardów jakości w UE w zakresie redukcji popytu na narkotyki ma długą i bogatą historię. Od kilku dekad kraje europejskiej wdrażają działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii, których celem jest reagowanie na problemy związane z narkotykami poprzez skuteczne zapobieganie, leczenie i redukcowanie powiązanego z nimi ryzyka i szkód. Warto podkreślić, że poszczególne kraje opracowały własne podejścia, wytyczne i kryteria jakościowe, w celu zapewnienia możliwie największej efektywności i wydajności działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Przeciwdziałania narkomanii jest kwestią we-

wnętrzną krajów UE i od wewnętrznych regulacji zależy model prowadzonej polityki. Dlatego też mamy tak różne podejścia w polityce narkotykowej poszczególnych krajów od modelu holenderskiego (najbardziej liberalny) po rozwiązania krajów skandynawskich.

W wyniku tych działań w ciągu ostatnich kilku lat kwestia wytycznych lub standardów w zakresie redukcji popytu na narkotyki zyskała na uwadze również na poziomie międzynarodowym i opublikowanych zostało szereg międzynarodowych wytycznych i standardów, na przykład w roku 2008 WHO opublikowała „Wytyczne kierunkowe dla skojarzonych programów HIV i gruźlicy i skierowanych do osób używających narkotyków również iniekcyjnie” (Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users), w roku 2012 UNODC opublikowała dokument „Treatnet: Standardy leczenia uzależnień od narkotyków i powiązanych usług” (Standards for drug dependence treatment and care service); w roku 2013 UNODC opublikowała wyniki systematycznego przeglądu dotyczącego „Standardów profilaktyki narkomanii” (“Standards for Drug Prevention”) zaktualizowanego w roku 2015. Jednym z ostatnich dokumentów dotyczących standardów jest dokument dotyczący leczenia osób uzależnionych od narkotyków „*International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders — Draft for Field Testing*” z 2016 roku.¹

Ideę minimalnych standardów w redukcji popytu na narkotyki na poziomie Unii Europejskiej wzmocniono przy opracowaniu i wdrożeniu europejskiego planu działania w zakresie narkotyków na lata 2009–2012. Działanie 17 obejmowało opracowanie, wdrożenie i wymianę wytycznych w zakresie dobrych praktyk/standardów zapobiegania, leczenia, ograniczania szkód, jak również działań i usług odwykowych. Uzgodniono, że standardy takie promowałyby wysoką jakość w Krajach Członkowskich UE, jak również mogłyby służyć jako europejska flagowa strategia oparta na faktach w trakcie promowania jej w krajach trzecich i innych regionach.

W trakcie opracowywania nowej Strategii UE na lata 2013–2020 oraz Planu Działań UE w zakresie narkotyków na lata 2013–2016, idea minimalnych Standardów UE w zakresie redukcji popytu na narkotyki została lepiej zdefiniowana, a Działanie 9 Planu Działania wyraźnie wezwało do uzgodnienia i rozpoczęcia wdrażania minimalnych standardów jakości w Unii Europejskiej, które pomagają uzupełnić lukę pomiędzy nauką i praktyką w zakresie: (a) profilaktycznych działań środowiskowych, uniwersalnych, selektywnych i wskazanych; (b) wczesnego wykrywania i interwencji; (c) działań w zakresie redukcji ryzyka i szkód, oraz (d) działań w zakresie leczenia, odwyku, integracji społecznej i regeneracji”.

¹ Dostępny pod adresem: http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf

Opracowania standardów podjęła się Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków² podczas prezydencji włoskiej w roku 2014 we współpracy z ekspertami zewnętrznymi oraz EMCDDA. W roku 2014 ustanowiona została grupa ekspertów, która do końca tego roku zaproponowała 20 minimalnych standardów: 5 w obszarze zapobiegania; 5 w obszarze redukcji ryzyka i szkód oraz 10 w obszarze leczenia.³ Zaproponowane standardy w swym charakterze zostały przygotowane jako zasady do wykorzystania przy opracowywaniu i wdrażaniu działań interwencyjnych w obszarze redukcji popytu na narkotyki. Na podstawie tej propozycji stworzono robocze wnioski Rady⁴ do przyjęcia przez Radę Unii Europejskiej.

Wnioski Rady dotyczące minimalnych standardów

W roku 2015, w trakcie prezydencji łotewskiej, Horyzontalna Grupa Robocza (HDG) prowadziła dyskusje nad proponowanymi wnioskami Rady. Dyskusje te pokazały, że uzgodnienie minimalnych standardów nie jest sprawą łatwą i mimo tego, że Kraje Członkowskie wspierają tę inicjatywę, występują istotne różnice między krajowymi systemami ochrony zdrowia a praktyką w obszarze popytu na narkotyki. Kraje członkowskie UE odnosiły się do swojej krajowej perspektywy przy pracach nad dokumentem. Pojawiała się np. propozycja jednego standardu dla każdego obszaru, czyli w sumie trzech. W obszarze profilaktyki zgłaszane były obawy, że podkreślenie kwestii wdrażania działań opartych na obiektywnych danych (evidence based) może spowodować, iż wiele obecnie realizowanych programów nie będzie mogło być wdrażanych, jeśli standardy zostaną w pełni wdrożone. Bynajmniej to nie był głos nowych krajów członkowskich, ale przedstawiciela tzw. starej Unii. Polska delegacja na HDG od początku wspierała prace nad standardami. W ramach polskich działań mających na celu pracę na standardami i ich promocję w czerwcu 2015 roku została zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS) konferencja na ten temat, w której wzięło udział ponad 150 osób a wnioski zostały przedstawione na lipcowym spotkaniu HDG w Brukseli. Kluczowym elementem w osiągnięciu sukcesu, oprócz dużego zaangażowania Łotewskiej Prezydencji, było wsparcie Komisji Europejskiej i EMCD-

² Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (Horizontal Working Party on Drugs (HDG)) została ustanowiona w roku 1997 i jest odpowiedzialna za prowadzenie i zarządzanie pracami Rady nad kwestiami narkotyków. Realizuje ona prace zarówno legislacyjne, jak i prace nad ogólną strategią w dwóch głównych obszarach: **redukcja podaży narkotyków** oraz **redukcja popytu na narkotyki**. Prace te skupiają się na trzech interdyscyplinarnych kwestiach: **koordynacji, współpracy międzynarodowej** oraz **badaniach, monitoring i ocenie**.

³ Dokument z tych prac jest dostępny pod adresem: http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-10118-2015-INIT

⁴ Rada UE negocjuje i uchwała nie tylko akty prawne, ale również takie **dokumenty** jak wnioski. Rada wykorzystuje te dokumenty do wyrażania stanowiska politycznego w kwestiach związanych z obszarami działania UE. Tego rodzaju dokumenty wyznaczają jedynie **zaangażowanie lub stanowisko polityczne** – nie są one ujmowane w traktatach. Nie są zatem prawnie wiążące

DA. W dniu 14 września 2015 roku Rada Unii Europejskiej przyjęła konkluzje Rady w sprawie wdrożenia minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki w UE.

Celem ww. konkluzji Rady jest wspieranie Krajów Członkowskich we wprowadzaniu skoordynowanego, opartego na najlepszych praktykach i właściwego jakościowo podejścia w zakresie redukcji popytu na narkotyki. Jest to polityczne stanowisko Krajów Członkowskich UE odnoszące się do minimalnych standardów jakości w zakresie redukcji popytu na narkotyki. Wyznacza ono uzgodnione standardy, jak również sposób ich wdrożenia oraz taktykę działania w przyszłości.

Wdrożenie i przyszłe działania

Minimalne standardy jakości są stanowiskiem politycznym wzywającym do wprowadzenia wspólnych praktyk w UE, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości realizowanych interwencji i usług w zakresie redukcji popytu na narkotyki. Rzeczne porozumienie nie jest prawnie wiążące, w przeciwieństwie do decyzji, dyrektyw i rozporządzeń. Standardy te służą jako odgórne lub polityczne wsparcie dla krajów lub specjalistów chcących wprowadzić standardy w swoich krajach i podnieść jakość świadczonych usług.

Standardy te stanowią również minimalne ramy odniesienia, jednak każdy kraj może wprowadzać wyższe standardy, dostosowując je do sytuacji panującej w danym kraju. Istnieć mogą konkretne problemy związane z narkomanią obecne tylko w jednym konkretnym kraju i rozwiązanie takich problemów można opracować przy użyciu europejskich podstawowych standardów jakości i dodaniu nowych, bardziej sprecyzowanych zasad. Czerwcową konferencja KBPN i MCPS pokazała, że osoby zajmujące się przeciwdziałaniem narkomanii mogą stanowić wsparcie w ich wdrażaniu i dostosowaniu do lokalnego kontekstu.

Kolejnym krokiem w upowszechnianiu standardów powinno być zaplanowanie działań mających na celu ich promowanie. Do tej pracy potrzebni będą praktycy ale również niezbędne są działania na szczeblu politycznym. Zaplanowanie na poziomie europejskim środków finansowych na implementację standardów stanowić będzie na pewno wsparcie dla tych działań. Jednakże ich krajowe czy lokalne wdrażanie również będzie wymagać wsparcia finansowego ze strony krajowych czy lokalnych podmiotów.

Pomimo tego, że minimalne standardy UE wyznaczają pewne ramy, praca ta pozostawia otwarte drzwi dla programów innowacyjnych, co w przypadku redukcji popytu na narkotyki jest sprawą kluczową. Jedynym czynnikiem ograniczającym może być to, że takie nowe i innowacyjne działania, programy i usługi muszą być monitorowane, poddawane ocenie, a wyniki należy rozpowszechniać, aby umożliwić wszystkim zainteresowanym korzystanie z nowych doświadczeń.

Na poziomie Unii Europejskiej kolejnym krokiem byłoby monitorowanie i ocena wdrożenia rzeczonych standardów. Wyniki zostaną poddane ocenie w roku 2016, gdy przeprowadzona zostanie ostateczna ocena Planu Działań UE na lata 2013–2016 oraz okresowa ocena Strategii UE w zakresie narkotyków. Na podstawie wyników oceny Rada Unii Europejskiej podejmie decyzję co do dalszych kroków.

Minimalne standardy UE w redukcji popytu na narkotyki

I. Profilaktyka

- a. Działania profilaktyczne (środowiskowe, uniwersalne, selektywne i wskazujące) skierowane są do ogółu populacji, do grup społecznych zagrożonych ryzykiem wystąpienia problemów związanych z nadużywaniem substancji oraz do grup społecznych/osób z rozpoznanymi problemami w tym zakresie. Celem tych działań może być zapobieganie, odsuwanie w czasie oraz redukcja zażywania narkotyków, jego eskalacji i/lub jego negatywnych konsekwencji w ogóle społeczeństwa i/lub podgrupach społecznych; działania te bazują na ocenie i są dostosowane do potrzeb grup docelowych;
- b. Osoby odpowiedzialne za opracowanie działań profilaktycznych posiadają kompetencje i wiedzę specjalistyczną w zakresie zasad zapobiegania, teorii i praktyki, oraz są wyszkolonymi i/lub wyspecjalizowanymi ekspertami cieszącymi się wsparciem instytucji publicznych (instytucji społecznych, ochrony zdrowia i socjalnych) lub pracując dla akredytowanych i uznanych instytucji lub organizacji pozarządowych;
- c. Osoby wdrażające działania profilaktyczne mają dostęp i opierają się na dostępnych programach bazujących na obiektywnych danych i/lub na kryteriach jakościowych dostępnych na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym;
- d. Działania profilaktyczne stanowią część spójnego długofalowego planu zapobiegania, są odpowiednio monitorowane na bieżąco, co pozwala na wprowadzanie niezbędnych korekt, są poddawane ocenie, a wyniki są rozpowszechniane, aby umożliwiać korzystanie z nowych doświadczeń.

II. Redukcja ryzyka i szkód

- a. Działania w zakresie redukcji ryzyka i szkód, w tym, między innymi, działania związane z chorobami zakaźnymi i śmiercią w wyniku zażycia narkotyków, mają realistyczne cele, są szeroko dostępne i dostosowane do potrzeb grup docelowych;

- b. Odpowiednie działania interwencyjne, informacyjne i ostrzegające są oferowane zgodnie z charakterystyką i potrzebami użytkowników usług, bez względu na ich stan leczenia;
- c. Interwencje są dostępne dla wszystkich osób potrzebujących, również w sytuacjach podwyższonego ryzyka;
- d. Interwencje bazują na dostępnych obiektywnych danych naukowych i doświadczeniu oraz są realizowane przez wykwalifikowanych i/lub wyszkolonych pracowników (w tym wolontariuszy), którzy stale rozwijają swoje kwalifikacje zawodowe.

III. Leczenie

- a. Odpowiednie leczenie oparte na obiektywnych danych jest dostosowane do charakterystyki i potrzeb usługobiorców i szanuje godność, odpowiedzialność i gotowością na zmianę danej osoby;
- b. Leczenie jest dostępne dla wszystkich zgłaszających się osób potrzebujących, i nie jest ograniczone charakterystyką osobową ani społeczną, bądź okolicznościami, czy też brakiem zasobów finansowych osób korzystających z tych usług. Leczenie jest realizowane w uzasadnionych terminach i w kontekście ciągłości opieki zdrowotnej;
- c. W leczeniu i działaniach w zakresie integracji społecznej, cele są wyznaczane krok po kroku i poddawane okresowej kontroli, a w przypadku nawrotu następuje odpowiednia interwencja;
- d. Działania i usługi w zakresie leczenia i integracji społecznej opierają się na świadomej zgodzie, są skupione na pacjencie i wspierają go;
- e. Leczenie jest realizowane przez wykwalifikowanych specjalistów i wyszkolony personel, którzy stale rozwijają swoje kwalifikacje zawodowe.
- f. Interwencje i usługi w zakresie leczenia są zintegrowane w ramach ciągłej opieki zdrowotnej i obejmują, w odpowiednich sytuacjach, usługi wsparcia społecznego (edukacji, mieszkania, szkolenia zawodowego, opieki społecznej), których celem jest społeczna integracja danej osoby;
- g. Usługi w zakresie leczenia zapewniają dobrowolne testy na obecność chorób zakaźnych przenoszonych przez krew, doradztwo dotyczące zachowania obciążonego ryzykiem oraz wsparcie w chorobie;
- h. Usługi w zakresie leczenia są monitorowane, a działania i ich rezultaty są poddawane regularnej ocenie wewnętrznej i/lub zewnętrznej.

Zasady całościowe

Opracowując ww. standardy zauważono, że niektóre z nich są istotne w każdym obszarze, zdefiniowano zatem szczególne zasady całościowe:

- istnieją minimalne standardy UE w redukcji popytu na narkotyki wyznaczające potrzebę poszanowania zasad etycznych, praw człowieka, poufności, charakterystyki kulturowej i społecznej, w tym kwestii płci i nierówności w zakresie zdrowia;
- interwencje wdrażające te standardy muszą być odpowiednio zaprojektowane, monitorowane i oceniane;
- interwencje wdrażające ww. standardy powinny bazować na ocenie potrzeb i powinny być dostosowane do potrzeb grup docelowych.

Artur Malczewski

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

2.4. Dopalacze wyzwaniem dla systemu pomocy¹

Początek zjawiska

W 2008 roku na scenie narkotykowej pojawiły się „dopalacze” (nowe substancje psychoaktywne – NSP), które początkowo znane były wąskiej grupie osób zażywających narkotyki i poszukujących nowych doznań narkotycznych. Termin „dopalacze” jest określeniem pierwszej sieci sprzedającej NSP w ramach sklepów stacjonarnych i w internecie. W latach 2008–2010 każdy mógł otworzyć sklep z „dopalaczami” w ramach tzw. franczyzy. W tym celu trzeba było mieć środki finansowe oraz odpowiedni lokal. Chętnych było wielu, o czym świadczy liczba działających sklepów z końca 2010 roku 1378 (Główny Inspektor Sanitarny 2013) w całym kraju w ramach kilku sieci, jak na przykład Dopapalacze.com, Smartszop, Smilesshop. Rozwiązania prawne i bezpośrednia akcja Głównej Inspekcji Sanitarnej oraz policji pod koniec 2010 roku spowodowały zamknięcie sklepów stacjonarnych, jak również uderzyła w rynek internetowy (Główny Inspektor Sanitarny 2013). Na początku października w ciągu kilku dni skontrolowano kilka tysięcy miejsc. W efekcie prawie wszystkie sklepy z „dopalaczami” przestały działać. Październik to również miesiąc z rekordową w tym czasie liczbą interwencji medycznych (258) – najprawdopodobniej z powodu zatrucia „dopalaczami” (Burda 2014). Jednak po dwóch latach „biznes” związany z NSP zaczął się ponownie odradzać. Pojawiły się znowu sklepy oraz coraz więcej stron internetowych oferujących „dopalacze”. Na początku tego rozdziału warto przyrzeć się, jakie terminy są stosowane do nazywania tych nowych substancji.

Definicje

Najszersza definicja stosowana w Europie to: „nowe substancje psychoaktywne to takie, które nie są objęte kontrolą narkotykowych konwencji ONZ”. We-

¹ Pierwsza wersja artykułu ukazała się w listopadowym numerze Świata Problemów z 2015. Materiał został uzupełniony o nowe informacje i analizy w tym o dane dotyczące placówek leczniczych.

dług zmiany w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzonej w 2010 roku, „dopalacze” nazywane są środkami zastępczymi. Warto przypomnieć, że ustawa antynarkotykowa nie posługuje się pojęciem „narkotyk”, lecz terminem „środki odurzające” i „substancje psychotropowe”. Zatem od 2011 roku ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii zawiera terminy: „środki odurzające”, „substancje psychotropowe” i „środki zastępcze”. Nowelizacja z 1 lipca 2015 roku wprowadziła kolejny prawny termin – „nowe substancje psychoaktywne”, którymi są substancje umieszczone na liście Ministra Zdrowia. W celu opracowania rekomendacji dla Ministerstwa Zdrowia, jakie substancje są niebezpieczne, został powołany Zespół ds. Oceny Ryzyka, którego pierwsze spotkanie odbyło się w lipcu 2015 roku. Zespół może też rekomendować, jakie substancje powinny zostać zdelegalizowane, czyli stać się według prawa narkotykami (językiem ustawy: „środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi”). Po 2010 roku i zamknięciu sklepów z „dopalaczami” pojawiła się nowa grupa substancji sprzedawana jako research chemicals (RC), czyli jako substancje chemiczne. W przeciwieństwie do „dopalaczy”, osoba kupująca RC otrzymuje informację, co kupuje; na opakowaniu jest nazwa substancji chemicznej oraz wzór chemiczny. Oficjalnie RC są sprzedawane jako materiał do analiz chemicznych. Niektóre z nich miały być lekami, np. na Parkinsona: alfa-PHP, izohexy, czy w przypadku ADHD izopropylfenidat. RC są używane przede wszystkim przez tzw. psychonautów, czyli częstych użytkowników narkotyków, którzy celowo doświadczają wywołanych zmian świadomości. Są to osoby z dużą wiedzą na temat substancji psychoaktywnych, którą dzielą się na forach internetowych oraz blogach.

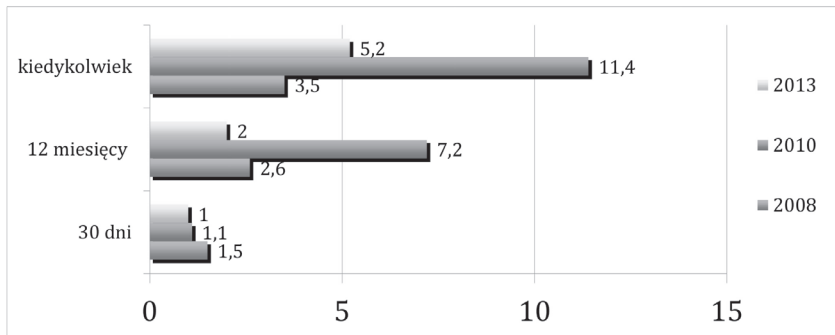
Ojciec chrzestny „dopalaczy”

Cała historia z „dopalaczami” zaczęła się od powstanie Designer Drugs czyli narkotyków projektowanych. Substancje psychoaktywne zaczęto modyfikować aby otrzymać podobne w działaniu albo jeszcze lepsze narkotyki, które byłyby legalne. Osobą którą można nazwać ojcem chrzestnym narkotyków modyfikowanych i „dopalaczy” jest Alexander „Sasha” Shulgin, który m.in. napisał dwie książki. Obie zawierają setki wzorów chemicznych substancji psychoaktywnych. Większość z nich była już na rynku, jest lub będzie. Pierwsza książka z 1991 roku nosi tytuł Phenethylamines i have known and loved: a chemical story of love (Fenetylamininy, które poznałem i pokochałem: chemiczna historia miłości). W książce Shulgin wraz z żoną Ann opisuje badania, syntezę, sposoby przyjmowania wraz z informacją o dawkowaniu ponad 170 substancji psychoaktywnych z grupy fenetylamin. Druga publikacja ukazała się w 1997 roku pod tytułem Tryptamines i have known and loved: the continuation (Tryptaminy, które poznałem i pokochałem: kontynuacja). Opisuje ona badania nad substancjami psychoaktywnymi z grupy tryptamin – ich syntezę, dawkowanie i działanie (Alexander Shulgin Research Institute 2015).

Epidemiologia

W 2008 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz z Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) zrealizowało badanie ankietowe wśród młodzieży dotyczące używania substancji psychoaktywnych pt. „Młodzież”. Pomiarem objęto młodych ludzi w wieku 18–19 lat. W badaniu tym po raz pierwszy w Polsce, i prawdopodobnie w Europie, zapytano o używanie „dopalaczy”. Pomiar został powtórzony w roku 2010 i 2013, dzięki czemu możemy przyrzeć się dynamice używania nowych substancji psychoaktywnych w kluczowych momentach, czyli: powstanie sklepów (2008 rok), największa sieć sprzedaży (2010 rok) i trzy lata po radykalnym ograniczeniu dostępu do sklepów. Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z nimi kiedykolwiek w życiu przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich w ciągu ostatniego roku (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie w ostatnim miesiącu wyniósł natomiast 1% (Malczewski 2014). Pomiar z 2013 roku pokazuje, że zamknięcie sklepów z „dopalaczami” miało wpływ na poziom ich konsumpcji.

Wykres 2.4.1. Używanie „dopalaczy” (%), badania Fundacji CBOS i KBPN Młodzież (18–19 lat)

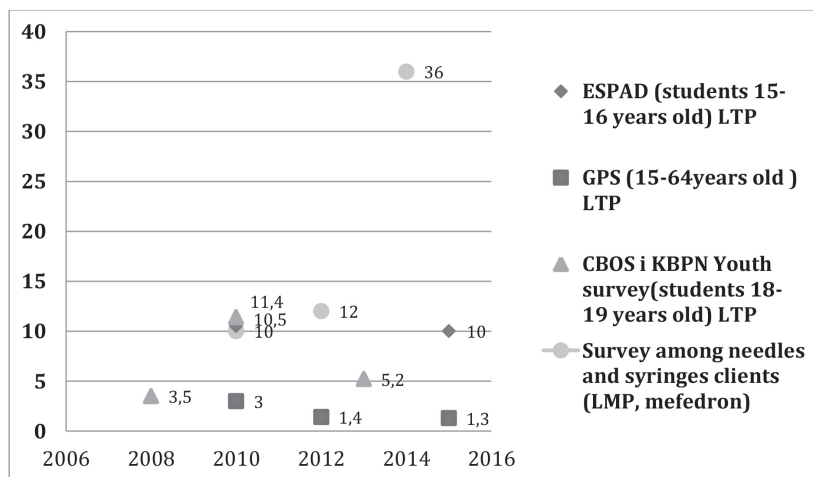


Źródło: Malczewski 2014

Prezentowane wyniki badania wśród młodzieży, jak również innych badań prowadzonych lub zleczanych przez Centrum Informacji KBPN, zostały przedstawione na wykresie 2.4.2. Badania ESPAD wśród 15–16 latków pokazują stabilną sytuacją z używaniem NSP. W 2011 i 2015 odsetek badanych mających kontakt z NSP wyniósł około 10% (Sierosławski 2015). Oprócz badania ESPAD dysponujemy trzema innymi pomiarami, dzięki którym możemy określić dynamikę zjawiska używania „dopalaczy”. Warto zwrócić uwagę na niewielki odsetek użytkowników w populacji generalnej; według pomiaru z 2010 roku – 3% (Malczewski 2012). Jednakże o używanie „dopalaczy” pytane były tylko osoby, które

były w sklepie. Oznacza to, że wskaźnik powinien być wyższy, ponieważ część użytkowników dostała prawdopodobnie „dopalacze” od znajomych lub kupiła je w Internecie. Według ostatniego pomiaru z 2015 roku ich używanie kiedykolwiek w życiu zadeklarował niewielki odsetek badanych – 2,2%. W ciągu ostatniego roku „dopalaczy” używało 0,5% badanych, a w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem – 0,2% (Malczewski, Misiurek 2015). Blisko połowa badanych (46%), którzy używali „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, używała ich w formie proszku lub tabletek. W znacznie mniejszym zakresie sięgano po mieszanki ziołowe (17%), „dopalacze” w formie płynu (17%) oraz w innej formie (17%). Co trzecia osoba kupiła „dopalacze” w internecie (32%). Były również osoby, które zaopatrzyły się w nie w specjalnym sklepie (17%). Najwyższy odsetek sięgania po „dopalacze” odnotowano wśród odbiorców programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek). Do używania mefedronu w ciągu ostatniego miesiąca, według ostatniego pomiaru, przyznało się 36% badanych. Jest to wzrost o 24 punkty procentowe w porównaniu z rokiem 2012. Jeżeli weźmiemy pod uwagę również używanie innych „dopalaczy”, to blisko połowa badanych (47%) deklarowała użycie nowych substancji psychoaktywnych (Malczewski 2016).

Wykres 2.4.2. Wyniki badań CINN KBPN lub zleczanych przez KBPN dotyczące używania „dopalaczy” wśród młodzieży (ESPAD, Młodzież), populacji 15–64 lata oraz odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek.



Źródło: ESPAD: (Sierostawski 2015, slajd. 18), GPS (Malczewski, Misiurek 2015, s. 34) (Malczewski 2012), Młodzież: (Malczewski 2015, s. 170), Badanie wśród klientów programów wymiany: (Malczewski 2016, s.25)

Dlaczego „dopalacze” są niebezpieczne?

Analiza rynku „dopalaczowego” pokazuje, że NSP są prawdopodobnie bardziej niebezpieczne od tradycyjnych narkotyków. Nigdy też w Polsce używanie narkotyków nie spowodowało tylu zatruć, co w lipcu 2015 roku (Burda 2015), i to w tak krótkim czasie. Do otrzymania jednej porcji „dopalacza”, która miałaby działanie psychoaktywne, potrzeba o wiele mniej substancji czynnej, niż to jest w przypadku tradycyjnych narkotyków (EMCDDA 2014). Łatwo zatem jest zwiększyć dawkę i otrzymać o wiele mocniejszą substancję. Nowe substancje psychoaktywne są dość tanie w produkcji, dlatego też dystrybutorzy nie zawsze kontrolują stężenie sprzedawanych substancji. Co więcej, sami nie zawsze są pewni, co otrzymują z fabryk (umiejscowionych w Chinach i Indiach) (EMCDDA 2016) produkujących te substancje. Dlatego niektóre z firm, które sprzedają „dopalacze”, wysyłają swoje produkty do komercyjnych laboratoriów w celu ich analizy i otrzymania informacji, co jest w ich składzie. W ramach międzynarodowego projektu I-TREND¹² sprawdzaliśmy zawartość najbardziej popularnych „dopalaczy” w najbardziej popularnych sklepach internetowych. Zakupione zostały tzw. research chemicals, czyli konkretne substancje chemiczne, które były sprzedawane jako odczynniki do analiz chemicznych. Każdy produkt zawierał nazwę chemiczną i wzór. Co trzecia próbka z osiemnastu kupionych w polskich sklepach internetowych w ramach I-TREND zawierała inną substancję niż deklarowana przez sprzedawcę.

Ponadto „dopalacze”, mimo podobnych cen, różniły się znaczenie pod względem stężenia substancji czynnej. U tego samego sprzedawcy można było kupić Ethcathinone (nazwa chemiczna jednego z „dopalaczy”), który zawierał 37% i 99% substancji czynnej w takiej samej cenie (Malczewski, Sałustowicz 2015). Posługując się przykładem alkoholu, można by powiedzieć, że kupujący zamawiał piwo (5% zawartości alkoholu), a otrzymywał, o tym nie wiedząc, wino (13% zawartości alkoholu). O tym, jak silny produkt dostał, dowiadywał się już po zażyciu, co mogło prowadzić do przedawkowań i zgonów. Zamawianie „dopalaczy” było łatwe i szybkie, większość paczek docierała po kilku dniach i prawie wszystkie były opłacane na pocztę po otrzymaniu. Jeden z głównych sprzedawców wprowadził akcję promocyjną dla swoich stałych klientów: 1000 darmowych paczek, w każdej trzy „dopalacze”; wartości 50 tys. złotych (Kolekcjoner facebook webpage 2015). Według stworzonego w ramach projektu I-TREND TOP 10 najbardziej popularnych „dopalaczy” w Polsce, na czele tych substancji w latach 2013–2014 były UR-144 i AM-2201. Są to syntetyczne kannabinoidy działające podobnie jak marihuana, przyjmowane w drodze palenia. Syntetyczne kannabinoidy w przeciwieństwie do marihuany można śmiertelnie przedawko-

² Projekt I-TREND realizowany był w Polsce przez Uniwersytet SWPS pod kierownictwem prof. Piotra Sałustowicza. Oprócz badaczy z Polski uczestniczyli w projekcie naukowcy z Francji, Holandii, Czech oraz Wielkiej Brytanii

wać. Druga grupa substancji, działająca podobnie jak amfetamina, to katynony: pentedron, 3,4-DMMC, Brepheдрone, pMPPP, MDPBP, alfaPVP, 3-MMC, Ethcathinone. Używanie tych substancji również może prowadzić do zgonów i zatruć.

Profilaktyka

W 2009 roku rozpoczęto realizację działań profilaktycznych i edukacyjnych ukierunkowanych na „dopalacze”. W tym roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uruchomiło stronę internetową na temat „dopalaczy”. W ciągu kilku ostatnich lat powstało wiele materiałów profilaktycznych opracowanych lub zleconych do przygotowania przez Krajowe Biuro. Materiały te zostały w większości wydane drukiem, ale są także dostępne on-line na stronie Krajowego Biura:

1. Program profilaktyki uniwersalnej z 2011 roku „Smak życia, czyli debata o dopalaczach” bazujący na metodach aktywizujących, adresowany do młodzieży szkolnej w wieku 15–18 lat.
2. Materiał do prowadzenia zajęć profilaktycznych dla psychologa szkolnego, pedagoga szkolnego, profilaktyka, doświadczonego nauczyciela, wychowawcy lub lidera młodzieżowego dotyczący „dopalaczy”.
3. Poradnik dla rodziców w formie broszury „Blżej siebie, dalej od narkotyków” na temat problematyki substancji psychoaktywnych.
4. Scenariusz spotkania z rodzicami w szkole na temat „dopalaczy”, przewidziany do realizacji na około dwie godziny lekcyjne; do wykorzystania przez pedagoga, psychologa lub wychowawcę klasy.
5. Poradnik dla rodziców „O lekach, marihuanie, dopalaczach bez hysterii”; publikacja w sposób przystępny prezentuje zagadnienia dotyczące używania przez młodzież marihuany, „dopalaczy” oraz leków w celach odurzania się, a także zawiera praktyczne porady dla rodziców.
6. Edukacyjna broszura dla rodziców i nauczycieli z 2014 roku zawierająca informacje na temat nowych substancji psychoaktywnych zwanych dopalaczami pt. „Nowe narkotyki – dopalacze. Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów”.
7. Ulotka z 2015 roku pt. „Nowe narkotyki. Czy znasz prawdę o dopalaczach?” skierowana do młodzieży. Zawiera najważniejsze informacje o nowych narkotykach oraz o zasadach postępowania w sytuacji zagrożenia życia.

Zastanawiając się nad zakresem redukcji popytu, warto odnieść się do opinii prof. Harry’ego Sumnalla z John Moores University w Liverpoolu, który w wywiadzie na łamach „Świata Problemów”, który znajduje się niniejszej publikacji,

wyraził opinię na temat działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej dotyczących „dopalaczy”. Jego zdaniem profilaktyka uniwersalna nie powinna być ukierunkowana na nowe substancje psychoaktywne, ponieważ grupa używająca „dopalaczy” jest stosunkowo nieliczna w porównaniu z użytkownikami innych substancji psychoaktywnych. Według analiz brytyjskich „dopalacze” są używane przede wszystkim w określonych grupach, jak np. iniekcijni użytkownicy narkotyków, mężczyźni mający seks z mężczyznami, osadzeni w więzieniach. Zatem niewiele osób skorzysta z działań dotyczących profilaktyki uniwersalnej ukierunkowanych na „dopalacze”. Jego zdaniem warto skoncentrować się na działaniach z zakresu profilaktyki wskazującej oraz selektywnej, adresowanych do konkretnych zagrożonych grup, bo będzie to bardziej efektywne. Warto wspomnieć, że w listopadzie 2015 roku podczas corocznej ogólnopolskiej konferencji programów redukcji szkód, organizowanej przez Centrum Informacji KBPN, odbył się jednodniowy trening dla programów redukcji szkód dotyczący „dopalaczy”, poprowadzony przez Stowarzyszenie Monar z Krakowa. Biorąc pod uwagę liczbę zatruć z powodu „dopalaczy” w lipcu 2015 roku w Polsce oraz coraz popularniejsze przyjmowanie nowych substancji psychoaktywnych w iniekcjach, działania z zakresu redukcji wydają się być ważnym elementem odpowiedzi na ten problem.

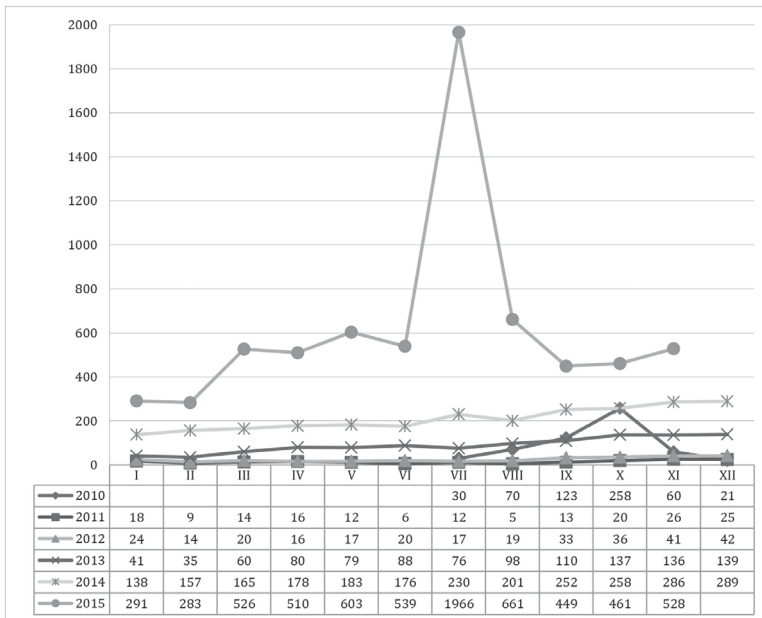
Zatrucia z powodu „dopalaczy”

Od końca 2013 roku Ośrodek Kontroli Zatruc z Warszawy dr. Piotra Burdy odnotowywał wzrastającą liczbę zatruć z powodu „dopalaczy”. Rok 2013 to ponowny rozwój sklepów „dopalaczowych” w Polsce, których w 2014 roku było już około 100. Był to jeden z największych rynków punktów sprzedaży stacjonarnej w Europie. Tylko Łotwa miała ich niewiele mniej, a biorąc pod uwagę liczbę ludności, nawet więcej. Do kwietnia było ich 43, głównie w Rydze. Biorąc pod uwagę rosnącą co miesiąc liczbę zatruć od 2013 roku z powodu nowych substancji psychoaktywnych oraz aktywność sprzedawców (rozwój rynku sprzedaży detalicznej) widać było, że problem narasta. Inspekcja Sanitarna nakładała kary na sprzedawców „dopalaczy”, które w większości były nieściągalne (MedExpress 2015). Sklepy w Polsce w 2014 i 2015 roku różniły się od tych z 2010 roku, ponieważ nie były to miejsca, które informowały, że są w nich sprzedawane nowe substancje psychoaktywne (tak jak w 2010 roku). Wręcz przeciwnie, sprzedawcy starali się ukryć ten fakt ze względu na kontrole Inspekcji Sanitarnej. Podobnie jak w 2010 roku, po wprowadzeniu nowych rozwiązań mających na celu walkę z rynkiem „dopalaczowym” – na początku lipca 2015 roku gwałtownie wzrosła liczba interwencji medycznych z powodu zatrucia „dopalaczami”. W sumie odnotowano prawie 2000 takich incydentów. Prawdopodobnie głównym produktem, z powodu którego dochodziło do zatruć, był „Mocarz”. Niestety, w przypadku 80% wszystkich zatruć w Polsce nie wiemy, z powodu jakiej substancji dochodziło do hospitalizacji. Według analiz Narodowego Instytutu Leków z Warszawy,

w zależności od roku, w produkcie o nazwie „Mocarz” wykryto: WH-203, JWH-081, JWH-019 (w 2010 roku), UR-144 i 5F-AKB48 (w 2014 roku) oraz UR-144, AM 2201 i 5-FUR-144 (XLR-11) (w 2015 roku). Zmiany składu „Mocarza” były m.in. efektem delegalizacji kolejnych substancji psychoaktywnych. W ramach analizy sytuacji w Centrum Informacji KBPN sformułowaliśmy dwie hipotezy tak gwałtownego wzrostu liczby zatruć. Pierwsza to „czyszczenie magazynów” i zwiększona podaż „dopalaczy” na rynku, które były mocniejsze w działaniu. Sklepy stacjonarne, jak również internetowe, starały się pozbyć przed 1 lipca dużych ilości nielegalnych substancji, zwiększając ich stężenie w produkcie oraz obniżając cenę (Malczewski 2015). Druga hipoteza to pojawienie się nowej, jeszcze bardziej groźnej substancji. Analizując sytuację z lipca 2015 warto podkreślić, iż nie ma w Polsce systemu badań toksykologicznych, o którym od kilku lat mówi dr Piotr Burda (krajowy konsultant ds. toksykologii) pozwalających na uzyskanie z płynów ustrojowych osób zatrutych jednoznacznej informacji (oraz przekazanie jej do centralnego systemu), co było przyczyną zatrucia. W związku z tym, że producent „Mocarza” ma swoją stronę na Facebooku, można było prześledzić jego wcześniejsze działania. Pod koniec czerwca firma ta zrobiła promocję swoich produktów. Przy zakupie jednego produktu drugi oferowany był za darmo, w tym m.in. „Mocarz”. W efekcie użytkownicy mogli dostać znacznie więcej substancji odurzającej, wydając tyle samo pieniędzy (Kolekcjoner.nl facebook 2015). W produktach o nazwie „Mocarz” zabezpieczonych przez policję na Śląsku wykryto następujące syntetyczne kannabinoidy: UR-144, 5-FUR-144 (XLR-11), BB-22, 5F-PB22. Osoby, które uległy zatruciu syntetycznymi kannabinoidami na Śląsku, zachowywały się agresywnie, co wcześniej nie było często spotykane. Łącznie na Śląsku odnotowano ponad 700 zatruć. Dlatego drugą hipotezą tłumaczącą gwałtowny wzrost zatruć, mogło być pojawienie się nowego syntetycznego kannabinoidu, który zastąpił 114 substancji psychoaktywnych zdelegalizowanych 1 lipca.

Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji wykryło w „dopalaczach” z dwóch województw substancję MDMB-CHMICA (aka MMB-CHMINACA). Z informacji Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (EMCDDA) wynika, że w Europie zidentyfikowano 30 przypadków zatruć oraz 9 przypadków zgonów mających związek z MDMB-CHMICA (w Austrii, Danii, Hiszpanii, Węgrzech, Norwegii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii). Być może to właśnie ta substancja była odpowiedzialna za nowe zatrucia osób na Śląsku.

Wykres 2.4.3. Liczby zgłoszonych przypadkach podejrzeń zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi



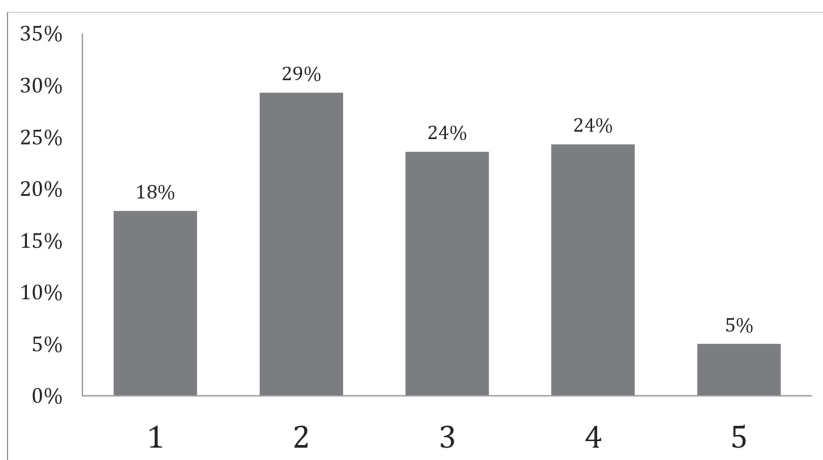
Source: Burda 2015

Placówki lecznicze a „dopalacze”

Analiza sytuacji w Polsce pokazuje, że NSP są cały czas dostępne w Polsce i ponownie powodują szkody zdrowotne. Pod koniec 2014 roku CINN KBPN przeprowadziło analizę sytuacji w placówkach leczniczych. Opracowano i rozesłano krótką ankietę do około 300 placówek leczniczych zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków (poradnie, ośrodki terapii, szpitale psychiatryczne, programy substytucyjne i inne). Na ankietę odpowiedziało 140 podmiotów. Ankieta miała na celu określenie na ile placówki są przygotowane do pomocy, jaka jest skala problemu oraz jakiej pomocy oczekują. Pierwsze wyniki zostały zaprezentowane w listopadzie 2014 na spotkaniu grupy ekspertów G7 w Berlinie podczas sesji poświęconej NSP przez eksperta z Centrum Informacji KBPN. Według otrzymanych wyników do pomocy osobom uzależnionym przygotowanych jest 47% ankietowanych placówek. Podobny odsetek placówek ocenił swoją wiedzę jako wystarczającą (48%) (wykres 2.4.3). Wyniki pokazały, że spośród 41% placówek ponad połowa pacjentów zgłaszała używanie NSP. Ponadto w co czwartej placówce leczniczej (26%) pacjenci, którzy podejmowali leczenie z powodu NSP (główna zgłaszana substancja psychoaktywna) stanowili ponad połowę pacjentów (wykres 2.4.3). Najczęściej osoby zgłaszały się do placówek leczniczych z powodu NSP o działaniu stymulującym (64%) w mniejszym stopniu

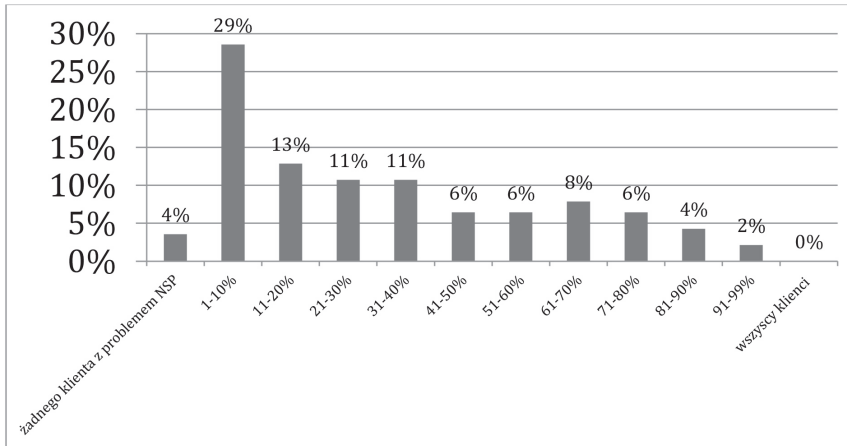
z powodu syntetycznych kannabinoidów (14%). Ankieta miała na celu określić jakiego wsparcia oczekują osoby pracujące w placówkach leczniczych pomagającym osobą używających lub uzależnionych od NSP. Placówki lecznicze oczekiwałyby przede wszystkim szkoleń dotyczących wiedzy na temat NSP (84%), oraz materiałów szkoleniowych (79%). W mniejszym stopniu wyrażono chęć udziału w szkoleniach (65%) oraz otrzymaniu publikacji (62%). Do placówek, które wzięły udział w ankiecie wysłano publikację KBPN dotyczącą NSP, która ukazała się pod koniec 2014 roku. Wyniki wskazują, że NSP stały się stałym elementem sceny narkotykowej a placówki lecznicze nie zawsze czują się przygotowane do pomagania osobom, które są uzależnione do tych substancji.

Wykres 2.4.3. Ocena przygotowania do pomocy osobom uzależnionym od „dopalaczy” (NPS) oraz ocena poziomu wiedzy (ocena na 5 stopniowej skali, gdzie 1=tak ; 5=nie w przypadku oceny wiedzy 1=wystarczająca a 5=niewystarczająca) – odsetki placówek leczniczych



Źródło: ankieta CINN KBPN

Wykres 2.4.4. Odsetek pacjentów zgłaszający się do placówki leczniczej z powodu problemów z używaniem „dopalaczy” (główna substancja) – linia pozioma odsetki pacjentów a linia pionowa odsetki placówek leczniczych



Źródło: ankieta CINN KBPN

Wnioski

Rynek nowych substancji psychoaktywnych stał się, niestety, stałym elementem sceny narkotykowej w Polsce. Kwestia legalności tych substancji nie jest dla pewnych grup użytkowników, jak np. iniekcijni użytkownicy „dopalaczy” czy psychonauty, barierą w ich używaniu czy kupowaniu. „Dopalacze” oferowane są przez dilerów narkotykowych oraz na nielegalnych giełdach internetowych jak np. Silke Road 3. W związku z tym „dopalacze” powinny być traktowane tak samo jak narkotyki, czyli podlegać rozwiązaniom prawa karnego, a nie tak jak obecnie – prawa administracyjnego. Wobec słabości obecnych rozwiązań prawnych prokuratura i sądy stosują art. 160 i 165 Kodeksu karnego w celu skazywania osób, które sprzedają „dopalacze” lub je produkują.

Doświadczenia Łotwy z kwietnia 2014 roku pokazują, że wprowadzenie natychmiastowej czasowej kontroli nowych substancji psychoaktywnych opartej na prawie karnym wraz z prawem generycznym (kontrolą obejmowana jest grupa substancji o podobnym wzorze chemicznym, a nie pojedyncze substancje) spowodowało zamknięcie „legalnego” rynku „dopalaczy”, czyli sklepów stacjonarnych. W efekcie spadła liczba zatruć, nie ma sklepów i jak na razie (do końca 2015 roku) sytuacja w tym kraju jest stabilna. Nie zmienia to faktu, że nadal „dopalacze” są dostępne w Internecie. Być może wprowadzenie prawa generycznego opartego na prawie karnym mogłoby pomóc w zamknięciu rynku „dopalaczowego” w Polsce. Ponadto warto rozważyć wdrażanie działań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej oraz redukcji szkód ukierunkowanych na „dopalacze”.

W obszarze profilaktyki uniwersalnej kluczowe jest wdrażanie sprawdzonych i skutecznych programów profilaktycznych, takich jak np. programów rekomendowanych. Warto podkreślić, że według badań naukowych strategia profilaktyczna oparta tylko na edukacji i informacji ma małe szanse powodzenia.

Dlatego też wydaje się, że rolą ulotek, kampanii informacyjnych oraz spotów dotyczących „dopalaczy” powinno być wsparcie wdrażania, opartych na dowodach naukowych, programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży, ale również do rodziców.

Bibliografia

- Alexander Shulgin Research Institute (2015): <http://www.shulginresearch.org/home/about/alexander-sasha-shulgin/> (access: 2015.10.09)
- Burda, P. (2015) Ośrodek Kontroli Zatruc, Warszawa, Piotr Burda, Raport o zgłoszonych przypadkach podejrzeń zatruc substancjami psychoaktywnymi („dopalaczami”) w okresie lipiec–sierpień 2015 roku (raport niepublikowany/unpublished)
- Burda, P. (2014) Analiza zgłoszeń podejrzeń zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP, „dopalaczami”) na podstawie danych zarejestrowanych przez Ośrodek Kontroli Zatruc-Warszawa w 2013 roku. Ośrodek Kontroli Zatruc-Warszawa (raport niepublikowany/unpublished)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014), European Drug Report 2014: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2016), EU Drug Markets Report: In-Depth Analysis, EMCDDA-Europol Joint publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Główny Inspektor Sanitarny (2013) Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata zwalczania dopalaczy w Polsce. Warszawa
- Kolekcjoner facebook webpage (2015) <https://www.facebook.com/chemiadowa/photos/a.416783295089817.1073741831.382683071833173/681023438665800/?type=3&theater> (access: 2015.10.09)
- Malczewski A., (2014) Młodzież a substancje psychoaktywne (w:) Badora B. i in., Malczewski, A. (2014), „Młodzież a substancje psychoaktywne” w: Grabowska, B. et al (2014), Młodzież 2013. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej: http://www.cinn.gov.pl/porta?id=15&res_id=673746

- Malczewski, A, (2012) Historia nowych substancji psychoaktywnych, definicje, formy kontroli, podjęte działania, efekty działania – prezentacja ppt z konferencji dla gmin w Wrocławiu, 22–23 marca 2012.
- Malczewski A., (2015) Używanie narkotyków w populacji generalnej, *Remedium* 7–8, 2015.
- Malczewski, A. (2015a) „Dopalacze” coraz bardziej niebezpieczne, *Remedium* 9, str. 24–25
- Malczewski, A. (2015b) „Dopalacze” – wyniki I-TREND. *Remedium* 12, p. 24–25
- Malczewski, A. (2016) Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek – wyniki badania, *Remedium* 2, p. 26–27
- Malczewski, A., Misiurek, A, (2015) Używanie narkotyków i „dopalaczy” w populacji generalnej. *Serwis Informacyjny NARKOMANIA* 4, p. 32–37: http://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911
- Malczewski, A., Misiurek, A. (2016) Użytkownicy narkotyków w iniekcjach w 2008 i 2014 roku. *Serwis Informacyjny NARKOMANIA* 1 (73), p. 27–29. http://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911
- Malczewski, A., Sałustowicz, P, (2015) I-Trend – badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. *Serwis Informacyjny NARKOMANIA* nr 4, p. 18–21: http://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911
- Malczewski, A.; Misiurek, A. (2015) Używanie narkotyków i „dopalaczy” w populacji generalnej. *Serwis Informacyjny NARKOMANIA* nr 72 (4/2015) p. 32–37: http://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911
- MedExpress (2015) GIS nakłada kary pieniężne za handel dopalaczami. Co ze ściągalnością? <http://www.medexpress.pl/start/gis-naklada-kary-za-sprzedaz-dopalaczy-skutecznie/60784/> (access: 2015.07.20)
- Sierosławski, J. (2015) Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2015 roku ESPAD. Presentation from the press conference on 30 November 2015, KBPN, PARPA, IPIN. Warsaw: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=906999

Marta Rychert, Chris Wilkins

Instytut Badawczy SHORE (Centrum Badań i Ewaluacji Zjawisk Społecznych i Zdrowotnych), Wydział Zdrowia, Massey University, Nowa Zelandia: *m.rychert@massey.ac.nz*

2.5. Regulowany rynek nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) w Nowej Zelandii: alternatywa dla delegalizacji

Wstęp

Gwałtowny wzrost liczby tzw. Nowych Substancji Psychoaktywnych (NSP), często dystrybuowanych jako ‘legalne’ zamienniki substancji zakazanych (stąd w języku angielskim nazwa ‘legal highs’), stał się w ostatnich latach nie lada wyzwaniem dla systemu kontroli narkotyków w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz na poziomie krajowym (Brandt, King, & Evans-Brown, 2014). Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) obecnie monitoruje ponad 560 NSP, z których ponad 70% zostało wykrytych w ciągu pięciu ostatnich lat (EMCDDA & Europol, 2016). Te dane sugerują że nie widać spowolnienia w narastaniu globalnego zjawiska NSP.

Najczęstszą reakcją na napływ NSP na poziomie krajowym jest albo delegalizacja tych substancji poprzez umieszczanie ich na listach substancji zakazanych będących załącznikiem do ustaw narkotykowych albo obejmowanie kontrolą szerokich kategorii substancji definiowanych na podstawie podobieństw w składzie chemicznym do substancji już kontrolowanych (modele generyczne i analogowe). Od niedawna, niektóre kraje, w tym Polska, wprowadzają całkowity zakaz sprzedaży jakichkolwiek produktów psychoaktywnych. Tego typu zakazy są obiektem krytyki z wielu powodów, na przykład praktycznych takich jak trudności w egzekwowaniu przepisów (Malczewski, 2015), czy tym, że skutkują dodatkowymi obciążeniami administracyjnymi dla badaczy akademickich (Kavanagh & Power, 2014) albo sprowadzają użytkowników NSP do podziemia (Stevens, Fortson, Measham, & Sumnall, 2015).

Nowa Zelandia wobec NSP przyjęła rozwiązanie ustawowe, które całkowicie różni się od zakazów stosowanych w innych krajach (Wilkins i wsp., 2013). W lipcu 2013 roku, Parlament Nowej Zelandii uchwalił Ustawę o Substancjach

Psychoaktywnych (Psychoactive Substances Act – PSA), na podstawie której producenci NSP mogą legalnie wytwarzać i sprzedawać swoje produkty w prawnie uregulowanym środowisku o ile na własny koszt udowodnią, że ich produkty stanowią ‘niskie ryzyko’ dla zdrowia oraz pokryją koszty z tym związane (New Zealand Parliament, 2013a). To nowatorskie podejście do NSP spotkało się z dużym zainteresowaniem na arenie międzynarodowej jako potencjalne rozwiązanie nieustających problemów związanych z NSP (Seddon, 2014; UK NPS Review Expert Panel, 2014).

Scena narkotykowa i pierwsza fala NSP w Nowej Zelandii

Nowa Zelandia jest krajem wyspiarskim na Południowym Pacyfiku, który zamieszkuje 4,5 miliona ludzi. Od jej najbliższego sąsiada – Australii dzieli ją ok. 2000 km Morza Tasmana. To geograficzne odizolowanie od dawna ma wpływ na rynki tradycyjnych nielegalnych narkotyków. Narkotyki takie jak kokaina czy heroina muszą być przemywane z innych krajów, co przy rygorystycznych kontrolach granicznych skutkuje brakiem pewności dostaw i ograniczonym używaniem (Wilkins, Prasad, Wong, & Rychert, 2015). Substancje produkowane na miejscu, głównie przetwory konopi i metamfetamina, są tradycyjnie bardziej dostępne. Tak jak ma to miejsce w większości krajów zachodnich, przetwory konopi są od wielu dekad najbardziej rozpowszechnionym nielegalnym narkotykiem. Według najnowszych badań ankietowych wskaźnik rozpowszechnienia używania konopi w ogólnej populacji dorosłych (zdefiniowanej jako wiek 15–64) w ciągu ostatnich 12 miesięcy sięga 14% (MOH, 2015). W odniesieniu do metamfetaminy wskaźniki rozpowszechnienia są wysokie w porównaniu do innych krajów (1,1% w ciągu ostatniego roku w populacji ogólnej (MOH, 2014a). Wieloletni względny brak alternatywnych narkotyków oraz ich wysoka cena na tle innych krajów wygenerowały zapotrzebowanie na alternatywne syntetyczne stymulanty i halucynogeny.

Około roku 2000, nowozelandzki przedsiębiorca – Matt Bowden stworzył szereg produktów zawierających syntetyczne stymulanty takie jak benzylopipezazyna (BZP) i trifluorometylofenylopipezazyna (TFMPP) (Wilkins & Sweetsur, 2010). Bowden, w przeszłości uzależniony od metamfetaminy, przedstawiał swój produkt jako stanowiący mniejsze ryzyko i bezpieczniejszy od metamfetaminy (Kerr & Davis, 2011). Jego firma *Stargate International* sprzedawała ‘party pills’ zawierające BZP na masową skalę. Dzięki wówczas nieuregulowanemu statusowi BZP na poziomie międzynarodowym większość produkcji odbywała się w Indiach i Chinach (Szalavitz, 2015). BZP szybko stała się popularna wśród szerokiego grona użytkowników jako nowy ‘dopalacz’. Szacuje się, że do 2004 roku sprzedano ok. pięć milionów legalnych tabletek, a wartość rynku sięgnęła 24 milionów nowozelandzkich dolarów (NZD) rocznie (15 mln EUR = 67 mln PLN) (Wilkins & Sweetsur, 2010). Rosnąca popularność BZP a także niejasności wokół jej skutków zdrowotnych skłoniły rząd do podjęcia działań.

Próba regulacji benzylopiperazyny (BZP) w ramach ustawy narkotykowej

Zgodnie z zasadą kreowania polityki narkotykowej w oparciu o rozwiązania naukowe, rząd Nowej Zelandii zlecił ocenę bezpieczeństwa zażywania BZP. W 2004 roku, Komitet Doradczy Ekspertów w zakresie Narkotyków (EACD) wydał opinię, że nie ma wystarczających dowodów naukowych na powodowanie przez BZP szkód zdrowotnych, co z kolei nie pozwala na podjęcie świadomej decyzji o delegalizacji BZP w ramach ustawy narkotykowej (EACD, 2004). W związku z tym EACD zlecił przeprowadzenie dodatkowych badań naukowych dotyczących skutków zdrowotnych BZP oraz wydał rekomendację dla rządu, aby ten wprowadził pewną formę kontroli nad istniejącym już rynkiem BZP.

W roku 2005, poprzez nowelizację Ustawy o Nadużywaniu Narkotyków (MODA) wprowadzono nowe przepisy mające na celu regulację substancji uznanych przez rząd za 'niskiego ryzyka'. BZP została natychmiast objęta kontrolą ustawodawczą (New Zealand Parliament, 2005). Nowe przepisy, znane jako tzw. „Restricted Substances Regime” (RSR) wprowadziły ogólne regulacje rynku takie jak limit wiekowy w zakresie sprzedaży (tj. powyżej 18. roku życia), obostrzenia w zakresie reklamy a także zakaz dystrybucji darmowych próbek produktu (Sheridan & Butler, 2010). Przemysł dopalaczowy kontynuował sprzedaż produktów w ramach nowych rozwiązań regulacyjnych. Szacuje się, że w latach 2007/2008, u szczytu popularności BZP, sprzedawano 200 000 tabletek tej substancji miesięcznie przy asortymencie, na który składało się od 80 do 120 marek (Wilkins i wsp., 2013). Od rządu oczekiwano bardziej szczegółowego dopracowania mechanizmu RSR, w tym wprowadzenia standardów w zakresie jakości produktu oraz maksymalnych limitów dawkowych. Jednakże, wprowadzenie bardziej restrykcyjnych przepisów pod koniec roku 2008 nie miało wpływu na rynek BZP, ponieważ ten przestał istnieć zanim te regulacje weszły w życie. W 2008 roku, w oparciu o nowe doniesienia o szkodliwości BZP, między innymi w efekcie badań zleconych wcześniej przez rząd (np. Thompson i wsp., 2006), BZP otrzymała status narkotyku Klasy C w ramach Ustawy o Nadużywaniu Narkotyków i tym samym została zdelegalizowana.

Pomimo obowiązywania mechanizmu RSR do 2013, przepisy te pozostawały martwe, ponieważ oprócz BZP kontrolą w ramach regulacji RSR nigdy nie objęto żadnych innych substancji. Jednakże, trzy lata doświadczeń w zakresie kontroli BZP między 2005 a 2008 przygotowały grunt pod nowe regulacje w odniesieniu do kolejnej fali „dopalaczy”.

Ku nowej ustawie regulującej produkty psychoaktywne o 'niskim ryzyku' dla zdrowia

W odpowiedzi na zakaz BZP przemysł „dopalaczowy” zaczął produkować tabletki wolne od BZP oraz tzw. syntetyczną marihuanę, czyli substancje które nie były objęte żadną kontrolą ustawodawczą (Wilkins i wsp., 2013). Syntetyczne kannabinoidy stały się popularne po roku 2010 i, podobnie jak BZP, były sprzedawane w sklepach spożywczych bez żadnych ograniczeń. W tym przypadku również mało wiadano o ich szkodliwości dla zdrowia a działania rządu były niemrawe wobec żmudnych procesów oceny i kontroli w ramach ustawy narkotykowej.

W latach 2011–2013, dzięki wprowadzeniu nowego narzędzia legislacyjnego o nazwie Temporary Class Drug Notices (Czasowe Zakazy Substancji Psychoaktywnych) wycofano z rynku wiele produktów. Narzędzie to pozwalało Ministerstwu Zdrowia Nowej Zelandii (MOH) na nakładanie zakazu na konkretne substancje na okres do dwóch lat do czasu przeprowadzenia oceny ryzyka. Czasowymi zakazami objęto 33 związki chemiczne, w tym JWH-018 i JWH-073 sprzedawane pod nazwą Spice i Kronic (MOH, 2011). Pomimo zakazów, Ministerstwo Zdrowia (MOH) oszacowało, że w 2013 roku w sieci sprzedaży liczącej od 3000 do 4000 punktów detalicznych (z których większość stanowiły osiedlowe sklepy spożywcze) było ok. 200–300 produktów o działaniu psychoaktywnym (MOH, 2014b).

Nieustanne problemy z NSP zwróciły uwagę Nowozelandzkiej Komisji Legislacyjnej (NZLC), niezależnego grona ekspertów zajmującego się przeglądem rozwiązań ustawodawczych i formułowaniem rekomendacji dla rządu. W 2011 roku, w wyniku przeglądu Ustawy o Nadużywaniu Narkotyków, Komisja Legislacyjna zaopiniowała, że rząd nie jest w stanie zapanować nad rynkiem poprzez delegalizację kolejnych związków chemicznych, ponieważ producenci natychmiast zastępują je nowymi substancjami nieobjętymi kontrolą. NZLC zarekomendowała opracowanie nowego mechanizmu regulacyjnego, który nakładałby na producentów NSP obowiązek udowodnienia, że ich produkty są bezpieczne zanim zostaną one dopuszczone do legalnej sprzedaży (w miejsce konieczności udowadniania przez rząd, że dany produkt jest niebezpieczny celem wycofania go z rynku). W raporcie końcowym NZLC zawarto czterdzieści pięć zaleceń co do tego jak powinien funkcjonować nowy mechanizm regulujący rynek, między innymi w odniesieniu do ograniczeń w zakresie testowania bezpieczeństwa produktów, sieci sprzedaży detalicznej i reklamy (NZLC, 2011). Raport NZLC stał się dokumentem instruktażowym dla dalszych prac nad mechanizmem kontroli rynku dopalaczy, w tym Oceny Skutków Regulacji przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w których znajdują się szczegółowe omówienia mechanizmów regulacyjnych.

Ustawa o Substancjach Psychoaktywnych (PSA): założenia i mechanizmy prawne

W lipcu 2013 roku przy niemal jednogłośnym poparciu wszystkich partii w parlamencie (119 głosów za, 1 głos przeciw) uchwalono Ustawę o Substancjach Psychoaktywnych (Psychoactive Substances Act – PSA), która ustanowiła pierwszy na świecie regulowany rynek dopalaczy (New Zealand Parliament, 2013b). W ramach tego rozwiązania, producenci NSP mogą otrzymać formalną zgodę na legalną produkcję, import i sprzedaż swoich produktów pod warunkiem, że w wyniku przedklinicznych i klinicznych badań kontrolnych udowodnią, że ich produkty nie stanowią ryzyka „większego niż niskie” dla potencjalnych użytkowników (Wilkins, 2014a). Sprowadzanie, wytwarzanie, dostarczanie i posiadanie jakiegokolwiek ‘niezatwierdzonej’ nowej substancji psychoaktywnej jest ustawowo zakazane (Rychert & Wilkins, 2016a).

Wymogi w zakresie badań bezpieczeństwa produktów psychoaktywnych są podobne do przepisów dopuszczających obrót lekami i wzorują się na standardach dotyczących leków opracowanych przez Międzynarodową Radę Harmonizacji Wymagań Technicznych dla Rejestracji Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (ICH). Oznacza to, że każdy wniosek o zatwierdzenie danego produktu musi zawierać dowody naukowe uzyskane w wyniku przeprowadzenia serii badań toksykologicznych i klinicznych, w tym również w odniesieniu do takich aspektów bezpieczeństwa produktu jak farmakologia, ogólna toksyczność, ocena farmakokinetyki, metabolizm i ryzyko wywołania uzależnienia (PSRA, 2014). Zgoda wydawana jest w odniesieniu do każdego produktu (nie substancji). Po wydaniu zgody nie można już modyfikować składu albo siły działania produktu. Nowozelandzkie Ministerstwo Zdrowia oszacowało, że jednostkowy koszt wykonania przedmiotowych badań może sięgać 1–2 mln NZD (2,8 mln EUR = 5,5 mln PLN) (MOH, 2013). Opłata rejestracyjna za jeden produkt wynosi 175 000 NZD. O ile podane kwoty mogą wydawać się wysokie, zyski ze sprzedaży prawdopodobnie równoważą początkowe wydatki. Szacuje się, że roczne wpływy ze sprzedaży syntetycznych kannabinoidów w ‘przejściowej fazie’ funkcjonowania Ustawy o Substancjach Psychoaktywnych wyniosły 140 mln NZD (385 mln PLN) (MOH, 2014b).

Przepisy dotyczące obrotu detalicznego wzorują się na rozwiązaniach z obszaru alkoholu i produktów tytoniowych. Zatwierdzone produkty psychoaktywne mogą być sprzedawane wyłącznie w specjalnych licencjonowanych punktach detalicznych. W punkcie prowadzącym dystrybucję produktów psychoaktywnych nie można prowadzić sprzedaży produktów żywnościowych ani alkoholu. Ponadto, Ustawa o Substancjach Psychoaktywnych wyraźnie zakazuje sprzedaży produktów psychoaktywnych w supermarketach, stacjach paliw, lokalnych sklepach spożywczych czy alkoholowych. Zakupu produktów psychoaktywnych dokonywać mogą jedynie osoby powyżej 18. roku życia, co odpowiada limitowi

wiekowemu w zakresie dostępności alkoholu w Nowej Zelandii. Władze samorządowe mogą nakładać dodatkowe obostrzenia w zakresie lokalizacji licencjonowanych punktów sprzedaży, w tym minimalnej odległości od ‘miejsc wrażliwych’ takich jak szkoły, obiekty sportowe czy kościoły. Jednakże władze lokalne nie mogą nakładać całkowitego zakazu sprzedaży zatwierdzonych produktów na swoim terenie. Około połowa spośród 71 samorządów lokalnych w Nowej Zelandii skorzystała z możliwości stosowania dodatkowych obostrzeń (PSRA, 2015). Większość z nich pozwala na lokowanie punktów sprzedaży w centrach miast z dala od terenów mieszkalnych na przedmieściach.

Reklama zatwierdzonych produktów psychoaktywnych może być prowadzona jedynie w punkcie sprzedaży (tzn. reklama w telewizji, radiu i prasie jest niedozwolona) i musi ona polegać na podawaniu obiektywnych informacji o produkcie takich jak substancje czynne i cena. PSA wyraźnie zakazuje reklamy, która kieruje przekaz o ‘bezpieczeństwie’ zatwierzonego produktu. O ile sprzedaż internetowa jest dozwolona, może być ona prowadzona jedynie za pośrednictwem stron specjalnie stworzonych do tego celu (nie mogą to być inne platformy, w tym portale społecznościowe). Opakowania produktów muszą zawierać informację o składzie, ostrzeżenia zdrowotne, dane kontaktowe wytwórcy oraz numer telefonu Krajowego Centrum Zatruc (National Poisons Centre) (New Zealand Parliament, 2013a).

Przy Ministerstwie Zdrowia powołano nową jednostkę – Urząd do spraw Regulacji Substancji Psychoaktywnych (Psychoactive Substances Regulatory Authority – PSRA), która nadzoruje wdrażanie Ustawy o Substancjach Psychoaktywnych. PSRA może wycofać zgodę na obrót produktem jeśli, po wprowadzeniu go na rynek, pojawią się doniesienia o występowaniu skutków niepożądanych i wskutek tego produkt przestanie być uważany za stanowiący ‘niskie ryzyko’ dla zdrowia.

Implementacja PSA i wyzwania w tzw. ‘okresie przejściowym’

Po uchwaleniu Ustawy o Substancjach Psychoaktywnych (PSA) w lipcu 2013 roku, należało wprowadzić szereg przepisów wykonawczych dla pełnego funkcjonowania nowego prawa, w tym standardów w zakresie prowadzenia badań nad bezpieczeństwem produktów. W czasie gdy nad tymi regulacjami pracował Urząd do Spraw Substancji Psychoaktywnych, wprowadzono tzw. ‘okres przejściowy’, podczas którego możliwe było kontynuowanie sprzedaży niektórych produktów w oparciu o nowe ograniczenia detaliczno-reklamowe przyjęte w PSA, ale tylko do czasu wdrożenia przepisów wykonawczych. 47 produktów otrzymało zgodę tymczasową, z czego 40 stanowiły mieszanki syntetycznych kannabinoidów do palenia zawierające związki takie jak AB-FUBINACA, PB-22, CL-2201, oraz SGT-24 (Wilkins, 2014b). Produkty te nie przeszły badań w zakresie bezpieczeństwa stosowania, ale uznano je za niskiego ryzyka, ponieważ funkcjonowały na rynku przez co najmniej trzy miesiące przed uchwaleniem PSA

i nie odnotowano żadnych doniesień o niepożądanych skutkach ich działania. Do sprzedaży produktów licencjonowano 152 wyspecjalizowane punkty detaliczne.

Kontrola rynku w „okresie przejściowym” okazała się niełatwa. Kwestionowano dobór produktów objętych zgodą na sprzedaż, wobec rosnącej liczby szkód zdrowotnych i zakłóceń porządku wokół punktów detalicznych. W okresie przejściowym nie funkcjonował w pełni system kontroli bezpieczeństwa produktów. W efekcie, pojawiały się opóźnienia w wycofywaniu szkodliwych produktów (Rychert & Wilkins, 2016b). Wprowadzenie nowych obostrzeń detalicznych, które zredukowały liczbę punktów z 3000–4000 w okresie przed wprowadzeniem PSA do 152 specjalistycznych sklepów wywołało nieprzewidziane konsekwencje w postaci skoncentrowania popytu w ograniczonej liczbie miejsc, co zwiększyło widoczność sklepów i doprowadziło do negatywnej reakcji mediów. Wszystkie te czynniki w połączeniu z presją na polityków związaną ze zbliżającymi się wyborami do parlamentu we wrześniu 2014 roku, spowodowały wycofanie z rynku wszystkich licencji wydanych na czas trwania „okresu przejściowego” poprzez nowelizację PSA w maju 2014 roku.

Majowa nowelizacja wprowadziła kolejną ważną zmianę do mechanizmu badań nad bezpieczeństwem produktów w ramach PSA, tj. zakaz przeprowadzania testów na zwierzętach w celu udowodnienia niskiej szkodliwości produktów. Zakaz przeprowadzania testów na zwierzętach został wprowadzony po fali protestów społecznych przeciwko krzywdzeniu zwierząt w celu badania produktów niemających właściwości leczniczych (Rychert & Wilkins, 2015b). Zakaz ten może mieć fatalne skutki dla implementacji ustawy. Urząd do spraw Substancji Psychoaktywnych (PSRA) wydał nawet oświadczenie, w którym podał, że „jest mało prawdopodobne, aby produkt mógł zostać uznany za mniej niż stanowiący ‘niskie ryzyko’ bez zastosowania testów na zwierzętach”, co stanowiło sugestię, że PSA staje się tym samym niemożliwa do wdrożenia (PSRA, 2014). Analiza strategiczna sytuacji wskazuje na kilka opcji, dzięki którym można ‘obejść’ zakaz testów na zwierzętach; jednakże, dwie najbardziej efektywne wymagałyby politycznego wsparcia i cichego przyzwolenia regulatora (Rychert & Wilkins, 2015a). Bez tego, mechanizm regulacji rynku może stać się nieefektywny aż do czasu opracowania i międzynarodowego uznania modeli badania bezpieczeństwa substancji psychoaktywnych bez udziału zwierząt.

Przyszłość PSA i uwagi końcowe

Po zakończeniu okresu przejściowego, regulacje dotyczące mechanizmu testowania produktów w ramach PSA zostały ukończone. W efekcie, od listopada 2014 roku można składać wnioski o zatwierdzenie produktów o „niskim ryzyku” w ramach pełnego mechanizmu regulacyjnego PSA. Według stanu na lipiec 2016 roku, na rynku nie są dystrybuowane żadne licencjonowane produkty jak również nie są rozpatrywane żadne wnioski o wydanie zgody na obrót. Biorąc pod uwagę fakt, iż żaden produkt ‘niskiego ryzyka’ nigdy nie był licencjonowany ani

dystrybuowany w ramach pełnego mechanizmu regulacyjnego PSA, na korzyści i niezamierzone konsekwencje przedmiotowego modelu regulacyjnego oraz ich ewaluację należy jeszcze poczekać. Trudności napotkane w okresie przejściowym implementacji PSA skłaniają do kilku wniosków w zakresie implementacji PSA w przyszłości w Nowej Zelandii jak również innych krajach, które byłyby zainteresowane przyjęciem podobnego mechanizmu regulacyjnego. Najważniejszy wniosek jest prawdopodobnie taki, że opracowanie mechanizmu regulacyjnego w odniesieniu do substancji psychoaktywnych stosowanych dla celów rekreacyjnych wymagać będzie długiego czasu i dużych zasobów, aby zaplanować i opracować wdrożenie kluczowych systemów, w szczególności systemu monitorowania bezpieczeństwa produktów. Konieczne będzie również stałe zaangażowanie odpowiednich interesariuszy (w tym społeczności lokalnych i mediów).

Eksperyment polegający na uregulowaniu rynku NSP za pomocą Ustawy o Substancjach Psychoaktywnych możliwy był dzięki wielu korzystnym uwarunkowaniom społeczno-geopolitycznym w Nowej Zelandii, takich jak: geograficzne oddalenie od innych rynków, wczesne pojawienie się politycznie wprawionych i zasobnych przedsiębiorców, wcześniejsze doświadczenia z regulacją rynku BZP a także przyjazna atmosfera polityczna. Pytanie czy rozwiązania regulacyjne przyjęte w PSA mogłyby zostać skutecznie wykorzystane w innych krajach, w tym Polsce, pozostaje otwarte. Raport brytyjskiego Panelu Ekspertów badający opcje rozwiązania kwestii związanych z NSP przychylnie odniósł się do modelu nowozelandzkiego jako „odważnego i nowatorskiego” a także stwarzającego szanse na zredukowanie ogólnych szkód związanych z NSP. Panel wezwał rząd Wielkiej Brytanii do monitorowania rozwoju nowozelandzkiego modelu jako potencjalnego wzoru do zastosowania na rodzimym gruncie w przyszłości (UK NPS Review Expert Panel, 2014). Podczas gdy rząd Wielkiej Brytanii wprowadził całkowity zakaz wytwarzania i dystrybucji jakichkolwiek substancji o działaniu psychoaktywnym, wciąż pojawiają się nawoływania do przeglądu alternatywnych rozwiązań regulacyjnych i zastosowania bardziej wyważonego podejścia, na przykład takiego jak nowozelandzka Ustawa o Substancjach Psychoaktywnych (Feilding & Singleton, 2016; Reuter & Pardo, 2016).

Tabela 2.4.1 Analiza Ministerstwa Zdrowia w zakresie opcji regulacji rynku NSP

Cele mechanizmu:	Opcja 1 Rozszerzenie wykorzystania Czasowych Zakazów Kategorii Substancji (tj. doraźne zakazy NSP)	Opcja 2 Zakaz sprzedaży NSP w określonych punktach np. sklepach spożywczych	Opcja 3 Nowy mechanizm regulacji NSP przed wprowadzeniem do obrotu na podstawie dowodów, za przedstawienie których odpowiedzialne są podmioty chcące wprowadzić dane substancje na rynek	Opcja 4 Zastosowanie innych istniejących regulacji prawnych, które nakładają obowiązek uzyskania zgody przed dokonaniem importu niebezpiecznych substancji (Ustawa o Niebezpiecznych Substancjach i Nowych Organizmach – HSNO)
1. Skuteczna regulacja nowych substancji psychoaktywnych <i>zanim</i> znajdą się w obrocie rynkowym	x	x	√	√
2. Podniesienie poczucia zaufania obywateli w zakresie bezpieczeństwa substancji psychoaktywnych legalnie dostępnych na rynku	x	x	√	√
3. Kontrola dostępności substancji psychoaktywnych, w tym w zakresie minimalnego wieku uprawniającego do kupna oraz miejsc dystrybucji	√ Kontrola przez zakaz	Częściowo – kontrole jedynie w miejscach sprzedaży	√	Częściowo – HSNO aktualnie nie gotowa do tego celu; wymaga nowelizacji
4. Przekazanie konsumentom informacji o zawartości produktu, dawkach i sile działania	x	x	√	Częściowo – HSNO wymaga nowelizacji

5. Upewnienie społeczeństwa co do statusu substancji psychoaktywnych, zagwarantowanie przemysłowi długo-okresowej pewności finansowej oraz redukcja ryzyka poszukiwania przez obywateli danej substancji na czarnym rynku	x	√	√	√
6. Stworzenie trwałego mechanizmu w miejsce działań tymczasowych, przyjęcie przepisów dotyczących analogów i RSR	x	x	√	√

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Ocena Skutków Regulacji, wrzesień 2011, dokument zarchiwizowany pod adresem: <http://www.webcitation.org/6imwd2Asx>

Literatura

- Brandt, S., King, L., & Evans-Brown, M. (2014). The new drug phenomenon. *Drug Testing and Analysis*, 6(7-8), 587–597.
- EACD. (2004). *The Expert Advisory Committee on Drugs (EACD) Advice to the Minister on: Benzylpiperazine (BZP)*. Wellington.
- EMCDDA, & Europol. (2016). *EU Drug Markets Report. In-depth Analysis*. Luxembourg. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>
- Feilding, A., & Singleton, N. (2016). Roadmaps to regulation: New Psychoactive Substances. <http://beckleyfoundation.org/event/roadmaps-to-regulation-new-psychoactive-substances/>
- Kavanagh, P. V., & Power, J. D. (2014). New psychoactive substances legislation in Ireland – Perspectives from academia. *Drug Testing and Analysis*, 6(7-8), 884–891. doi: 10.1002/dta.1598
- Kerr, J. R., & Davis, L. S. (2011). Benzylpiperazine in New Zealand: Brief history and current implications. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 41(1), 155–164. doi: 10.1080/03036758.2011.557036
- Malczewski, A. (2015). „Dopalacze” A.D. 2014 – nowe otwarcie. *Remedium* 1(263), 24–25.

- MOH. (2011). Temporary Class Drug Notice. from <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/supplement-hlthdrgs-122aug11.pdf>
- MOH. (2013). *Regulatory Impact Statement – new regulatory regime for psychoactive substances* Ministry of Health. Retrieved from <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/regulatory-impact-statements/new-regulatory-regime-psychoactive-substances>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6aiPxrDQL>.
- MOH. (2014a). Amphetamine Use 2013/14: New Zealand Health Survey. from <http://www.health.govt.nz/publication/amphetamine-use-2013-14-new-zealand-health-survey>
- MOH. (2014b). *Regulatory Impact Statement: Amendment to the Psychoactive Substance Act 2013*. Ministry of Health. Retrieved from <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/regulatory-impact-statements/amendment-psychoactive-substance-act-2013>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6PwNP33OU>
- MOH. (2015). Cannabis Use 2012/13: New Zealand Health Survey. from <http://www.health.govt.nz/publication/cannabis-use-2012-13-new-zealand-health-survey>
- New Zealand Parliament. (2005). Misuse of Drugs Amendment Act 2005. *Public Act 2005 No 81, Date of assent 21 June 2005*. <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html>
- New Zealand Parliament. (2013a). Psychoactive Substances Act 2013. Public Act 2013 No 53. Retrieved 12 August 2015, from <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/20.0/DLM5042921.html>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6aiNkjonQ>.
- New Zealand Parliament. (2013b). Psychoactive Substances Bill 2013. — First Reading, Second Reading, In Committee, Third Reading. 13 January 2015, from http://www.parliament.nz/en-nz/pb/legislation/bills/00DBHOH_BILL12021_1/psychoactive-substances-bill
- NZLC. (2011). *Controlling and regulating drugs. A review of the Misuse of Drugs Act 1975* (No. 122). Wellington, New Zealand: New Zealand Law Commission.
- PSRA. (2014, 16 January 2015). Draft Psychoactive Substances Product Approval Guidelines. Retrieved 10 August 2015, from <http://psychoactives.health.govt.nz/industry/guidelines-and-application-forms>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6VXS0zOqV>
- PSRA. (2015). Psychoactive Substances Retail Regulations (news item, 5 June 2015). <http://psychoactives.health.govt.nz/psychoactive-substances-retail-regulations>

- Reuter, P., & Pardo, B. (2016). Can new psychoactive substances be regulated effectively? An assessment of the British Psychoactive Substances Bill. *Addiction* doi: 10.1111/add.13439
- Rychert, M., & Wilkins, C. (2015a). The challenge of a ban on animal testing for the development of a regulated legal market for new psychoactive substances (NPS) ('legal highs') in New Zealand: Issues and options for resolution. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1273-1278. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.08.006>
- Rychert, M., & Wilkins, C. (2015b). Is the recent ban on animal testing of legal high products a fatal blow to the development of a legal market for 'low-risk' psychoactive products in New Zealand? *Addiction*, 110(4), 713-714. doi: 10.1111/add.12853
- Rychert, M., & Wilkins, C. (2016a). What products are considered psychoactive under New Zealand's legal market for new psychoactive substances (NPS, 'legal highs')? Implications for law enforcement and penalties. *Drug Testing and Analysis*. doi: 10.1002/dta.1943
- Rychert, M & Wilkins, C (2016b) – Issues with monitoring the safety of psychoactive products under a legal regulated market for new psychoactive substances (NPS) ('legal highs') in New Zealand. *Drug and Alcohol Review*. In press.
- Seddon, T. (2014). Drug policy and global regulatory capitalism: The case of new psychoactive substances (NPS). *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 1019-1024.
- Sheridan, J., & Butler, R. (2010). "They're legal so they're safe, right?" What did the legal status of BZP-party pills mean to young people in New Zealand? *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 77-81. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.02.002
- Stevens, A., Fortson, R., Measham, F., & Sumnall, H. (2015). Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substances Bill. *International Journal of Drug Policy*, 26, 1167-1170.
- Szalavitz, M. (2015, 3 March). The Drug Lord with a Social Mission. 18 March 2015, from <http://www.psmag.com/health-and-behavior/the-drug-lord-with-a-social-mission-also-performs-under-the-alter-ego-starboy>
- Thompson, I., Williams, G., Aldington, A., Williams, M., Caldwell, B., Dickson, S., . . . Beasley, R. (2006). The benzylpiperazine (BZP) / trifluoromethylphenylpiperazine (TFMPP) and alcohol safety study. Report for the Ministry of Health. from <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bzp-report-08.pdf>
- UK NPS Review Expert Panel. (2014). New Psychoactive Substances Review. 13 January 2015, from <https://www.gov.uk/government/uploads/system/up->

loads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6VXQmAGNd>

Wilkins, C. (2014a). A critical first assessment of the new pre-market approval regime for new psychoactive substances (NPS) in New Zealand. *Addiction*, 109(10), 1580-1586. doi: doi:10.1111/add.12484

Wilkins, C. (2014b). The interim regulated legal market for NPS ('legal high') products in New Zealand: The impact of new retail restrictions and product licensing. *Drug Testing and Analysis*, 6, 868-875. doi: DOI: 10.1002/dta.1643

Wilkins, C., Prasad, J., Wong, K., & Rychert, M. (2015). Recent trends in illegal drug use in New Zealand 2006-2013: Findings from the 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 and 2013 Illegal Drug Monitoring System (IDMS). from <http://www.massey.ac.nz/massey/learning/departments/centres-research/shore/projects/illicit-drug-monitoring-system.cfm>

Wilkins, C., Sheridan, J., Adams, P., Russell, B., Ram, S., & Newcombe, D. (2013). The new psychoactive substances regime in New Zealand: A different approach to regulation. *Journal of Psychopharmacology*, 27(7), 584-589. doi: 10.1177/0269881113491441

Wilkins, C., & Sweetsur, P. (2010). Differences in harm from legal BZP/TFMPP party pills between North Island and South Island users in New Zealand: A case of effective industry self-regulation? *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 86-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.005>



Response to Drugs, Drug Addiction
and New Psychoactive Substances



3.1. We are looking for new Quality in Prevention¹



Interview with **prof. Harry SUMNALL** from Center for Public Health Liverpool John Moores University in Liverpool made by **Artur MALCZEWSKI**.

Second phase of the European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) has been finished what was the most important output of this work in your opinion?

The second phase of the EDPQS project resulted in the production of a number of toolkits which help prevention professionals use quality standards in their own work in order to help develop programmes and organizational structures, make funding decisions, as well as improve professional competencies. I think all these outputs are important but I am of course interested in the sustainability and longevity of our work, hence I think the most valuable outputs are those that present a 'vision' of high quality drug prevention and help those people who share this perspective communicate this to others. I'm a big supporter of prevention, but the reality is that across Europe there is a lot of poor quality prevention work that does not help its target audience, which means that scarce resources are not spent on more effective actions. Hopefully, the EDPQS will help reorientate policy makers and decision makers towards those approaches that we have good evidence that might make a difference in peoples lives.

In Poland important role are playing local communities (self local government). Do you think that EDPQS could be useful tool for local communities?

Representatives and officials from local communities often have to balance several roles and may have different priorities to drug prevention specialists, who spend most of their working day thinking about such topics. However, local communities often face quite complex decisions on how to respond to drug use and there are often no easy solutions. This is particularly true when consider-

¹ The article was published in Świata Problemów 6 magazine from 2015 roku.

ing what drug prevention programmes or other types of interventions should be delivered. Many people have an intuition and a 'feeling' about the best ways to respond, but this may not always be supported by scientific evidence of effectiveness, or actions may be fragmented and short acting, which means that it is difficult to build momentum in our response to drug use. I think the EDPQS may be useful to local communities as they provide one way of navigating this complex area and guide those people tasked with developing a drug prevention response through a number of steps that will make those choices easier. In particular, the EDPQS asks users to think about drug prevention activities in a wider context, and embeds responses to drug use, in broader responses to health and wellbeing. Drug prevention needs to be a long term investment; that doesn't necessarily mean funding programmes for many years, but it is vitally important that local communities plan their activities with a view to a long term investment in health.

As you know from Warsaw conference in Poland we have still the problem to promote and to implement evidence-based interventions. How is in UK? What may help us?

Implementing evidence based interventions is a challenge across the EU. In the UK there is a high level of awareness of those drug prevention activities might be useful, but that doesn't necessarily mean that we fund and implement those actions – I think this is common across Europe. We have national organisations such as Public Health England and the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) who provide guidelines and quality standards in a range of evidence based interventions, but that doesn't mean that people are able use them. For example, a few years ago NICE released national guidance promoting family based drug prevention actions, but because guidance wasn't associated with an increase in funding, we didn't have the organizations and professional competencies to deliver these recommendations. But funding is an issue that affects all countries, and so we shouldn't let this stop us from pursuing evidence based actions. Our Government currently has a general policy of 'localism' which encourages local communities and local governments to direct health and social responses rather than central government. This has its advantages as it means that communities can respond to the issues of most concern to them, but local funders and decision makers don't always have the skills (or time!) required to adapt and interpret guidance and evidence. This is why its important to have supportive tools. Organisations such as Mentor UK support institutions such as schools and youth services through the provision of learning events, evidence briefings, and practical guidance on how to translate evidence into practice. I'm very impressed by actions such as those implemented in the Czech Republic which accredits and financially incentivizes prevention professionals. In Croatia, specific funding streams are attached to prevention programme funding, but these are conditional on receiving training in evidence based prevention. Looking more broadly,

poor implementation of evidence based activities is not just something that is a concern in prevention. Research into mental health guidelines, for example, has shown that despite strategies that provide extensive funding and support, the proportion of professionals implementing evidence based guidelines can be as low as 25%. Overall, local communities can improve the chance of prevention professionals using evidence based interventions by:

- Analyse local needs and priorities
- Identify all potential barriers and facilitating factors
- Determine available resources
- Design a strategy to support the adoption of recommendations and make the overall context favourable to the proposed changes

You are a member of the UK Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD). In Poland we do not have this kind of an independent expert body. Could you tell us what is the role of ACMD and how the UK government used ACMD advice?

The ACMD was established in 1971 when the UK introduced its major drugs legislation, the Misuse of Drugs Act. The Act specifies that the Home Secretary is required to seek the ACMD's advice when the government wants to control a new drug, review existing drug laws, and consider wider drug issues. Its membership includes chemists, pharmacologists, addiction specialists, social scientists and criminologists as well as 'experts by experience'. Members are appointed by the Home Secretary for 3 year terms, for a maximum of 9 years. The ACMD has also published influential guidance on wider drug issues, for example, on harm reduction and needle exchange programmes, prevention and opioid substitution therapy, families affected by drug misuse and misuse of medicines. With regards to drug laws, the ACMD reviews evidence for social and health harms of the drug (or group of drugs) and makes recommendations regarding its Classification (which determines penalties) and well as its Schedule (which determines its availability for medicine and research) to the Home Secretary. The Home Secretary is required to consider these recommendations, but is not obliged to follow them. In general, the Government usually follows ACMD advice, but there has been disagreements. For example, the ACMD recommended that cannabis should be a Class C drug (leading to the lowest level of criminal penalties) but the Home Secretary concluded that it should be Class B (associated with harsher penalties). Similarly, the ACMD recommended that ecstasy/MDMA should not be a Class A drug as this placed it equivalent to dangerous drugs such as heroin in the law. This naturally has caused controversy in the past and it has been argued that the system needs to be changed so that the ACMD directly determines drug laws. However, my point of view is that we live in a democracy and not a technoc-

racy and so whilst purely scientific evidence is vitally important, we also need to consider wider issues such as international obligations, public opinion, and the realities of political life.

NPS are still important topic in Poland and also in UK. One of the main challenges is demand reduction in this field. During the Warsaw conference you mentioned that universal prevention on NPS seems to be not the best approach? You proposed to target intervention to concrete groups. Could you explain more your opinion?

Universal prevention approaches aim to target the general population regardless of their overall risk of using drugs or experiencing harm. Typical examples include mass media campaigns and school based curricula. These approaches can sometime be effective but the size of effect is usually small and short lived, hence are most appropriate with regards to high prevalent and frequent behaviours such as alcohol use, tobacco smoking, and perhaps also cannabis use. These sort of approaches tend to focus on the development of resistance skills, or general life skills that can be applied to other areas of life. However, the numbers of people using NPS is relatively small in comparison to use of other types of substances. This is why I don't think it is a good use of resources to develop universal prevention programmes *specifically* targeting NPS, too few people will benefit from it. I think universal programmes should focus on skills development, health literacy, and decision making, and should target multiple 'risk behaviours'. Once these skills have been developed in universal programmes I think that people will be more receptive to substance specific actions. As NPS use and NPS related harms generally (but not always) tend to be concentrated in groups with prior drug use experience, and who display other drug risk behaviours (e.g poly drug use and frequent drug use; injection; use of unknown substances) then I think more selective and targeted drug demand reduction initiatives are more appropriate.

3.2. Toolkits to support use of the European standards – outputs from the EDPQS Phase II project (2013–2015)

Introduction

The first phase of the European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) project took place from 2008 to 2010, involving 12 partner institutions from nine countries. Partners represented academia, policy (e.g. national drugs agencies) and practice (e.g. local health services). The objective of the project was to develop a set of European quality standards for drug prevention; and these were published as a Manual (Brotherhood & Sumnall 2011) and as a Quick Guide (Brotherhood & Sumnall 2013) by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). These materials have been translated into more than 10 languages, including into Polish (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2011; Brotherhood et al. 2015). A follow-up project, the EDPQS Phase II, took place from 2013 to 2015, involving 15 partner institutions from 11 countries. The objective of this follow-up work was to develop materials that could support the use and implementation of the standards in practice. Both projects were co-funded by the European Union.

To develop these support materials in the second project phase, a number of activities were carried out, including: six case studies assessing prevention activities and providers using the EDPQS; a review of 30 existing materials to support health promotion professionals; an online survey with 505 participants; discussion groups with 151 participants; as well as pilot training events in six EU countries with a total of 99 participants representing different professional groups (including in Poland).

These activities resulted in four toolkits which form the main output of the EDPQS Phase II project:

- Toolkit 1 to assist decision-makers (e.g. funders, commissioners) with selecting quality drug prevention initiatives;

- Toolkit 2 to assist service managers, programme developers and other practitioners with reviewing and planning prevention activities;
- Toolkit 3 to assist educators with delivering training on quality standards in drug prevention; and
- Toolkit 4 to assist prevention coordinators and advocates with the strategic development, adaptation and dissemination of quality standards.

Each toolkit contains an informational part and a practical part (e.g. check-lists). All toolkits are available from the project website www.prevention-standards.eu.

The following sections introduce each toolkit, describing its contents and practical purpose.

The four EDPQS toolkits

EDPQS Toolkit 1: Funding & Decision-Making – Selecting quality drug prevention initiatives for funding and support

This Toolkit (Felvinczi et al. 2015) is for decision-makers (including policy-makers, policy-managers, policy-officers, commissioners and funders) working in the field of drug prevention or health promotion at national, regional, county or local administrative levels.

The Toolkit is intended to assist the decision-making process by considering:

- What does quality mean in drug prevention
- Why is quality important
- How to achieve quality within drug prevention programmes

It aims to help decision-makers, including policy-makers, funders and commissioners, to assure quality in the drug prevention activities they support, or which they have been asked to consider for funding or other forms of investment. Special attention is given to topics such as needs assessment, evaluation, and the ethics of decision-making in drug prevention.

The Toolkit is structured in four sections:

- An Overview
- Policy Guide – Part 1: Challenges in selecting high quality prevention initiatives
- Policy Guide – Part 2: Key issues for promoting high quality in drug prevention
- An Assessment Quality Criteria Checklist

The Policy Guide includes important key messages, such as:

- Ineffective programmes and approaches should not be funded, even if they are considered popular
- It is better to finance a smaller number of high quality programmes with a realistic budget rather than a large number of vaguely elaborated programmes which may have a low budget but also no or unwanted effects
- It is important to have transparent selection and funding mechanisms that encourage quality, including needs assessment and evaluation

The Assessment Quality Criteria Checklist is an aid to help decision-makers review and select drug prevention activities in a systematic way. It can be used in everyday practice to help assess project proposals in the funding decision-making process, as well as during the follow-up of the implementation of already supported activities. Toolkit users are encouraged to adapt this tool to meet local requirements.

In summary, Toolkit 1 is of particular value for people wishing to:

- Consider key issues for supporting quality in drug prevention from the decision-maker's perspective
- Assess whether initiatives proposed for funding or other forms of support are likely to be of high quality
- Review already funded initiatives or programmes with a view to assuring their quality

EDPQS Toolkit 2: Self-Assessment & Reflection – Reviewing and improving the quality of prevention work

This Toolkit (Vimercati et al. 2015) will be of use to everyone working within the drug prevention community. It will be of particular interest to those involved in planning or implementing a drug prevention activity, programme or other initiative. Practitioners, programme developers, service managers, and coordinators will find this toolkit of relevance to their work in prevention.

EDPQS Toolkit 2 is available as a web-based application (for those who prefer to work electronically) as well as a PDF version (for those who prefer to work with pen and paper). The web-based application can be found at <http://self-assessment.prevention-standards.eu>. The PDF version include the following documents:

- Introduction and Overview
- Quality Assessment Checklist
- Blank Quality Synthesis Profile

- Improvement Support Questionnaire

The purpose of this toolkit is to support self-learning, self-reflection and self-improvement. It aims to raise awareness regarding the need for “high quality” drug prevention and offers a response to key questions such as:

- What is quality in drug prevention?
- What quality standards should apply to drug prevention activities?
- How could I benefit from using quality assessment tools to review my work?
- How can I better understand and develop the quality of ongoing drug prevention activities?

The Toolkit aims to help improve the quality of work undertaken in prevention and to help fill the gap between science and practice. In particular, it can support the planning or implementation phase of prevention activities by offering practical tools that can help to achieve “high quality” in prevention work. These tools can be used individually, within the work group setting or within an organisation.

For maximum benefit, we recommend a step-wise process to assessing and developing the quality of drug prevention work:

- Conduct a quick self-assessment using the Quality Assessment Checklist (approx. 1 hour)
- Complete and review the Quality Synthesis Profile to identify critical areas (approx. 30 minutes)
- Use the Improvement Support Questionnaire to think about the critical areas in more depth and identify ways to improve the quality of the prevention work (approx. 1 hour per area)

The EDPQS offer a common model for communication among different prevention workers, as well as support for professional and organisational development. The ultimate aim of the EDPQS project is to help develop a professional culture in the prevention field that is supportive of high quality activities.

In summary, Toolkit 2 is of particular value for professionals wishing to:

- Find out to what extent their work already meets the European standards for quality in drug prevention
- Develop a new prevention activity with an orientation towards quality
- Improve the quality of planned or already ongoing activities

EDPQS Toolkit 3: Training – Delivering training to support the use and implementation of quality standards

This toolkit is for people who would like to deliver a training event on quality in drug prevention. It will be of interest to people working for local government or specialised training companies (e.g. providers of courses for practitioners), practitioners who also deliver training, people working at non-governmental organisations (NGOs), University lecturers, or health education providers who work with others (e.g. teachers) to encourage effective prevention.

The Toolkit allows trainers to utilise existing knowledge and materials relating to training on EDPQS, instead of having to develop new materials from scratch. The Toolkit was developed on the basis of several years' experience of delivering seminars on the EDPQS, as well as in-depth input from a range of stakeholders. The Toolkit was also tested in practice prior to publication.

The Toolkit contains different Units (lectures and interactive sessions) that can be combined in modules of varying length (half-day, one day, two days) and tailored by participant group (e.g. practitioners, policy-makers, University students).

The following documents will support potential trainers in delivering a training event on EDPQS:

- Trainers' Guide – the key resource in this toolkit, including descriptions of all the activities ("Units") suggested for training on EDPQS, as well as practical tips for success
- PowerPoint slides – a set of slides to support all the Units outlined in the Trainers' Guide, with a detailed commentary to help trainers talk through the slides
- Handouts for participants – this document includes all the handouts which participants will receive during the training
- Pre-seminar and post-seminar questionnaires – questionnaires that participants can complete to support planning and evaluation of the training
- Trainer self-reflection – a questionnaire that trainers can complete immediately after the training event to reflect on what they thought went well and what should be done differently next time

With this material it is possible to deliver an independent training event on quality standards in drug prevention. However, future trainers are advised to contact representatives of the Prevention Standards Partnership for further information before delivering a training event.

In summary, Toolkit 3 is of particular value for professionals wishing to:

- Show others how to use quality standards when planning and reviewing drug prevention activities
- Develop ideas on how to deliver training on quality standards in an interactive and engaging way
- Benefit from ready-prepared materials, including presentation slides, hand-outs and evaluation questionnaires

EDPQS Toolkit 4: Adaptation and Dissemination – Promoting quality standards in different contexts

This toolkit is for people who would like to raise the quality of preventive work by strategically promoting the use of quality standards in their own country (or region, municipality) or in their own professional context (e.g. a particular setting). It aims to help to promote quality standards, and in particular the EDPQS, in drug prevention. It shares the practical experiences of policy-makers, practitioners and researchers who have used and adapted the EDPQS to help raise the quality of drug prevention in their own countries or professional context.

Developing, translating, adapting and/or strategically disseminating quality standards require careful planning and are all addressed in this toolkit. Specifically, the toolkit helps to:

- Plan adaptation/dissemination (including translation) of the EDPQS in a systematic way from start to finish
- Make informed decisions rather than have lengthy discussions about what to do
- Correctly estimate the resources (time, money, people) required
- Foresee and address potential difficulties in advance
- Apply for funding to translate, adapt and/or disseminate the EDPQS

The toolkit includes the following documents:

- EDPQS Translation and adaptation checklist
- Introduction & Key Messages
- Step 1: Deciding what to do
- Step 2: Identifying potential barriers
- Step 3: Undertaking the adaptation
- Step 4: Promoting quality standards
- Example projects

By structuring the adaptation process into four steps, the toolkit offers a systematic and easy-to-follow approach to translating, adapting and disseminating the EDPQS.

Official translations and adaptations of the EDPQS, as well as formal dissemination activities, are expected to follow the recommendations in this toolkit. In addition, work 'inspired' by the EDPQS (e.g. quality standards developed in other domains) may benefit from the toolkit even though it may not follow all the recommendations. The toolkit was developed for use with the EDPQS, but many recommendations will also be relevant for the adaptation and dissemination of other quality standards.

In summary, Toolkit 4 is of particular value for professionals wishing to:

- Find out about effective methods and ways to promote the use of quality standards
- Translate and/or adapt the EDPQS and related materials
- Develop new (or revise existing) quality standards (including funding criteria) using the EDPQS

Conclusions

The four EDPQS toolkits have been developed to serve different professional needs and purposes, and they can be used by different target audiences. While Toolkits 1 and 2 can support policy-makers, commissioners, and practitioners with their day-to-day work in drug prevention, Toolkits 3 and 4 support prevention coordinators and advocates to disseminate information about quality standards and to support others with achieving quality in drug prevention.

As the materials have been developed based on consultations with a large number of stakeholders, it is hoped that target audiences will find them useful in their work. However, the EDPQS will only be able to add value to the drug prevention field if they are actually used by those working in the drug prevention field.

Bibliographical references

- Brotherhood A & Sumnall HR (2011) European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Manual 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available from: <http://prevention-standards.eu/manual/>
- Brotherhood A, Sumnall HR (2013) European drug prevention quality standards: a quick guide. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction,

Ad hoc publications. Luxemburg: Publications Office of the European Union. Available from: <http://prevention-standards.eu/quick-guide/>

Brotherhood A, Sumnall HR & Malczewski A (2015) Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków – krótki przewodnik. Warsaw: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. Available from: <http://prevention-standards.eu/quick-guide/>

Brotherhood A, Sumnall HR & the European Prevention Standards Partnership (2015) EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts ("Adaptation and Dissemination Toolkit"). Liverpool: Centre for Public Health. Available from: <http://prevention-standards.eu/toolkit-4/>

Donini R, Zunino A, Balugani R, Panza M, Romani F, Brotherhood A & the European Prevention Standards Partnership (2015) EDPQS Toolkit 3: Delivering training to support the use and implementation of quality standards ("Training Toolkit"). Liverpool: Centre for Public Health. Available from: <http://prevention-standards.eu/toolkit-3/>

Felvinczi K, Sebestyén E, Mutatayi C, Malczewski A & the European Prevention Standards Partnership (2015) EDPQS Toolkit 1: Selecting quality drug prevention initiatives for funding and support ("Funding and Decision-Making Toolkit"). Liverpool: Centre for Public Health. Available from: <http://prevention-standards.eu/toolkit-1/>

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2011) Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Warsaw: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Available from: <http://prevention-standards.eu/manual/>

Vimercati N, Celata C, Olivadoti S, Bafi I, Lehner R, Schmidbauer R & the European Prevention Standards Partnership (2015) EDPQS Toolkit 2: Reviewing and improving the quality of prevention work ("Self-Assessment and Reflection Toolkit"). Liverpool: Centre for Public Health. Available from: <http://prevention-standards.eu/toolkit-2/>

Agnese Zile-Veisberga

National Drug Coordinator

Ministry of The Interior of Latvia

3.3. Developing minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union

Introduction

In our daily life a demand for qualitative products and services takes important role, starting from safe and ergonomic housing and ending with washing powder and routine appointment to a hairdresser. The term “quality” for businessmen, simple customer, treatment specialist or manufacturer means a different concept, however, overall we can say that quality encompasses characteristics and traits of something or someone. When describing qualitative product or service, a degree of excellence is associated with it.

Quality standards are set of measures used to produce quality. International Organization of Standardization defines standards as a document that provides requirements, specifications, guidelines or characteristics that can be used consistently to ensure that materials, products, processes and services are fit for their purpose.

Quality standards in drug demand reduction

Drug demand reduction area encompasses several public health sub-areas such as prevention, early intervention, treatment, rehabilitation, recovery, social reintegration, as well as risk and harm reduction, and is closely related to health care systems in each country. Quality standards in drug demand reduction ensure that all these interventions and services are tailored and offered according to the needs of a target group and will reach the desirable outcome, for example, reduction of drug use in a risk group, decrease of infectious diseases among injecting drug users etc.

Although standards are not panacea to solve all drug related problems, they can serve as a good tool so as to develop and implement effective programmes.

Needless to say, that standards must be developed by reviewing the results of existing experience and best practice, observing that accomplishment of certain action and in certain order can bring effective and efficient result. Moreover, use of standards can limit the possibility of harmful intervention, especially knowing that many drug demand reduction programmes aim to change perceptions and behaviours of a target audience, or in simple words, work with peoples mind.

It also needs to be underlined that under the austerity measures in many countries, the economic aspects are becoming increasingly important, which means that in addition to an effective outcome, also the most cost-effective way to reach this outcome is crucial, and here appropriate set of standards can play very important role. For example, introducing selective prevention intervention for a juveniles with risk behaviours according to standards can ensure that needs are met, professionals are involved, process is monitored and results disseminated, in other words by doing all those steps the risk of wasting money for ineffective intervention will be reduced considerably.

Development of drug demand reduction quality standards has not been an easy task, not only because it covers many sub-areas, but also because the drugs situation is constantly changing, and is different not only at the national but also at regional or city levels. Therefore, at the EU level quality standards must be broader and overarching so as to ensure that they fit to different drug-related problems in different countries or even regions, which is why at the EU level we can talk only about the minimum quality standards,

Developing EU minimum quality standards

There is a long and rich experience behind development of EU quality standards in drug demand reduction. For several decades European countries have implemented interventions, programmes and projects to respond to the drugs problem with effective prevention, treatment or risk and harm reduction interventions. Countries have developed national technologies, guidelines, quality criteria to ensure that interventions and services are as effective and efficient as possible.

As a result, for last couple of years idea of guidelines or standards in drug demand area became more visible also at the international level and several international guidelines and standards were published, for example in 2008 WHO published *"Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users"*, in 2012 UNODC published *"Treatnet: Standards for drug dependence treatment and care service"*; in 2013 UNODC published a systematic review on *"Standards for Drug Prevention"* which was updated in 2015.

An idea for minimum quality standards in drug demand reduction at the EU level was strengthen when the EU Action Plan on Drugs 2009-2012 was drafted

and adopted. Action 17 called to develop, implement and exchange good practice guidelines/quality standards for prevention, treatment, harm reduction and rehabilitation interventions and services. It was agreed that such standards would promote good quality in EU Member States as well as it could serve as a flagship of European evidence-based policy when promoting it to the third countries and regions.

By this time EMCDDA already had collected significant experience from the EU Member States. Moreover, the Liverpool University had launched the project EDPQS. Pursuant to the Action of the EU Action Plan for drugs the European Commission financed the EQUS Project – Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction.

When developing new EU Strategy 2013–2020 and the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 the idea of the EU minimum quality Standards in Drug demand reduction was better defined and the Action 9 of the Action Plan clearly called to agree and commence the implementation of EU minimum quality standards, that help bridge the gap between science and practice, for: (a) environmental, universal, selective and indicated prevention measures; (b) early detection and intervention measures; (c) risk and harm reduction measures; and (d) treatment, rehabilitation, social integration and recovery measures”.

The development of the standards was undertaken by the Horizontal Working Party on Drugs¹ during Italian Presidency in 2014 in cooperation with external experts and EMCDDA. In 2014 an experts group was established that by the end of the year proposed 20 minimum quality standards: 5 in prevention area; 5 in risk and harm reduction area and 10 in treatment area.² The proposed standard by their nature were prepared as principles to be used when developing and implementing interventions in drug demand reduction area. On a basis of this proposal, a draft Council conclusions³ was developed for the adoption at the Council of the EU.

The Council conclusions on minimum quality standards

In 2015 during the Latvian Presidency the Horizontal Working Party held discussions on the proposed Council conclusions. The discussion process showed that agreement of the minimum quality standards is difficult and, even though

¹ The Horizontal Working Party on Drugs (HDG) was established in 1997 and is responsible for leading and managing the Council's work on drugs. It performs both legislative and general policy work in two main areas: **drug supply reduction** and **drug demand reduction**. This work is focused on three cross-cutting themes: **coordination, international cooperation, and research, monitoring and evaluation**.

² Dokument z tych prac jest dostępny pod adresem: http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?amp;typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-10118-2015-INIT

³ The Council of the EU negotiates and adopts not only legal acts but also **documents** such as conclusions. The Council uses these documents to express a political position on a topic related to the EU's areas of activity. These types of documents only set up **political commitments or positions** - they are not foreseen in the treaties. Therefore, they are not legally binding

Member States support this initiative, the national health care systems and practices in drug demand area are very different. EU Member States expressed their views on their national perspectives in works over the document. Regarding the prevention field, concerns were raised that emphasising the issue of implementing evidence-based measures might cause that a number of prevention programmes already in use will become inoperable if the standards are fully adopted. By no means was this concern voiced by the new Member States but a representative of the so-called old Union. The Polish delegation to the HDG has been supporting works on the standards since the beginning. In June, the National Bureau for Drug Prevention (KBPN) and Mazovian Centre for Social Policy hosted a conference on this topic. The conference was attended by 150 participants and the conclusions were presented at the July HDG session. Apart from the involvement of the Latvian Presidency, the key to success was the support provided by the European Commission and EMCDDA.

Finally, in July 2015 Horizontal Working Party on Drugs endorsed the Draft Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union.⁴ Provisionally Council of the EU will adopt these conclusions by the end of September 2015.

The objective of these Council Conclusions is to support Member States in embedding coordinated, best practice and quality approaches in drug demand reduction. This is a political resolution of EU Member States on the minimum quality standards in drug demand reduction. It sets out the agreed standards as well as the way of implementation and necessary way forward.

EU Minimum quality standards in drug demand reduction

I. Prevention

- a. Prevention (environmental, universal, selective and indicative) interventions are targeted at the general population, at populations at risk of developing a substance use problem or at populations/individuals with an identified problem. They can be aimed at preventing, delaying or reducing drug use, its escalation and/or its negative consequences in the general population and/or subpopulations; and are based on an assessment of and tailored to the needs of the target population;
- b. Those developing prevention interventions have competencies and expertise on prevention principles, theories and practice, and are trained and/

⁴ Dostępny pod linkiem: http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=EN-TRY&i=ADV&DOC_ID=ST-11271-2015-INIT

or specialised professionals who have the support of public institutions (education, health and social services) or work for accredited or recognised institutions or NGOs;

- c. Those implementing prevention interventions have access to and rely on available evidence-based programmes and/or quality criteria available at local, national and international levels;
- d. Prevention interventions form part of a coherent long-term prevention plan, are appropriately monitored on an ongoing basis allowing for necessary adjustments, are evaluated and the results disseminated so as to learn from new experiences.

II. Risk and harm reduction

- a. Risk and harm reduction measures, including but not limited to measures relating to infectious diseases and drug-related deaths, are realistic in their goals, are widely accessible, and are tailored to the needs of the target populations;
- b. Appropriate interventions, information and referral are offered according to the characteristics and needs of the service users, irrespective of their treatment status;
- c. Interventions are available to all in need, including in higher risk situations and settings;
- d. Interventions are based on available scientific evidence and experience and provided by qualified and/or trained staff (including volunteers), who engage in continuing professional development.

III. Treatment

- a. Appropriate evidence-based treatment is tailored to the characteristics and needs of service users and is respectful of the individual's dignity, responsibility and preparedness to change;
- b. Access to treatment is available to all in need upon request, and not restricted by personal or social characteristics and circumstances or the lack of financial resources of service users. Treatment is provided in a reasonable time and in the context of continuity of care;
- c. In treatment and social integration interventions, goals are set on a step-by-step basis and periodically reviewed, and possible relapses are appropriately managed;
- d. Treatment and social integration interventions and services are based on informed consent, are patient-oriented, and support patients' empowerment;

- e. Treatment is provided by qualified specialists and trained staff who engage in continuing professional development;
- f. Treatment interventions and services are integrated within a continuum of care to include, where appropriate, social support services (education, housing, vocational training, welfare) aimed at the social integration of the person;
- g. Treatment services provide voluntary testing for blood-borne infectious diseases, counselling against risky behaviours and assistance to manage illness;
- h. Treatment services are monitored and activities and outcomes are subject to regular internal and/or external evaluation.

Overarching principles

Additionally, when developing these standards it was noticed that some of them are important in every area, therefore a special overarching principles were defined:

- there are EU minimum quality standards in drug demand reduction must respect ethical principles, human rights, confidentiality, cultural and social characteristics, including gender issues and health inequalities;
- interventions implementing these standards should be properly designed, duly monitored and evaluated;
- interventions implementing these standards should be based on an assessment of needs and tailored to the needs of the target population.

Implementation and the way forward

These minimum quality standards are a political resolution calling for a common practice in the EU in order to ensure qualitative drug demand reduction interventions and services. This agreement is not legally binding as it is in cases with decisions, directives or regulations. These standards serve as a political or top-down support for countries or practitioners that want to introduce standards in their countries and improve provided service.

These standards also represent the minimum benchmark, however each country can implement higher standards, adapting them to their national situations. There can be a specific drug problem represented only in one country and response to this problem could be built using rudimentary EU minimum quality and adding new more specific quality standards.

Even though EU minimum quality standards sets kind of a framework, this work leaves a door open to innovative programmes that in drug demand reduction is crucial. The only limiting factor would be that these new and innovative interventions, programmes or services must be monitored, evaluated and results should be disseminated so as to learn from experience acquired.

At the EU level the next step would be monitoring and evaluation of the implementation of these standards. The results will be assessed in 2016 when the final evaluation of the EU Action Plan 2013–2016 and mid-term evaluation of the EU Drugs Strategy will be carried out and. Upon the results of the assessment the Council of the European Union will decided on further steps.

3.4. New Psychoactive Substances – the challenge to drug services¹

The beginning of the phenomena

In 2008, NPS started arriving at the drug scene. Initially, very few drug users that sought new sensations were familiar with them. The term “new psychoactive substances” or rather “afterburners”, as literally translated from the Polish language, originated as the name of the first retail chain that distributed the substances at high street shops and online. Between 2008 and 2010, anyone could open an NPS store under franchise. The stores were springing up and by the end of 2010 there were 1378 outlets (brick and mortar store) operating across the country under such chains as: Dopalacze.com, Smartszop or Smileshop. The legislative solutions and direct measures taken by the Chief Sanitary Inspectorate and police towards the end of 2010 led to the shutdown of the high street stores and hit the online market (Główny Inspektor Sanitarny 2013). In early October 2010, several thousand premises were inspected within a few days. Consequently, nearly all NPS stores ceased to operate. October was the month of the record number of medical interventions (258) – most likely due to NPS-related poisonings (Burda 2014). However, two years later, the NPS business started resurfacing. New stores were being established. The number of websites offering NPS was also on the rise. It is worth looking at the terms used to describe the new substances.

Definitions

The widest definition used in Europe describes new psychoactive substances as the substances beyond the control of UN conventions on narcotic drugs. According to the amendment introduced in 2010 to the Act on counteracting drug

¹ This first Polish version of the article was originally published in the November issue of „Świat Problemów” (World of Problems) 11/2015 and this English version features data on drug treatment units and some new data.

addiction, new psychoactive substances are called substitute drugs. It should be noted that the Polish drug law does not use the term drug but narcotic drugs or psychotropic substances. As a result, since 2011 the terms narcotic drugs, psychotropic substances and substitute drugs have been used. The amendment of Act of 1 July 2015 (Drug Law) introduced a new legal term – new psychoactive substances i.e. substances placed on the list of the Minister of Health. In order to develop recommendations for the Ministry of Health which would specify dangerous substances, a special Risk Assessment Team was appointed. The Team's first meeting took place in July 2015. The Team may also recommend which psychoactive substances should be made illegal i.e. become narcotic drugs or psychotropic substances by law. Following 2010 and shutdown of NPS stores, a new group of substances marketed as research chemicals (RC) appeared. Unlike NPS, an individual who buys RC receives information what he or she buys. The packaging lists the substance's name and its chemical formula. Officially, RC are sold as lab test materials. Some of them were intended to be pharmaceuticals such as alpha-PVP or MDPHP for Parkinson's disease or isopropylphenidate for ADHD. RC are used mainly by psychonauts, who intentionally experience altered states of consciousness. They are individuals possessing extensive knowledge of psychoactive drugs, which they share on Internet forums and blogs.

Godfather of NPS

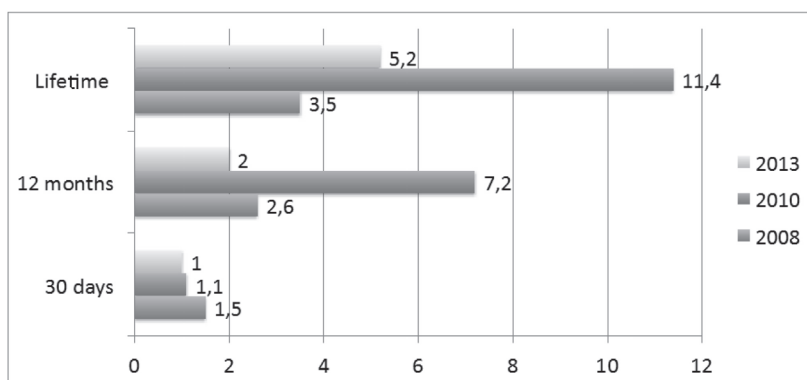
New Psychoactive Substances (NPS) were originally called designer drugs. Psychoactive substances were modified to obtain similar properties or even better drugs that would be legal. The person who could be called godfather of new psychoactive substances Alexander "Sasha" Shulgin, author of two books on the subject. Both publications list hundreds of chemical formulas of psychoactive substances. Most of them were, are or will be available on the market. One book, "Phenethylamines I have known and loved: a chemical story of love", was written in 1991. In the book, Mr Shulgin along with his wife describe research, synthesis and ways of administering including doses of over 170 derivatives of phenethylamine. The other book was published in 1987 under the title "Tryptamines I have known and loved: the continuation". The book contains descriptions of research into psychoactive substances of the tryptamine class, their synthesis, dosing and effects (Alexander Shulgin Research Institute 2015).

Epidemiology

In 2008, the National Bureau for Drug Prevention (KBPN) along with the Centre for Public Opinion Research (CBOS) conducted a survey called "Youth" among young people on the use of psychoactive substances. The measurement included participants aged 18–19. The survey for the first time in Poland and probably

in Europe contained questions about NPS. The measurement was repeated in 2010 and 2013. Consequently, we can follow the NPS trends at key moments: the emergence of NPS stores (2008), the widest network of the stores (2010) and three years after the radical reduction of access to the stores in 2010 (last study in 2013). The 2013 results reveal a fall in the prevalence of NPS use. Over a half fewer respondents (5%) reported ever using NPS compared to 2010 and three times as few respondents had used NPS in the last 12 months (drop from 7% to 2%) while the last 30 days prevalence rate stood at 1% (Malczewski 2014). The 2013 measurement shows that the shutdown of NPS stores affected the prevalence rates. Analysing the prevalence according to sex of the respondents we observe that NPS are mainly used by boys. Girls reported experimenting with NPS (2.8%); however, they had almost not used the substances in the last 30 days and 12 months. The survey is going to be repeated in 2016; however, considering the rise in the availability of NPS, we should expect a rise in the prevalence thereof.

Figure 3.4.1. NPS prevalence among Youth – CBOS and KBPN surveys (%)

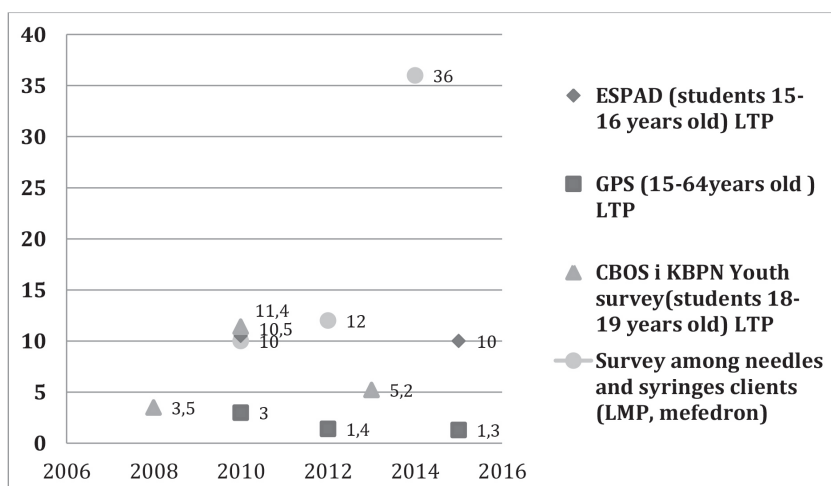


Source: Malczewski 2014

The results of the Youth survey (presented earlier) as well other studies conducted by the Polish Reitox Focal Point in KBPN have been presented in Figure 3.4.2. Last survey among Youth (ESPAD) had been conducted in 2015. Prevalence rates for NPS use are the same in 2011 and 2015: 10%. Apart from the ESPAD survey we have three other measurements which can be used to describe the prevalence of NPS. One should note a low percentage of NPS users in the general population – 3% in 2010 (Malczewski 2012). However, only NPS store visitors were asked about using NPS. It means that the indicator would be higher because some users got hold of NPS from friends or buy in internet.. In the latest survey z 2015, lifetime use of NPS was reported by few respondents – 2.2%. The prevalence rates for the last 12 months and 30 days were 0.5% and 0.2% respectively (Malczewski, Misiurek 2015). Nearly half of the last 12 months respondents

(46%) who had used NPS in the form of powder or tablets. Much less popular were herbal concoctions (17%), fluids (17%) or other forms (17%). Every third NPS user made a purchase online (32%). There were also individuals who got NPS supplies in a specialist shop (17%). The highest prevalence rates for NPS use were recorded among clients of low-threshold programmes (needles and syringes exchange programs). In the latest survey from 2014, mephedrone use in the last 30 days was reported by 36% of respondents, which constitutes an increase of 24 percentage points compared to 2012. If we take into account the use of other NPS, then almost half of the survey participants (47%) reported using new psychoactive substances (Malczewski 2016).

Figure 3.4.2. Results of the CINN KBPN survey or surveys on NPS among young people commissioned by the KBPN (ESPAD, Youth), age 15–64 and clients of needle and syringe exchange programmes (%).



Source: ESPAD: (Sierosławski 2015, slid 18), GPS (Malczewski, Misiurek 2015, p. 34), Youth Survey: (Malczewski 2015, p. 170), Survey among needles and syringes clients: (Malczewski 2016, p.25)

Why are NPS dangerous?

The analysis of the NPS market shows that new psychoactive substances are probably more dangerous than traditional drugs. Never in Poland had drug use caused so many poisonings as in July 2015 and in such a short period of time (close to 2000 cases in July 2015 (Burda 2015)). To obtain a single portion of a new psychoactive substance one needs much less active agent compared to traditional drugs (EMCDDA 2014). It is therefore easy to increase the dose and obtain a much more potent substance. New psychoactive are relatively cheap to produce so the distributors do not always control the content of the merchandise

. What is more, they themselves are not always sure what they actually receive from the producers (based in China and India) (EMCCDA 2016). Consequently, some NPS distributors send their products to commercial labs for tests and information on the content thereof. Under the international I-TREND² project we inspected the content of the most prevalent NPS in the most popular online stores. The so-called research chemical were purchased. It turned out that every third sample out of eighteen bought in Polish Internet shop contained a substance different from the one on the label. Moreover, NPS, despite similar prices, differed considerable in terms of the active agent. The same shop sold Ethcathinone (chemical name of one of the NPS), which contained 37% and 99% of the active agent at the same price (Malczewski, Sałustowicz 2015). To use the example of alcohol, one could say that the buyer ordered a beer (5% alcohol by volume) and received wine (13% alcohol by volume). The buyer found out the potency of the substance only after consumption, which could lead to overdosing and death. Ordering NPS was easy and fast. Most of the shipments came after several days and almost all of them were paid for upon receipt at the post office. One of the leading sellers launched a marketing campaign for their regular customers – 1000 free parcels containing three NPS. The value of NPS in framework of promotion action was PLN 50 thousand (Kolekcjoner facebook webpage 2015). For the purposes of the I-TREND project, the TOP 10 of the most popular NPS in Poland was created. According to this chart, the leading substance in the years 2013–2014 were UR-144 and AM-2201 (Malczewski 2015). They are synthetic cannabinoids for smoking and acting in a way similar to cannabis. Unlike cannabis, synthetic cannabinoids can lead to fatal overdoses. Another class of substances, acting like amphetamines, were cathinones: penthedrone, 3, 4-DMMC, Brepheдрone, pMP-PP, MDPBP, alpha-PVP, 3-MMC, Ethcathinone (Malczewski 2015). Using these substances might also lead to death and poisonings.

Prevention

In 2009, prevention and educational actions aimed at new psychoactive substances were launched. That year, the National Bureau for Drug Prevention (KBPN) started a website dedicated to NPS. In the last several years, the KBPN has published or commissioned a lot of prevention materials on NPS. Most of them have been released in print or online at the KBPN's website (http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707):

1. Universal prevention programme of 2011 “Taste of life – debate on NPS” is based on activating methods and targets adolescents aged 15–18.

² I-TREND project was implemented in Poland by the University of Social Sciences and Humanities under the leadership of Prof. Piotr Sałustowicz. Apart from the Polish researchers, the analysis of NPS stores, Internet forums and the online survey was conducted by scientists from France, Netherlands, Czech Republic and United Kingdom.

2. Prevention materials on NPS for school counsellors, pedagogues, prevention specialists, experienced teachers, form teachers or youth leaders.
3. Guidebook on psychoactive substances for parents "Closer to each other – further away from drugs"
4. Scenario for a 2-lesson parental meeting on NPS to be held at schools and to be used by counsellors or form teachers.
5. Guidebook for parents "Of pharmaceuticals, cannabis and new psychoactive substances without hysteria". This publication in a reader-friendly manner presents issues related to the use of cannabis, NPS and pharmaceutical drugs and contains practical advice for parents.
6. Educational brochure for parents and teachers of 2014 entitled "New psychoactive substances". It is aimed at parents, teachers and pedagogues.
7. Leaflet of 2015 entitled "New drugs. Do you know the truth on new psychoactive substances?" and targeted on young people. It contains the most important information on NPS and rules of conduct in case of life-threatening situations.

Thinking of the scope of demand reduction, it is worth referring to the opinion expressed by Prof. Harry Sumnall of John Moores University in Liverpool, who in an interview for "Świat Problemów" magazine³ (the interview is a chapter 3.1 in the book) shared a view that universal prevention should not be aimed at new psychoactive substances as the group of NPS users is relatively limited compared to users of other psychoactive substances. According to the British analyses, NPS are used mainly in specific groups such as injecting drug users, man who have sex with men or prison inmates. Few people will therefore benefit from universal NPS prevention. According to Prof. Sumnall, it would be more effective to concentrate on indicated or selective prevention targeted on at-risk groups. It should be noted that in November 2015 at the annual national conference of harm reduction programmes organized by the Polish Focal Point, was a one-day training course for harm reduction programmes dedicated to NPS. The training was provided by the Monar Association of Krakow. Since in Poland it is becoming more and more popular to inject NPS, harm reduction activities seem a crucial element of the response to the problem.

NPS-related poisonings

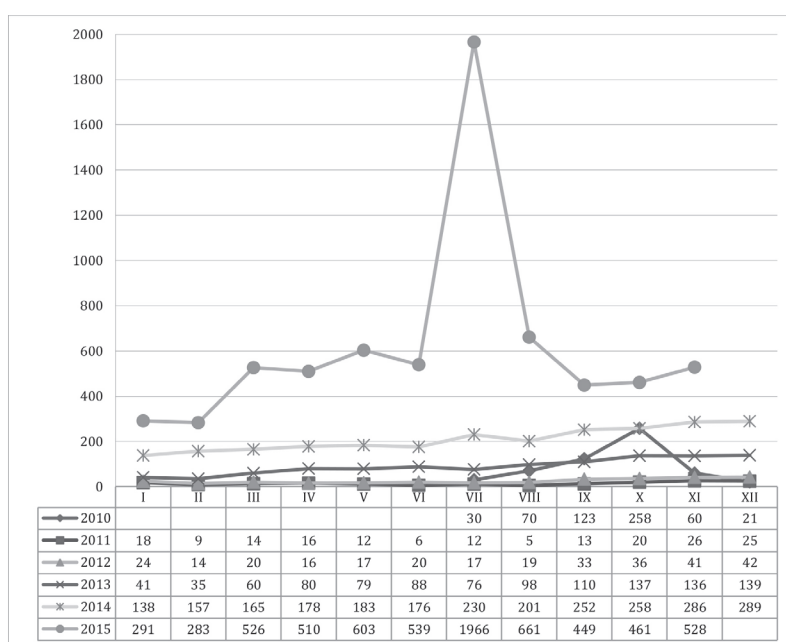
Dr Piotr Burda's Centre for Poisonings Control in Warsaw has been recording a growing number of NPS-related poisonings since the end of 2013. That year saw re-emergence of the NPS stores in Poland. A year later there were approx. 100 of them. It was one of the biggest retail markets in Europe. Only in Latvia

were there fewer shops; however, if you consider the population level there were even more. By April 2014 there were approx. 43, mainly in Riga. Considering the steady month-to-month increase of NPS-related poisonings since 2013 and the activity of the NPS sellers (development of the retail market) it could be concluded that the problem was growing. The Sanitary Inspection imposed fines on the NPS sellers, which were practically uncollectible (MedExpress 2015). The stores of 2014 and 2015 differed from the ones of 2010. There was no information given on the fact that new psychoactive substances were sold on the premises, just as was the case in 2010. To the contrary, the seller tried to hide this fact for fear of raids by the Sanitary Inspections. Similarly to 2010, upon the introduction of the new regulations intended to combat the NPS market, at the beginning of July 2015, there was a dramatic rise in the number of medical interventions in relation to NPS poisonings. In total, almost 2000 such incidents were recorded (Burda 2015). The product named “Mocarz” (Strongman) was most likely to be the cause of the poisonings. Unfortunately, in 80% of all poisonings in Poland we do not know which substance to blame for the hospitalizations. According to the analyses conducted by the National Medicines Institute in Warsaw, the product “Mocarz”, depending on the year, contained in the following substances: WH-203, JWH-081, JWH-019 (in 2010), UR-144 and 5F-AKB48 (in 2014) as well as UR-144, AM 2201 and 5-FUR-144 (XLR-11) (in 2015). The changes in the composition of “Mocarz” were, among other things, the consequence of the ban on more psychoactive substances. To analyse the situation, the Polish Focal Point formulated two hypotheses in response to the sharp rise in the number of NPS-related poisonings. One was the so-called warehouse clearance and the resulting higher supply of more potent NPS on the market. High street stores as well as the online ones tried to get rid of large quantities of illegal substances by 1 July by increasing the content of the active agent in a product or by lowering the price (Malczewski 2015).

The other hypothesis was the arrival of a new, more dangerous substance. There is no system of toxicological testing in Poland, which has been advocated for several years by Dr Piotr Burda (national toxicology consultant). The system would allow for obtaining body fluids from the poisoned individuals and clearly stating the cause of the poisoning. Since the Mocarz producer runs a fanpage on Facebook, it was possible to trace back their previous behaviour. At the end of June, the company had launched a marketing campaign. When buying one product you could get one free. “Mocarz” was one of the free extras. Consequently, users could get more of the psychoactive substance for the same money (Kolekcjoner.nl facebook webpage 2015). The “Mocarz” products seized by the police in Silesia contained the following synthetic cannabinoids: UR-144, 5-FUR-144 (XLR-11), BB-22, 5F-PB22. Individuals who got poisoned with synthetic cannabinoids in Silesia acted aggressively, which had not been noted previously. The total number of poisonings in Silesia reached 700 (Burda 2015). Therefore, the

second hypothesis accounting for the surge in NPS-related poisonings could be the arrival of a new synthetic cannabinoid, which replaced 114 psychoactive substances banned on 1 July. The Central Forensic Science Laboratory of the Police detected in new psychoactive substances seized in two provinces the substance MDMB-CHMICA (aka MMB-CHMINACA). The information provided by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) shows that 30 poisonings and 9 deaths related to MDMB-CHMICA were recorded in Europe (Austria, Denmark, Spain, Hungary, Norway, Sweden and United Kingdom). This substance might have been responsible for the poisonings in Silesia.

Figure 3.4.3. Suspicion of medical intervention (in hospital) due to use of NPS



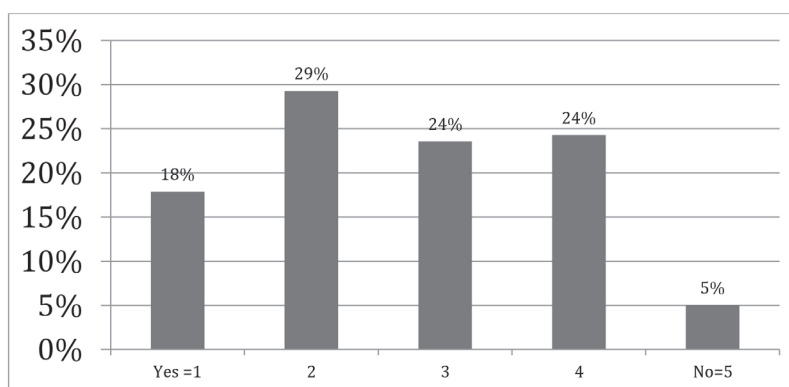
Source: Burda 2015

Treatment units and NPS

The analysis of the situation in Poland demonstrates that NPS are available again and keep causing health harm. Towards the end of 2014, the Polish Focal Point analysed the situation in drug treatment units. A short survey questionnaire was designed and sent to approx. 300 units (drug counselling centres, therapy facilities, psychiatric wards, substitution treatment programmes and other) across the country. 140 treatment centres responded to the survey. The measurement was intended to determine how well the units were prepared to provide

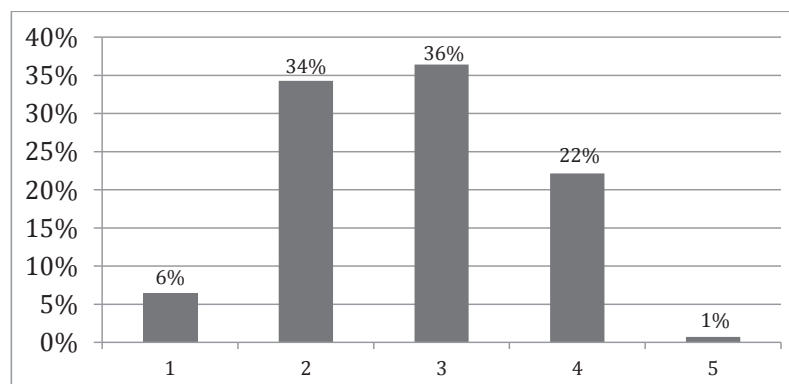
assistance, what the scale of the problem was and what assistance was expected. The first results were presented in November 2014 at the meeting of the G7 group in Berlin during the session devoted to NPS. According to the results, 47% of the surveyed units are prepared to provide specialist assistance to dependent individuals. However 29% units are not prepared for helping NPS clients (Figure 3.4.3). Percentage of units regarded their knowledge as sufficient (40%) was higher than insufficient (23%) (Figure 3.4.4).

Figure 3.4.3. Assessment of the capacity to provide assistance for NPS-dependent individuals (5-point rating scale: from 1= yes to 5=no) – percentages of drug treatment units



Source: survey by the Polish Focal Point

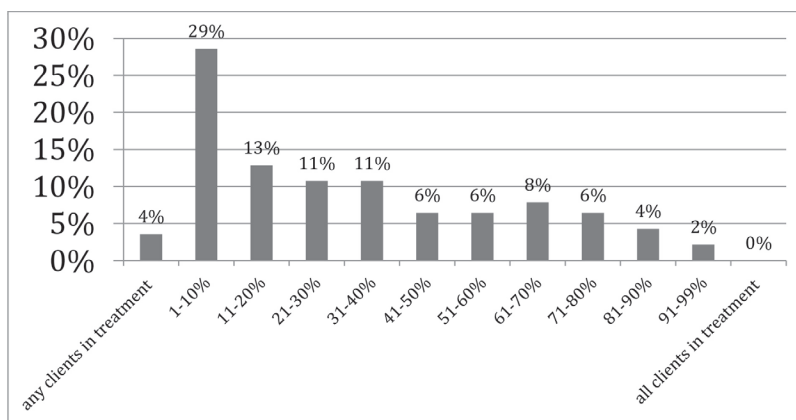
Figure 3.4.4. Assessment of the knowledge on NPS (5-point rating scale: from 1=sufficient to 5=insufficient) – percentages of drug treatment units



Source: survey by the Polish Focal Point

The results showed that in nearly 41% of the units nearly a half of the patients or more had reported NPS using. We would like to know also what is the percentages of clients of treatment centres who had a problem with NPS using. The results showed that in 26% the patients who entered treatment due to the use of NPS constituted over a half of all the patients. (Figure 3.4.5). Any clients had 4% of treatment centres. In 2% the patients who entered treatment due to the use of NPS constituted more than 90% of all the patients. Individual who sought treatment most frequently had used NPS of stimulant properties (64%) while 14% reported using synthetic cannabinoids. The survey was intended to assess what kind of support was needed by drug treatment personnel towards NPS patients. The personnel expected mainly training devoted to the knowledge on NPS (84%) and training materials (79%). Less attention was drawn to the participation in training courses (65%) and reception of publications (62%). The units which took part in the survey were sent the publication on NPS, which had been released the previous year. The results show that NPS have become a permanent component of the drug scene and drug treatment units do not always feel prepared to provide assistance for NPS-dependent individuals.

Figure 3.4.5. Percentage of patients reporting to drug treatment due to the use of NPS – horizontal line and vertical line



Source: survey by the Polish Focal Point

Conclusions

Unfortunately, the NPS market has permanently entered the drug scene in Poland. The question of legality of this type of substances does not seem to prevent some groups such as injecting drug users or psychonauts from using or buying them. NPS available from drug dealers and at online black markets e.g. Silk Road

2. NPS should therefore be treated the same way as traditional drugs i.e. be subject to criminal law and not administrative law as is the case at present. In the light of the legislative deficiencies, the prosecution and courts apply Article 160 and 165 of the Criminal Code to sentence NPS sellers or producers. However they need the strong evidence of harm in aim to convict based on these articles. The experience of Latvia of April 2014 show that the introduction of an instant temporary ban on NPS, criminal liability along with the generic law (control of a class of substances of similar chemical formula not individual substances) led to the closure of the legal NPS market i.e. brick and mortar store. Consequently, the number of poisonings fell, NPS shops do not operate and so far (end of 2015) the situation in the country is stable. It does not change the fact that NPS are still available on the Internet. The introduction of the generic law based on the criminal law could lead to the closure of the NPS market (brick and mortar store) in Poland. Moreover, it is worth considering the implementation of selective and indicated prevention measures as well as harm reduction against NPS. In the field of universal prevention it is of key importance to conduct evidence-based and effective programme such as recommended programmes in Poland. It should be stressed that according to scientific research only education and evidence-based prevention is likely to be successful. Consequently, it seems that leaflets, awareness campaigns and spots on NPS should be used to support the implementation of evidence-based prevention programmes targeted on children and adolescents as well as parents.

References:

- Alexander Shulgin Research Institute (2015): <http://www.shulginresearch.org/home/about/alexander-sasha-shulgin/> (access: 2015.10.09)
- Burda, P. (2015) Ośrodek Kontroli Zatruc, Warszawa, Piotr Burda, Raport o zgłoszonych przypadkach podejrzeń zatruc substancjami psychoaktywnymi („dopalaczami”) w okresie lipiec–sierpień 2015 roku.
- Burda, P. (2014) Analiza zgłoszeń podejrzeń zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP, „dopalaczami”) na podstawie danych zarejestrowanych przez Ośrodek Kontroli Zatruc-Warszawa w 2013 roku. Ośrodek Kontroli Zatruc-Warszawa (raport niepublikowany)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014), European Drug Report 2014: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2016), EU Drug Markets Report: In-Depth Analysis, EMCDDA–Europol Joint publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

- Główny Inspektor Sanitarny (2013) Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata zwalczania dopalaczy w Polsce. Warszawa
- Kolekcjoner facebook webpage (2015) <https://www.facebook.com/chemiadowa/photos/a.416783295089817.1073741831.382683071833173/681023438665800/?type=3&theater> (access: 2015.10.09)
- Malczewski A., (2014) Młodzież a substancje psychoaktywne (w:) Badora B. i in., Malczewski, A. (2014), „Młodzież a substancje psychoaktywne” w: Grabowska, B. et all (2014), Młodzież 2013. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=673746
- Malczewski A., (2015) Używanie narkotyków w populacji generalnej, „Remedium”, nr 7-8, 2015.
- Malczewski, A. (2012) Historia nowych substancji psychoaktywnych, definicje, formy kontroli, podjęte działania, efekty działania – prezentacja ppt z konferencji dla gmin w Wrocławiu, 22-23 marca 2012.
- Malczewski, A. (2015) „Dopalacze” coraz bardziej niebezpieczne, Remedium 9, str. 24-25
- Malczewski, A. (2015) „Dopalacze” – wyniki I-TREND. Remedium nr 12, p. 24-25
- Malczewski, A. (2016) Odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek – wyniki badania, Remedium 2, p. 26-27
- Malczewski, A., Misiurek, A. (2015) Używanie narkotyków i „dopalaczy” w populacji generalnej. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 4, p. 32-37
- Malczewski, A., Misiurek, A. (2016) Użytkownicy narkotyków w iniekcjach w 2008 i 2014 roku. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1 (73), p. 27-29. http://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911
- Malczewski, A., Sałustowicz, P. (2015) I-Trend – badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 4, p. 18-21
- Malczewski, A.; Misiurek, A. (2015) Używanie narkotyków i „dopalaczy” w populacji generalnej. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 72 (4/2015) p. 32-37: http://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911
- MedExpress (2015) GIS nakłada kary pieniężne za handel dopalaczami. Co ze ściągalnością? <http://www.medexpress.pl/start/gis-naklada-kary-za-sprzedaz-dopalaczy-skutecznie/60784/> (access: 2015.07.20)
- Sierosławski, J. (2015) Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2015 roku ESPAD. Presentation from the press conference on 30 November 2015, KBPN, PARPA, IPIN. Warsaw: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=906999
-

Marta Rychert, Chris Wilkins

MR is a PhD Fellow at the SHORE Research Centre (Social and Health Outcomes Research and Evaluation), College of Health, Massey University, New Zealand. CW is a Senior Researcher at SHORE. Contact: *m.rychert@massey.ac.nz*

3.5. New Zealand's pre-market approval regime for 'low risk' new psychoactive substances (NPS, 'legal highs') – a regulatory alternative to prohibition

1. Introduction
2. Recreational drug market and the emergence of NPS in New Zealand
3. First regulatory attempt under the Misuse of Drugs Act
4. Towards the new pre-market regulatory approval regime for NPS
5. Psychoactive Substances Act (PSA): key concepts and legislative mechanisms
6. Challenges in implementation of the PSA during the "interim regime"
7. Future of the PSA and concluding remarks

Introduction

The rapid emergence of a range of new psychoactive substances (NPS), which are often marketed as 'legal' alternatives to prohibited drugs (hence internationally called 'legal highs'), has challenged the United Nations international drug control system and national drug control frameworks (Brandt, King, & Evans-Brown, 2014). With over 560 NPS compounds currently being monitored by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), of which more than 70% have been detected in the last five years (EMCDDA & Europol, 2016), there are no signs of a slowdown in the global NPS phenomenon.

Overwhelmingly, the response to the influx of NPS has been to prohibit the sale of these compounds, either by adding them to the lists of prohibited substances in national drug laws or by imposing bans on broad categories of substances defined by their similarity to already scheduled drugs (generic and analogue approaches). In a more recent development, a number of countries, including Poland, have imposed so-called 'blanket bans' which prohibit the sale of any psychoactive product. These prohibitive approaches have been criticised for a number of reasons, including practical challenges with policing (Malczewski, 2015), the increasing administrative burden for academic researchers (Kavanagh & Power, 2014) or driving NPS users underground (Stevens, Fortson, Measham, & Sumnall, 2015).

New Zealand adopted a regulatory approach to NPS, which sits in stark contrast to prohibitive measures implemented in other countries (Wilkins et al., 2013). In July 2013, the New Zealand Parliament passed the *Psychoactive Substances Act* (PSA), under which developers of NPS products are allowed to legally manufacture and sell their products in a controlled regulated environment if they prove that their products are "low risk" (with associated expenses to prove products are "low risk" met by their sponsors) (New Zealand Parliament, 2013a). This novel approach to NPS received considerable international attention as a possible solution to the on-going problems with NPS that could be adopted in other countries (Seddon, 2014; UK NPS Review Expert Panel, 2014).

Recreational drug market and the emergence of NPS in New Zealand

New Zealand, an island nation in the South Pacific populated by 4.5 million people, is separated from its nearest neighbour Australia by some 2,000 km of Tasman Sea. Its geographical isolation has had a long influence on traditional illegal drug markets, with drugs that need to be smuggled from other countries, such as cocaine and heroin, of uncertain supply and limited use (Wilkins, Prasad, Wong, & Rychert, 2015). Locally produced drugs, primarily cannabis and methamphetamine, have traditionally been more available. As in most Western countries, cannabis has been the most widely used illegal drug for many decades now, with the latest general population survey reporting 14% of adult population (defined 15-64) used cannabis in the last year (MOH, 2015). The situation with methamphetamine is distinctive, with prevalence rates high by international standards (1.1% last year use in general population (MOH, 2014a) and a domestic production chain. The relative absence of alternative drugs for many years and their high prices by international standards created demand for alternative synthetic stimulants and hallucinogens, elsewhere satisfied by illicit supply of MDMA.

Around 2000, New Zealand entrepreneur Matt Bowden developed a range of products containing the synthetic stimulants benzylpiperazine (BZP) and trifluoromethylphenylpiperazine (TFMPP) (Wilkins & Sweetsur, 2010). Bowden, previously addicted to methamphetamine, presented his product as a lower risk, safer alternative to methamphetamine (Kerr & Davis, 2011). His company *Star-gate International* marketed BZP 'party pills' on a commercial scale, with much of the manufacturing happening in India and China, thanks to then unregulated status of BZP internationally (Szalavitz, 2015). BZP soon grew in popularity among wider groups of users as a new recreational 'legal high' product and it is estimated that by 2004 approximately five million legal BZP/TFMPP party pills had been sold on the unregulated market, amounting to sales of 24 million New Zealand Dollars (NZD) per year (15 million EUR = 67 million PLN) (Wilkins & Sweetsur, 2010). The growing popularity of BZP and uncertainties around potential health impacts created the need for a response from the government.

First regulatory attempt under the Misuse of Drugs Act

In line with the evidence-based drug policy making, the New Zealand government commissioned an evaluation of BZP safety. In 2004, the Expert Advisory Committee on Drugs (EACD) concluded that existing evidence on BZP-related health harms was insufficient to make an informed scheduling decision (EACD, 2004). While the EACD commissioned further research, they recommended that some form of government regulation was required to control the existing BZP market.

In 2005, a new regime for substances assessed by the government to be 'low risk' was established by amendment of the Misuse of Drugs Act (MODA), and the BZP was immediately included in the new schedule (New Zealand Parliament, 2005). The so-called "Restricted Substances Regime" (RSR) imposed broad market regulations, such as an age limit on sale (i.e. 18 years or older), limited advertising and no giving away of free product samples (Sheridan & Butler, 2010). The legal high industry continued commercial sales of their products under this limited regulatory regime. It is estimated that in 2007/2008, at the height of BZP party pill popularity, they were selling 200,000 party pills per month, with a product range of around 80 to 120 brands (Wilkins et al., 2013). More detailed government regulation of the RSR, including product quality standards and maximum dose limits, was anticipated. However, their introduction in late 2008 didn't impact on the BZP market as it had been brought to an end before these restrictions took effect. In 2008, based on new evidence of BZP-related health harms, including from previously commissioned government research (e.g. Thompson et al., 2006), BZP was scheduled as a Class C drug under MODA and thus became a prohibited substance.

Despite the RSR regulatory regime being active legislation until 2013, regulatory provisions remained dormant as no other substance apart from BZP was ever controlled under this regime. However, the three years of experience with regulating BZP between 2005 and 2008 provided the grounds for the upcoming regulations for NPS.

Towards the new pre-market regulatory approval regime

The “legal highs” industry responded to the ban on BZP by shifting production to non-BZP party pills and synthetic cannabinoids, which were not controlled by any legislation (Wilkins et al., 2013). Synthetic cannabinoids became increasingly popular after 2010 and, similarly to BZP products, were sold from convenience stores without any regulatory restrictions. Again, little was known about their health impacts and the speed of government response was limited due to the slowness of assessment and scheduling processes.

Between 2011 and 2013 a number of products were taken off the market by means of a new legislative measure (the so-called Temporary Class Drug Notices), which allowed the New Zealand Ministry of Health (MOH) to ban specific substances for a maximum period of two years pending their risk-evaluation. The temporary bans covered 33 compounds, including JWH-018 and JWH-073 sold as ingredients in the Spice and Kronik brands (MOH, 2011). Despite the bans, Ministry of Health (MOH) estimated that approximately 200–300 psychoactive products were being sold from around 3,000–4,000 retail outlets in 2013 (MOH, 2014b).

The ongoing problems with NPS came to attention of the New Zealand Law Commission (NZLC), an independent expert body which reviews New Zealand laws and makes recommendations for improvements to the government. In 2011, as part of its review of the Misuse of Drugs Act, the Law Commission concluded that the government could not keep up with the market by banning individual compounds, as producers easily circumvent new controls by instantly substituting newly scheduled drugs with new uncontrolled compounds. The NZLC recommended the development of a new pre-market approval regulatory regime requiring producers of NPS products to demonstrate their products are safe *before* they are permitted to be sold on the legal market (rather than the government having to prove that the products are unsafe in order to remove products from the market). Forty-five recommendations on how the new pre-market approval regime should operate were included in the final NZCL report, including restrictions on retail sale and advertising (NZLC, 2011). The NZCL report became a guiding document for further work on the new legal high regime, including the Ministry of Health Regulatory Impact reports, where details of regulatory options were discussed.

Psychoactive Substances Act: key concepts and legislative mechanisms

The *Psychoactive Substances Act* (PSA), which established the world's first pre-market approval legal regime for NPS was passed in July 2013 with nearly unanimous cross-party support in Parliament (119 in favour and 1 vote against the legislation) (New Zealand Parliament, 2013b). Under this regime, developers of NPS products can receive government approval to legally manufacture, import and sell their products, provided they can prove through pre-clinical and clinical trials that their products cause no more than a 'low risk' of harm to an individual using them (Wilkins, 2014a). The importation, manufacture, supply and possession of any other 'unapproved' NPS is prohibited by default (Rychert & Wilkins, 2016a).

Requirements for testing the safety of psychoactive products resemble the pre-market approval regime for medicines and are modelled on pharmaceuticals standards developed by the International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH). This means that scientific evidence from a series of toxicology and clinical trials is required for each product application, and this should cover aspects of the product's safety such as pharmacology, general toxicity, assessment of pharmacokinetics, metabolism and potential to cause addiction (PSRA, 2014). The approval is granted for each separate *product formulation* (not *substance*), and thus the strength of the product cannot be modified once approval is granted. The New Zealand Ministry of Health have estimated that the cost of testing is likely to be 1–2 million NZD (2.8 mln – 5.5 mln PLN) per product (MOH, 2013). The product application fee is set at 175,000 NZD per product. While this might seem like a lot of money, returns from the market are likely to compensate the initial expenses. The estimated annual retail sale from a regulated synthetic cannabis market during the “interim phase” of the PSA's implementation reached 140 million NZD (385 mln PLN) (MOH, 2014b).

The retail framework for the regime is modelled on regulations for alcohol and tobacco, with approved products allowed to be legally sold only from specialised licensed retail outlets. No food or alcohol can be sold from the same premises and the PSA explicitly bans sale of products from supermarkets, petrol stations, local convenience stores or alcohol retail outlets. Retail sales are only allowed to customers 18 years of age and over (which matches the legal drinking age limit in New Zealand). Further restrictions on location of licensed retailers, including minimum distance from “sensitive sites” such as schools, sports fields or churches can be imposed by local councils, but local communities are not allowed to impose a total ban on the sale of approved products in their districts. Around half of the 71 local authorities in New Zealand have adopted these extra policies (PSRA,

2015), with most of them limiting the location of retail outlets to city centres and out of residential suburbs.

The advertising of approved NPS products is limited to the 'point-of-sale' only (i.e. no advertising in television, radio, or newspapers) and must be limited to objective information about the product, such as active ingredients and the price. The PSA specifically prohibits advertising in a form which conveys a message that an approved product is 'safe'. While online sale of products is allowed, it can only be done through websites established specifically for this purpose (but not other internet platforms, including social media websites). Packaging for NPS products must include a list of ingredients, health warnings, contact details of the manufacturer and the telephone number of the National Poisons Centre (New Zealand Parliament, 2013a).

The Psychoactive Substances Regulatory Authority (PSRA), a new government agency established within the Ministry of Health, was tasked with overseeing implementation of the PSA. The PSRA has the ability to revoke any product approval if, after introducing the product to the market, reports about adverse effects emerge and the product is no longer considered to be "low risk".

Challenges in implementation of the PSA during the "interim regime"

When the PSA was passed in July 2013, much of the regulatory framework required for the regime to become fully operational had yet to be completed, including the required safety testing standards. While these regulations were being developed by the PSRA, the "interim regime" was established, which allowed a limited number of products available on the market before passage of the PSA to continue to be sold subject to new retail and advertising restrictions under the PSA. Forty-seven products received interim approvals, forty of which were synthetic cannabinoid smoking blends containing compounds such as AB-FU-BINACA, PB-22, CL-2201, or SGT-24 (Wilkins, 2014b). These product did not pass any safety tests but were deemed to be low risk as they had been on the market for at least three months before the PSA and there were no adverse effect notifications against them. One-hundred and fifty-two specialised retailers were licensed to sell the "interim approved" products.

Managing the market during the interim stage of PSA implementation proved challenging. The choice of products allowed to stay on the market during the interim regime was questioned, with ongoing reports about harms and social disruption around retail outlets. The system for monitoring product safety was not fully developed at the time the interim regulated market was established and hence the process of removing products which caused harm lacked speed and efficiency (Rychert & Wilkins, 2016b). New retail restrictions, which reduced the

number of retail outlets from around 3–4,000 pre-PSA to 152 specialised shops, resulted in the unintended consequence of concentrating demand in a limited number of shops, which increased visibility of shops and focused negative media attention. All these factors, in combination with pressure on politicians created by the impending general election scheduled for September 2014, resulted in withdrawal of all interim product approvals and interim retail licenses by an amendment to the PSA in May 2014.

The May amendment came with another significant change to the PSA testing regime, i.e. a prohibition on the use of animal tests to demonstrate that products are 'low risk'. The animal testing ban followed public protests against the harming of animals for the purpose of testing products with no therapeutic effect (Rychert & Wilkins, 2015b). The PSRA has gone so far as to state that 'it is unlikely that a product can be shown to pose no more than a low risk of harm without the use of animal testing'; suggesting the PSA was now unworkable (PSRA, 2014). A strategic analysis of the situation suggests there are a number of options to 'work around' the animal test ban, but the two most viable would require some political support and the tacit acquiescence of the regulator (Rychert & Wilkins, 2015a). Without these, the regime may be stalled until non-animal models for testing psychoactive products safety are developed and recognised internationally.

Future of the PSA and concluding remarks

Since the ending of the "interim regime", the PSA product approval framework has been finalised, and in November 2014 the regime was opened to receive product applications under the full "low risk" testing framework. As of July 2016, there are no approved products on the market and no product applications under regulatory consideration. Given that no "low risk" psychoactive product has ever been approved and marketed under the full PSA regime, the benefits and unintended consequences of the regulatory approach are yet to be seen and evaluated. The challenges experienced during the "interim phase" of PSA implementation offer a number of learnings for the future implementation of the PSA in New Zealand and for other jurisdictions that might be interested in adopting a similar regulatory approach. Perhaps the biggest lesson is that designing a regulatory regime for recreational psychoactive substances will take a lot of time and resources to plan and design implementation of key systems and for ongoing engagement with stakeholders (including local communities and the media).

The experiment with regulating NPS under the PSA was facilitated by a number of social and geo-political factors specific to the New Zealand context, including its geographical isolation, the early appearance of politically-skilled and economically powerful industry players, the previous regulatory experience with BZP, and a favourable political environment. The question of whether regulatory solutions in the PSA could be successfully implemented elsewhere, including Po-

land, remains open. The 2014 report of the UK Panel of Experts reviewing policy options to address NPS issues in the UK, praised the New Zealand approach as “bold and innovative” with a potential to reduce overall NPS-related harms, and called on the UK government to monitor the developments in New Zealand as a potential model to follow in the future (UK NPS Review Expert Panel, 2014). While the UK government adopted a “blanket ban” legislation which prohibits manufacturing and supply of any substance with psychoactive effects, calls to review alternative regulatory options and implement more measured approaches, such as the regime proposed in the New Zealand’s PSA, continue (Feilding & Singleton, 2016; Reuter & Pardo, 2016).

Table 3.5.1: MOH evaluation of options to regulate NPS market

Objectives of the regime:	Option 1 Extending the use of Temporary Class Notices (i.e. emergency bans on NPS compounds)	Option 2 Prohibiting the sale of NPS from certain outlets such as dairies	Option 3 New pre-market approval regime for NPS with onus of proof on product sponsors	Option 4 Applying other existing legislation which requires pre-approval for the importation of hazardous substances (Hazardous Substances and New Organisms Act)
1. Provide a mechanism for effectively regulating new psychoactive substances before they reach the market	x	x	√	√
2. Provide public confidence about the safety profile of the psychoactive substances legally available for sale	x	x	√	√
3. Place controls on the availability of psychoactive substances, including purchase age and place of sale	√ Control through prohibition	Partial – controls on place of sale only	√	Partial – HSNO not currently fit for purpose would require amendment
4. Provide information for consumers on product contents, dose and potency	x	x	√	Partial – HSNO would need amendment

5. Provide certainty on the status of psychoactive substances, giving the industry long-term financial confidence and reducing the risk that people will seek them through the black market	x	√	√	√
6. Establish an enduring regime to replace interim measures, analogue and restricted substances provisions	x	x	√	√

Source: Ministry of Health, *Regulatory Impact Statement, September 2011*, archived at: <http://www.webcitation.org/6imwd2Asx>

References

- Brandt, S., King, L., & Evans-Brown, M. (2014). The new drug phenomenon. *Drug Testing and Analysis*, 6(7-8), 587-597.
- EACD. (2004). *The Expert Advisory Committee on Drugs (EACD) Advice to the Minister on: Benzylpiperazine (BZP)*. Wellington.
- EMCDDA, & Europol. (2016). *EU Drug Markets Report. In-depth Analysis*. Luxembourg. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>
- Feilding, A., & Singleton, N. (2016). Roadmaps to regulation: New Psychoactive Substances. <http://beckleyfoundation.org/event/roadmaps-to-regulation-new-psychoactive-substances/>
- Kavanagh, P. V., & Power, J. D. (2014). New psychoactive substances legislation in Ireland – Perspectives from academia. *Drug Testing and Analysis*, 6(7-8), 884-891. doi: 10.1002/dta.1598
- Kerr, J. R., & Davis, L. S. (2011). Benzylpiperazine in New Zealand: Brief history and current implications. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 41(1), 155-164. doi: 10.1080/03036758.2011.557036
- Malczewski, A. (2015). „Dopalacze” A.D. 2014 – nowe otwarcie. *Remedium* 1(263), 24-25.
- MOH. (2011). Temporary Class Drug Notice. from <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/supplement-hlthdrugs-122aug11.pdf>

- MOH. (2013). *Regulatory Impact Statement – new regulatory regime for psychoactive substances* Ministry of Health. Retrieved from <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/regulatory-impact-statements/new-regulatory-regime-psychoactive-substances>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6aiPxrDQL>.
- MOH. (2014a). Amphetamine Use 2013/14: New Zealand Health Survey. from <http://www.health.govt.nz/publication/amphetamine-use-2013-14-new-zealand-health-survey>
- MOH. (2014b). *Regulatory Impact Statement: Amendment to the Psychoactive Substance Act 2013*. Ministry of Health. Retrieved from <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/regulatory-impact-statements/amendment-psychoactive-substance-act-2013>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6PwNP33OU>
- MOH. (2015). Cannabis Use 2012/13: New Zealand Health Survey. from <http://www.health.govt.nz/publication/cannabis-use-2012-13-new-zealand-health-survey>
- New Zealand Parliament. (2005). Misuse of Drugs Amendment Act 2005. *Public Act 2005 No 81, Date of assent 21 June 2005*. <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html>
- New Zealand Parliament. (2013a). Psychoactive Substances Act 2013. Public Act 2013 No 53. Retrieved 12 August 2015, from <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/20.0/DLM5042921.html>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6aiNkjonQ>.
- New Zealand Parliament. (2013b). Psychoactive Substances Bill 2013. — First Reading, Second Reading, In Committee, Third Reading. 13 January 2015, from http://www.parliament.nz/en-nz/pb/legislation/bills/00DBHOH_BILL12021_1/psychoactive-substances-bill
- NZLC. (2011). *Controlling and regulating drugs. A review of the Misuse of Drugs Act 1975* (No. 122). Wellington, New Zealand: New Zealand Law Commission.
- PSRA. (2014, 16 January 2015). Draft Psychoactive Substances Product Approval Guidelines. Retrieved 10 August 2015, from <http://psychoactives.health.govt.nz/industry/guidelines-and-application-forms>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6VXS0zOqV>
- PSRA. (2015). Psychoactive Substances Retail Regulations (news item, 5 June 2015). <http://psychoactives.health.govt.nz/psychoactive-substances-retail-regulations>
- Reuter, P., & Pardo, B. (2016). Can new psychoactive substances be regulated effectively? An assessment of the British Psychoactive Substances Bill. *Addiction* doi: 10.1111/add.13439

- Rychert, M., & Wilkins, C. (2015a). The challenge of a ban on animal testing for the development of a regulated legal market for new psychoactive substances (NPS) ('legal highs') in New Zealand: Issues and options for resolution. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1273-1278. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.08.006>
- Rychert, M., & Wilkins, C. (2015b). Is the recent ban on animal testing of legal high products a fatal blow to the development of a legal market for 'low-risk' psychoactive products in New Zealand? *Addiction*, 110(4), 713-714. doi: 10.1111/add.12853
- Rychert, M., & Wilkins, C. (2016a). What products are considered psychoactive under New Zealand's legal market for new psychoactive substances (NPS, 'legal highs')? Implications for law enforcement and penalties. *Drug Testing and Analysis*. doi: 10.1002/dta.1943
- Rychert, M & Wilkins, C (2016b) – Issues with monitoring the safety of psychoactive products under a legal regulated market for new psychoactive substances (NPS) ('legal highs') in New Zealand. *Drug and Alcohol Review*. In press.
- Seddon, T. (2014). Drug policy and global regulatory capitalism: The case of new psychoactive substances (NPS). *International Journal of Drug Policy*, 25(5), 1019-1024.
- Sheridan, J., & Butler, R. (2010). "They're legal so they're safe, right?" What did the legal status of BZP-party pills mean to young people in New Zealand? *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 77-81. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.02.002
- Stevens, A., Fortson, R., Measham, F., & Sumnall, H. (2015). Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substances Bill. *International Journal of Drug Policy*, 26, 1167-1170.
- Szalavitz, M. (2015, 3 March). The Drug Lord with a Social Mission. 18 March 2015, from <http://www.psmag.com/health-and-behavior/the-drug-lord-with-a-social-mission-also-performs-under-the-alter-ego-starboy>
- Thompson, I., Williams, G., Aldington, A., Williams, M., Caldwell, B., Dickson, S., ... Beasley, R. (2006). The benzylpiperazine (BZP) / trifluoromethylphenylpiperazine (TFMPP) and alcohol safety study. Report for the Ministry of Health. from <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bzp-report-08.pdf>
- UK NPS Review Expert Panel. (2014). New Psychoactive Substances Review. 13 January 2015, from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6VXQmAGNd>

- Wilkins, C. (2014a). A critical first assessment of the new pre-market approval regime for new psychoactive substances (NPS) in New Zealand. *Addiction*, 109(10), 1580-1586. doi: doi:10.1111/add.12484
- Wilkins, C. (2014b). The interim regulated legal market for NPS ('legal high') products in New Zealand: The impact of new retail restrictions and product licensing. *Drug Testing and Analysis*, 6, 868-875. doi: DOI: 10.1002/dta.1643
- Wilkins, C., Prasad, J., Wong, K., & Rychert, M. (2015). Recent trends in illegal drug use in New Zealand 2006-2013: Findings from the 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 and 2013 Illegal Drug Monitoring System (IDMS). from <http://www.massey.ac.nz/massey/learning/departments/centres-research/shore/projects/illicit-drug-monitoring-system.cfm>
- Wilkins, C., Sheridan, J., Adams, P., Russell, B., Ram, S., & Newcombe, D. (2013). The new psychoactive substances regime in New Zealand: A different approach to regulation. *Journal of Psychopharmacology*, 27(7), 584-589. doi: 10.1177/0269881113491441
- Wilkins, C., & Sweetsur, P. (2010). Differences in harm from legal BZP/TFMPP party pills between North Island and South Island users in New Zealand: A case of effective industry self-regulation? *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 86-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.005>



Narzędzia wykorzystywane w badaniach
dotyczących problemu narkotyków, narkomanii
oraz nowych substancji psychoaktywnych



Przykładowe pytania dotyczące „dopalaczy” używane w badaniach szkolnych

1. Czy słyszałeś/słyszałaś kiedykolwiek o tzw. „dopalaczach” lub „smartach”, czyli substancjach o działaniu psychoaktywnym sprzedawanych w specjalnych sklepach lub przez Internet? (Podkreśl jedną odpowiedź) 1) Tak 2) Nie (przejdź do pytania 8)																							
2. Czy byłeś/byłaś kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”? (Podkreśl jedną odpowiedź) 1) Tak 2) Nie (przejdź do pytania 6)																							
3. Czy dokonywałeś(a)ś kiedykolwiek zakupu „dopalaczy” w sklepie z „dopalaczami”? (Podkreśl jedną odpowiedź) 1) Tak 2) Nie (przejdź do pytania 6)																							
4. Kiedy ostatnio (ile dni temu) dokonałeś(a)ś zakupu w sklepie z „dopalaczami”? Ostatni zakup:dni temu																							
5. Co wtedy kupiłeś(a)ś? (Przy każdym z punktów zakresł cyfrę w odpowiedniej rubryce tabeli, a jeżeli kupowałeś, to wpisz słownie co konkretnie kupiłeś(a)ś) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nie</th> <th>Tak</th> <th>Wpisz nazwy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) Mieszanki ziołowe (do palenia)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B) Pigułki/tabletki (euforyzujące / stymulujące / halucynogenne)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C) Białe proszki (do wciągania nosem)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D) Inne</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Nie	Tak	Wpisz nazwy	A) Mieszanki ziołowe (do palenia)	1	2		B) Pigułki/tabletki (euforyzujące / stymulujące / halucynogenne)	1	2		C) Białe proszki (do wciągania nosem)	1	2		D) Inne	1	2	
	Nie	Tak	Wpisz nazwy																				
A) Mieszanki ziołowe (do palenia)	1	2																					
B) Pigułki/tabletki (euforyzujące / stymulujące / halucynogenne)	1	2																					
C) Białe proszki (do wciągania nosem)	1	2																					
D) Inne	1	2																					
6. Czy dokonywałeś(a)ś kiedykolwiek zakupu „dopalaczy” przez Internet? (Podkreśl jedną odpowiedź) 1) Tak 2) Nie																							

7. Jeśli dokonywałeś zakupu dopalaczy, to jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy?
(Podkreśl jedną odpowiedź)

- 01) Codziennie lub prawie codziennie
- 02) 5 – 6 razy w tygodniu
- 03) 3 – 4 razy w tygodniu
- 04) 1 – 2 razy w tygodniu
- 05) 2 – 3 razy w miesiącu
- 06) 1 raz w miesiącu
- 07) 6 – 11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
- 08) 2 – 5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
- 09) 1 raz w czasie ostatnich 12 miesięcy
- 10) Nie kupowałem(a) w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale kupowałem(a) wcześniej
- 11) Nigdy w życiu nie kupowałem(a)

8. Czy zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregośkolwiek z podanych niżej środków?
(Przy każdym z punktów zakreśl cyfrę w odpowiedniej rubryce tabeli)

	Nie, nigdy	Tak, w czasie ostatnich 30 dni	Tak, w czasie ostatnich 12 miesięcy	Tak, kiedykolwiek w życiu
A) Marihuana lub haszysz	1	2	3	4
B) Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	1	2	3	4
C) Amfetamina	1	2	3	4
D) Substancje chemiczne (np. klej, aerozol itp.), używane w celu odurzania się	1	2	3	4
E) LSD, Grzyby halucynogenne lub inne halucynogeny	1	2	3	4
G) Kokaina, Crack	1	2	3	4
H) Relewin	1	2	3	4
I) Heroina	1	2	3	4
J) Ecstasy	1	2	3	4
L) GHB	1	2	3	4
M) Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1	2	3	4
O) Alkohol razem z marihuaną	1	2	3	4
P) Sterydy anaboliczne	1	2	3	4
R) Polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4
S) Leki przeciwkaszlowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzania się	1	2	3	4
T) „Dopalacze” tzw. „smarty” (substancje o działaniu psychoaktywnym sprzedawane w specjalnych sklepach lub przez Internet)	1	2	3	4
U) Dekstrometorfan (DXM)	1	2	3	4
W) Poppersy	1	2	3	4

9. Jeśli przyjmowałeś leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę, to podaj ich nazwy:	
99) Nie dotyczy, nie przyjmowałeś(a)m	
A) Leki przyjmowane z przepisu lekarza (Wpisz nazwy)	B) Leki przyjmowane bez przepisu lekarza (Wpisz nazwy)
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)
5)	5)
10. Jeśli zażywałeś leki przeciwkaszłowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzania się to podaj ich nazwy:	
99) Nie dotyczy, nie przyjmowałeś(a)m	
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

11. Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregośkolwiek z podanych niżej środków?

(Przy każdym z punktów zakreśl cyfrę w odpowiedniej rubryce tabeli)

	Nie używa- łeś(a)m	1-2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10-19 razy
A) Marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5
B) Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	1	2	3	4	5
C) Amfetamina	1	2	3	4	5
D) Substancje chemiczne (np. klej, aerozol itp.), używane w celu odurzania się	1	2	3	4	5
E) LSD, Grzyby halucynogenne lub inne halucynogeny	1	2	3	4	5
F) Kokaina, Crack	1	2	3	4	5
H) Relevin	1	2	3	4	5
I) Heroina	1	2	3	4	5
J) Ecstasy	1	2	3	4	5
L) GHB	1	2	3	4	5
M) Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1	2	3	4	5
N) Alkohol razem z marihuana	1	2	3	4	5
O) Sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5
P) Polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4	5

R) Leki przeciwkaszlowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzania się	1	2	3	4	5
S) „Dopalacze” tzw. „smarty” (substancje o działaniu psychoaktywnym sprzedawane w specjalnych sklepach lub przez Internet)	1	2	3	4	5
T) Dekstrometorfan (DXM)	1	2	3	4	5
U) Poppersy	1	2	3	4	5

12. Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie?
(Przy każdym z punktów zakresł cyfrę w odpowiedniej rubryce tabeli)

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
A) Papierosy	1	2	3	4	5	6
B) Piwo	1	2	3	4	5	6
C) Wino	1	2	3	4	5	6
D) Wódka	1	2	3	4	5	6
E) Marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	6
F) LSD, Grzyby halucynogenne lub inny środek halucynogenny	1	2	3	4	5	6
G) Amfetamina	1	2	3	4	5	6
H) Leki uspokajające lub nasenne	1	2	3	4	5	6
I) Kokaina, Crack	1	2	3	4	5	6
K) Ecstasy	1	2	3	4	5	6
L) Heroina	1	2	3	4	5	6
N) Sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	6
O) Polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4	5	6
P) Dekstrometorfan (DXM)	1	2	3	4	5	6
R) „Dopalacze”(tzw. „smarty”)	1	2	3	4	5	6
S) Poppersy	1	2	3	4	5	6

13. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy proponowano Tobie którąkolwiek z następujących substancji niezależnie od tego, czy skorzystała(a)ś z tej propozycji, czy nie?
(Przy każdym z punktów zakresł cyfrę w odpowiedniej rubryce tabeli)

	Tak	Nie
A) Papierosy	1	2
B) Piwo	1	2
C) Wino	1	2
D) Wódka	1	2
E) Marihuana lub haszysz	1	2

F) LSD, Grzyby halucynogenne lub inny środek halucynogeny	1	2
G) Amfetamina	1	2
H) Leki uspokajające lub nasenne	1	2
I) Kokaina, Crack	1	2
K) Ecstasy	1	2
L) Heroina	1	2
N) Sterydy anaboliczne	1	2
O) Polska heroina, tzw. „kompot”	1	2
P) Dekstrometorfan (DXM)	1	2
R) „Dopalacze”(tzw. „smarty”)	1	2
S) Poppersy	1	2

Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania

Nazwisko ankietera	Numer ankietera	Miejscowość	Data badania (dd-mm-rr)	Nr ankiety z próby
.....	_____		_ _ - _ _ - 2010	
Nr wiązki z próby				

Dzień dobry, nazywam się, jestem ankieterem Prowadzimy badania ankietowe dotyczące różnych problemów społecznych w Polsce na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Chcielibyśmy poznać i zrozumieć różne zachowania związane z problematyką używania substancji psychoaktywnych, tzn. tytoniu, alkoholu, narkotyków, itp. Interesuje nas także Pana(i) opinia na ten temat. Podobne badania prowadzi się w wielu krajach, w tym także w Polsce. Pana(i) informacje są dla nas bardzo ważne. Gwarantujemy Panu(i) całkowitą anonimowość – zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych – Pana(i) odpowiedzi będą wykorzystywane wyłącznie do celów statystycznych i analizowane będą jedynie w postaci zbiorczych zestawień.

P1. W Polsce dostrzega się istnienie wielu problemów społecznych. Które z nich wydają się Panu(i) w porównaniu z innymi bardzo ważne, a które mniej ważne? Proszę ocenić każdy z wymienionych przeze mnie problemów według skali przedstawionej w główce tabeli.

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio Ważne	Mało ważne	Nieważne	Trudno powiedzieć
1. Przestępczość gospodarcza	1	2	3	4	5	6
2. Przestępczość pospolita	1	2	3	4	5	6
3. Narkomania	1	2	3	4	5	6
4. Zanieczyszczenie środowiska	1	2	3	4	5	6
5. Alkoholizm	1	2	3	4	5	6
6. Kryzys moralny	1	2	3	4	5	6
7. Zły stan zdrowia społeczeństwa	1	2	3	4	5	6
8. Spadek stopy życiowej	1	2	3	4	5	6
9. Sytuacja mieszkaniowa	1	2	3	4	5	6
10. Przemoc w rodzinie	1	2	3	4	5	6
11. Przemoc i agresja na ulicach	1	2	3	4	5	6
12. Picie alkoholu przez młodzież	1	2	3	4	5	6
13. Bezrobocie	1	2	3	4	5	6
14. AIDS	1	2	3	4	5	6
15. Inne problemy (jakie?)	1	2	3	4	5	6

P2. Z listy problemów zawartej w poprzednim pytaniu proszę wybrać trzy najważniejsze Pana(i) zdaniem i uszeregować je od najważniejszego do najmniej ważnego.

1.1. Problem najważniejszy I_ _ _ wpisz nr z tabeli	1.2. Problem drugi, co do ważności I_ _ _ wpisz nr z tabeli	1.3. Problem trzeci, co do ważności I_ _ _ wpisz nr z tabeli
---	---	--

P3. Proszę ocenić wagę poszczególnych problemów w Pana(i) miejscowości według skali przedstawionej w główce tabeli.

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio Ważne	Mało ważne	Nieważne	Trudno powiedzieć
1. Przestępczość gospodarcza	1	2	3	4	5	9
2. Przestępczość pospolita	1	2	3	4	5	9
3. Narkomania	1	2	3	4	5	9
4. Zanieczyszczenie środowiska	1	2	3	4	5	9
5. Alkoholizm	1	2	3	4	5	9
6. Kryzys moralny	1	2	3	4	5	9
7. Zły stan zdrowia społeczeństwa	1	2	3	4	5	9
8. Spadek stopy życiowej	1	2	3	4	5	9
9. Sytuacja mieszkaniowa	1	2	3	4	5	9
10. Przemoc w rodzinie	1	2	3	4	5	9
11. Przemoc i agresja na ulicach	1	2	3	4	5	9
12. Picie alkoholu przez młodzież	1	2	3	4	5	9
13. Bezrobocie	1	2	3	4	5	9
14. AIDS	1	2	3	4	5	9
15. Inne problemy (jakie?).....	1	2	3	4	5	9

P4. Z listy problemów zawartej w poprzednim pytaniu proszę wybrać trzy najważniejsze Pana(i) zdaniem problemy w Pana(i) miejscowości i uszeregować je od najważniejszego do najmniej ważnego.

1.1. Problem najważniejszy I _ _ _ _ _ wpisz nr z tabeli	1.2. Problem drugi, co do ważności I _ _ _ _ _ wpisz nr z tabeli	1.3. Problem trzeci, co do ważności I _ _ _ _ _ wpisz nr z tabeli
--	--	---

P5. Czy palił(a) Pan(i) kiedykolwiek papierosy lub inne wyroby tytoniowe?

1. Nigdy nie palił(a)m (przejdź do pytania P7)	1
2. Kiedyś palił(a)m, ale obecnie nie palę	2
3. tak, obecnie palę	3

P6. Jak często i ile, palił(a) Pan(i) papierosów lub innych wyrobów tytoniowych w ciągu OSTATNICH 30 DNI?

1. Wcale nie paliłem(łam) w czasie ostatnich 30 dni	1
2. Mniej niż 1 papieros lub inny wyrób tytoniowy na tydzień	2
3. Mniej niż 1 papieros lub inny wyrób tytoniowy dziennie	3
4. 1–5 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie	4
5. 6–10 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie	5
6. 11–20 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie	6
7. Więcej niż 20 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie.	7

P7. Jak często pił(a) Pan(i) piwo, wino, wódkę lub inny napój alkoholowy, choćby w niewielkich ilościach, w czasie ostatnich 12 miesięcy?

1. Codziennie lub prawie codziennie	1
2. 5–6 razy w tygodniu	2
3. 3–4 razy w tygodniu	3
4. 1–2 razy w tygodniu	4
5. 2–3 razy w miesiącu	5
6. 1 raz w miesiącu	6
7. 6–11 razy w roku	7
8. 2–5 razy w roku	8
9. 1 raz w roku	9
10. Nie piłem(a)m w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale piłem piłem(a)m wcześniej	10
11. Nigdy w życiu nie piłem(a)m żadnego napoju alkoholowego	11

P8.1. Proszę powiedzieć, jak często i ile razy pił(a) Pan(i) piwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. 5–6 razy w tygodniu
3. 3–4 razy w tygodniu
4. 1–2 razy w tygodniu
5. 2–3 razy w miesiącu
6. Raz w miesiącu
7. 6–11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
8. 2–5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
9. Raz w czasie ostatnich 12 miesięcy
10. Ani razu w ciągu ostatnich 12 mies. – **przejdź do pytania P9.1.**

P8.2. Ile piwa, przeciętnie, wypijał(a) Pan(i) w ciągu jednego dnia, w którym pił Pan(i) te napoje w czasie ostatnich 12 miesięcy?

Ankieter: Respondent będzie udzielał odpowiedzi w różnych jednostkach (szklanki, kufle, butelki, puszki i inne) – dopytaj bardzo dokładnie o ilość oraz wielkość (pojemność) wypitych szklanek/ kufli/ butelek/ puszek, zapisz tę ilość wraz z jednostką miary (np. 3 puszki 0,3 litra lub 4 butelki 0,5 litra, itd.), a następnie przelicz je na mililitry i zapisz także ilość wypijanego zwykle piwa w mililitrach.

|__| = |__| ml
– 99. nie wiem/ nie pamiętam

P9.1. Proszę powiedzieć, jak często i ile razy pił(a) Pan(i) wino, szampan w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. 5–6 razy w tygodniu
3. 3–4 razy w tygodniu
4. 1–2 razy w tygodniu
5. 2–3 razy w miesiącu
6. Raz w miesiącu
7. 6–11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
8. 2–5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
9. Raz w czasie ostatnich 12 miesięcy
10. Ani razu w ciągu ostatnich 12 mies. – **przejdź do pytania P10.1.**

P9.2. Ile wina, szampana, przeciętnie, wypijał(a) Pan(i) w ciągu jednego dnia, w którym pił Pan(i) te napoje w czasie ostatnich 12 miesięcy?

Ankieter: Respondent będzie udzielał odpowiedzi w różnych jednostkach (kieliszki, szklanki, butelki i inne) – dopytaj bardzo dokładnie o ilość oraz wielkość (pojemność) wypitych kieliszków/ szklanek/ butelek, zapisz tę ilość wraz z jednostką miary (np. 3 kieliszki 100 ml lub 1,5 butelki 0,7 litra, itd.), a następnie przelicz je na mililitry i zapisz także ilość wypijanego zwykle wina, szampana w mililitrach.

|__| = |__| ml
– 99. nie wiem/ nie pamiętam

P10.1. Proszę powiedzieć, jak często i ile razy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 1. Codziennie 2. 5–6 razy w tygodniu 3. 3–4 razy w tygodniu 4. 1–2 razy w tygodniu 5. 2–3 razy w miesiącu 6. Raz w miesiącu 7. 6–11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy 8. 2–5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy 9. Raz w czasie ostatnich 12 miesięcy 10. Ani razu w ciągu ostatnich 12 mies. – przejdź do pytania P11.	P10.2. Ile napojów spirytusowych, przeciętnie, wypijał(a) Pan(i) w ciągu jednego dnia, w którym pił Pan(i) te napoje w czasie ostatnich 12 miesięcy? <i>Ankieter: Respondent będzie udzielał odpowiedzi w różnych jednostkach (kieliszki, szklanki, butelki i inne) – dopytaj bardzo dokładnie o ilość oraz wielkość (pojemność) wypitych kieliszków/ szklanek/ butelek, zapisz tę ilość wraz z jednostką miary (np. 3 kieliszki 50 ml lub 1 butelka 0,5 litra, itd.), a następnie <u>przelicz je na mililitry i zapisz także ilość wypijanego napoju spirytusowego w mililitrach.</u></i> _____ = _____ ml – 99. nie wiem/ nie pamiętam
--	---

P11. Ile miał(a) Pan(i) lat, kiedy wypił(a) Pan(i) po raz pierwszy piwo:
Następnie zapytaj: Ile miał(a) Pan(i) lat, kiedy wypił(a) Pan(i) po raz pierwszy wino / wódkę?

	liczba lat		
1. Piwo	I _____ I	99. nie wiem/ nie pamiętam	00. nigdy nie piłem(a)m piwa
2. Wino	I _____ I	99. nie wiem/ nie pamiętam	00. nigdy nie piłem(a)m wina
3. Wódkę	I _____ I	99. nie wiem/ nie pamiętam	00. nigdy nie piłem(a)m wódki

P12. Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy wypił(a) Pan(i) przy jednej okazji 6 standardowych porcji alko-holu lub więcej, tzn. co najmniej sześć 250 ml. szklanek piwa (1,5 l.) lub sześć 100 ml. kieliszków wina (0,6 l.) lub sześć 30 ml. kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (180 ml.), względnie ich kombinacji?

1. Codziennie lub prawie codziennie	1
2. 5–6 razy w tygodniu	2
3. 3–4 razy w tygodniu	3
4. 1–2 razy w tygodniu	4
5. 2–3 razy w miesiącu	5
6. 1 raz w miesiącu	6
7. 6–11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy	7
8. 2–5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy	8
9. Raz w czasie ostatnich 12 miesięcy	9
10. Ani razu nie wypilem, co najmniej 6 porcji przy jednej okazji, w czasie ostatnich 12 miesięcy	10

P13. W czasie ostatnich 12 miesięcy:	Nigdy	Rzadziej niż 1 raz w m-cu	Około 1 raz w m-cu	Około 1 raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
P13_1. Jak często w ostatnim roku nie mógł/mogła Pan(i) zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?		0	1	2	3	4
P13_2. Jak często w ciągu ostatniego roku z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana/Pani środowisku normy postępowania?		0	1	2	3	4
P13_3. Jak często w ostatnim roku potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dojść do siebie?		0	1	2	3	4
P13_4. Jak często w ostatnim roku miał(a) Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?		0	1	2	3	4
P13_5. Jak często w ostatnim roku nie mógł/mogła Pan(i) przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy, z powodu picia?		0	1	2	3	4

Kiedykolwiek w życiu:	Nie	Tak, ale nie w ostatnim roku	Tak, w ostatnim roku
P13_6. Czy kiedykolwiek Pan(i) lub ktoś inny doznał jakiegoś urazu fizycznego w wyniku Pana/Pani picia?	0	1	2
P13_7. Czy ktoś z rodziny, lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia interesował się Pana/Pani piciem albo sugerował jego ograniczenie?	0	1	2

P14. Czy kiedykolwiek słyszał(a) Pan(i) o którymś z następujących środków odurzających?

	Tak	Nie		Tak	Nie		Tak	Nie
1. Marihuana	1	2	6. Amfetamina	1	2	11. Polska heroina „kompot”	1	2
2. Haszysz	1	2	7. Kokaina	1	2	12. Sterydy anaboliczne	1	2
3. LSD	1	2	8. Crack	1	2	13. GHB (pigułka gwałtu)	1	2
4. Grzyby halucynogenne	1	2	9. Astrolit	1	2	14. substancje wziewne (np. kleje, farby)	1	2
5. Ecstasy	1	2	10. Heroina	1	2	15. Inny – jaki?	1	2

15. Czy kiedykolwiek chciał(a) Pan(i) spróbować, któreś z substancji wymienionych w P14?

1. Tak	1
2. Nie	2

P16. Jak Pan(i) sądzi jak wielu Pana(i) znajomych używa poniższych substancji?

	Nikt	Nie więcej niż kilka	Około połowy	Większość	Wszyscy
1. Marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5
2. LSD	1	2	3	4	5
3. Grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5
4. Ecstasy	1	2	3	4	5
5. Amfetamina	1	2	3	4	5
6. Kokaina	1	2	3	4	5
7. Crack	1	2	3	4	5
8. Heroina	1	2	3	4	5
9. Polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4	5

10. Sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5
11. GHB (pigułka gwałtu)	1	2	3	4	5
12. Substancje wziewne (np. kleje, farby)	1	2	3	4	5
13. Leki uspokajające i nasenne dostępne tylko na receptę przyjmowane bez przepisu lekarza	1	2	3	4	5

Ankieter – pytasz po kolei wierszami o wszystkie narkotyki!! P17.1. Czy zdarzyło się Panu(i) używać któregośkolwiek z wymienionych przeze mnie środków w ciągu całego życia? Jeśli respondent spróbował przynajmniej raz, któregoś z narkotyków, należy dopytać: – Ile miał lat, kiedy użył po raz pierwszy? – Ile razy używał w ciągu całego życia? Następnie 17.2. Ile razy używał(a) Pan(i) danego narkotyku w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Następnie 17.3. Ile razy używał(a) Pan(i) danego narkotyku w ciągu ostatnich 30 dni?	17.1. W ciągu całego życia?				17.2. W ciągu ostatnich 12 miesięcy?	17.3. W ciągu ostatnich 30 dni?
	Nigdy	Przynajmniej raz	Wiek pierwszego użycia	Ile razy?	Ile razy?	Ile razy?
			1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, ile miał wówczas lat wpisz 99	1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, lub nie wie, ile razy – wpisz 99	1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka – wpisz 99	1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka – wpisz 99
1. Marihuana lub haszysz	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
2. LSD	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
3. Amfetamina	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
4. Grzyby halucynogenne	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
5. Ecstasy	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
6. Crack	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
7. Kokaina	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
8. Astrolit	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
9. Heroina	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
10. Metadon	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
11. „Kompot”	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
12. GHB (pigułka gwałtu)						
13. Sterydy anaboliczne	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
14. Substancje wziewne (np. kleje, farby)	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
15. Inny – jaki?	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
.....						
16. Jakakolwiek substancja przyjmowana w zastrzykach	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
17. Marihuana lub haszysz jednocześnie z alkoholem	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
18. Leki uspokajające lub nasenne jednocześnie z alkoholem	1	2	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _

Uwaga: pytanie P18 i P19 tylko dla osób, które używały marihuany lub haszyszu w czasie ostatnich 12 miesięcy tzn. w P17.2 punkt. 1 wybrały odpowiedź 1–6 lub 99. W pozostałych przypadkach przejdź do P20

P18. Jeśli używał(a) Pan(i) marihuany lub haszyszu w czasie ostatnich 12 miesięcy, to:			
	Tak	Nie	Nie dotyczy
1. Czy zdarzyło się Panu(i) nie pójść lub spóźnić się do szkoły lub pracy z powodu używania marihuany?	1	2	9
2. Czy często odczuwa Pan(i) potrzebę użycia marihuany?	1	2	9
3. Czy zdarzyło się Panu/Pani samodzielnie kupić marihuanę?	1	2	9
4. Czy zdarzało się Panu/Pani palić marihuanę w samotności?	1	2	9

P19. Jeśli używał(a) Pan(i) marihuany lub haszyszu w czasie ostatnich 12 miesięcy, to:					
	Nigdy/ prawie nigdy	Czasami	Często	Zawsze/ prawie zawsze	Nie dotyczy
1. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) wrażenie, że używanie marihuany wymknęło się spod Pana/Pani kontroli?	1	2	3	4	9
2. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy odczuwał(a) Pan(i) obawę lub nerwowość na myśl o tym, że nie będzie Pan(i) miał(a) możliwości używania marihuany?	1	2	3	4	9
3. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy martwił(a) się Pan(i) swoim używaniem marihuany?	1	2	3	4	9
4. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy chciał(a) Pan(i) przestać używać marihuany	1	2	3	4	9
	W ogóle nie trudne	Trochę trudne	Dość trudne	Bardzo trudne	Nie dotyczy
5. Jak trudne bywało dla Pana/Pani przerywanie lub zaprzestanie używania marihuany?	1	2	3	4	9

P20. Czy zdarzyło się Panu(i) przyjmować leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę:	20.1. W ciągu całego życia?				20.2. W ciągu ostatnich 12 miesięcy?	20.3. W ciągu ostatnich 30 dni?
	Nigdy	Przynajmniej raz	Wiek pierwszego użycia <i>Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, ile miał wówczas lat wpisz 99</i>	Ile razy? 1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy <i>Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, lub nie wie, ile razy – wpisz 99</i>	Ile razy? 1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy <i>Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka wpisz 99</i>	Ile razy? 1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy <i>Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka wpisz 99</i>
1. Z zalecenia lekarza?	1	2	I _ I _ I	I _ I	I _ I	I _ I
2. Bez zalecenia lekarza?	1	2	I _ I _ I	I _ I	I _ I	I _ I

P21. Jeśli przyjmował(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę, to proszę podać ich nazwy:

A) Leki przyjmowane z przepisu lekarza

1.
2.
3.
4.
5.

0. Nie dotyczy, nie przyjmował(a) przyjmował(a)

B) Leki przyjmowane bez

1.
2.
3.
4.
5.

0. Nie dotyczy, nie

P22. Czy słyszał(a) Pan(i) kiedykolwiek o tzw. „dopalaczach” lub „smartach” (substancje o działaniu psychoaktywnym sprzedawane w specjalnych sklepach lub przez Internet)?

1. Tak

2. Nie

P23. Czy był(a) Pan(i) kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”?

1. Tak -> *zadaj następne pytanie (P24)*

2. Nie -> *przejdź do pytania P29.*

P24. Czy Pan(i) dokonywał(a) kiedykolwiek zakupu „dopalaczy”

A) w sklepie z „dopalaczami”?

1. Tak -> *pytanie P25*

*Jeśli 2 razy
nie, to przejdź
do pytania P29.*

B) przez Internet

1. Tak -> *pytanie P25*

2. Nie

P25. Jeśli dokonywał(a) Pan(i) zakupu dopalaczy, to jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy

1. Codziennie lub prawie codziennie
2. 5 – 6 razy w tygodniu
3. 3 – 4 razy w tygodniu
4. 1 – 2 razy w tygodniu
5. 2 – 3 razy w miesiącu
6. 1 raz w miesiącu
7. 6 – 11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
8. 2 – 5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy
9. 1 raz w czasie ostatnich 12 miesięcy
10. Nie kupowałem(a)m w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale kupowałem(a)m wcześniej
11. Nigdy w życiu nie kupowałem(a)m

P26. Kiedy ostatnio dokonał(a) Pan(i) zakupu w sklepie z „dopalaczami” to, co Pan(i) wtedy kupił(a)?**Ostatni zakup dni przed badaniem**

Przedmiot zakupu:	nie	tak	Wpisać nazwy
1. Mieszkanki ziołowe (do palenia)	1	2	
2. Pigułki/tabletki (euforyzujące / stymulujące / halucynogenne)	1	2	
3. Białe proszki (do wciągania nosem)	1	2	
4. Inne	1	2	

P27. Czy używał(a) Pan(i) kiedykolwiek któregoś z „dopalaczy”?

1. Tak -> *zadaj następne pytanie (27.1)* 2. Nie -> *przejdź do pytania 29.*

P27.1. Proszę wymienić nazwy „dopalaczy”, których Pan(i) używał(a) w chociaż raz w ciągu całego życia? <i>Jeśli respondent wymieniał, chociaż jedną, substancję należy dopytać:</i> – Ile miał lat, kiedy użył po raz pierwszy? – Ile razy użył w ciągu całego życia? Następnie: 27.2. Ile razy używał(a) Pan(i) danej substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Następnie: 27.3. Ile razy używał(a) Pan(i) danej substancji w ciągu ostatnich 30 dni?	27.1. W ciągu całego życia?		27.2. W ciągu ostatnich 12 miesięcy?	27.3. W ciągu ostatnich 30 dni?
	Wiek pierwszego użycia	Ile razy?	Ile razy?	Ile razy?
	Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, ile miał wówczas lat wpisz 99 Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, lub nie wie, ile razy – wpisz 99	1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy	1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka- wpisz 99	1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy Ankieter – Jeśli respondent nie używał wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka- wpisz 99
1.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
2.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
3.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
4.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
5.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
6.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
7.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
8.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _
9.	I _ _ _	I _ _	I _ _	I _ _

P28.1. Czy zdarzyło się Panu(i) używać któregokolwiek z „dopalaczy” jednocześnie z alkoholem w ciągu całego życia? <i>Jeśli respondent wybierze odpowiedź „tak”, należy dopytać:</i> – Ile miał lat, kiedy użył po raz pierwszy razem z alkoholem? – Ile razy użył w ciągu całego życia razem z alkoholem? <i>Następnie</i> 28.2. Ile razy używał(a) Pan(i) „dopalaczy” razem z alkoholem w ciągu ostatnich 12 miesięcy? <i>Następnie</i> 28.3. Ile razy używał(a) Pan(i) „dopalaczy” razem z alkoholem w ciągu ostatnich 30 dni?	28.1. W ciągu całego życia?				28.2. W ciągu ostatnich 12 miesięcy?	28.3. W ciągu ostatnich 30 dni?
	Nigdy	Przynajmniej raz	Wiek pierwszego użycia <i>Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, ile miał wówczas lat wpisz 99</i>	Ile razy? 1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy <i>Ankieter – jeśli respondent nie pamięta, lub nie wie, ile razy – wpisz 99</i>	Ile razy? 1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy <i>Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka – wpisz 99</i>	Ile razy? 1. 1–2 razy 2. 3–5 razy 3. 6–9 razy 4. 10–19 razy 5. 20–39 razy 6. 40 i więcej razy <i>Ankieter – Jeśli respondent nie używał danego środka wpisz 0, jeśli nie pamięta ile razy używał danego środka – wpisz 99</i>
„Dopalacze” jednocześnie z alkoholem	1	2	I _ I _ I	I _ I	I _ I	I _ I

P29. Jak Pan(i) sądzi, gdyby chciał(a) Pan(i) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Pana(i)? Proszę odpowiedzieć, korzystając ze skali znajdującej się na karcie.

	Nieemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
1. Leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę	1	2	3	4	5	9
2. Marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	9
3. LSD	1	2	3	4	5	9
4. Grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5	9
5. Ecstasy	1	2	3	4	5	9
6. Amfetamina	1	2	3	4	5	9
7. Crack	1	2	3	4	5	9
8. Kokaina	1	2	3	4	5	9
9. Heroina	1	2	3	4	5	9
10. Sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	9
11. GHB (pigulka gwałtu)	1	2	3	4	5	9
12. „Kompot”	1	2	3	4	5	9
13. Bimber	1	2	3	4	5	9
14. „Dopalacze”	1	2	3	4	5	9

P30. Ile razy w czasie ostatnich 12 miesięcy proponowano Pan(i) którąkolwiek z następujących substancji niezależnie od tego, czy skorzystał(a) Pan(i) z tej propozycji, czy nie?

	Nie	1–2 razy	3–5 razy	6–9 razy	10–19 razy	20 razy lub więcej
1. Leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę	1	2	3	4	5	6
2. Marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	6
3. LSD	1	2	3	4	5	6
4. Grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5	6
5. Ecstasy	1	2	3	4	5	6

6. Amfetamina	1	2	3	4	5	6
7. Crack	1	2	3	4	5	6
8. Kokaina	1	2	3	4	5	6
9. Heroina	1	2	3	4	5	6
10. Sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	6
11. GHB (pigułka gwałtu)	1	2	3	4	5	6
12. „Kompot”	1	2	3	4	5	6
13. Bimber	1	2	3	4	5	6
14. „Dopalacze”	1	2	3	4	5	6

Uwaga: pytanie P31 – P33 tylko dla osób, które używały marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu tzn. w P17.1 punkt. 1 wybrały odpowiedź 2. W pozostałych przypadkach przejdź do P34.

P31. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to jak je Pan(i) zdobył(a), kiedy używał(a) je Pan(i) ostatnim razem?			
	Tak	Nie	Nie dotyczy
1. Kupiłem(a)m	1	2	9
2. Dostałem(a)m	1	2	9
3. Wyhodowałem(a)m sobie	1	2	9
4. Inne	1	2	9

P32. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to od kogo, lub przy czyjej pomocy je Pan(i) zdobył(a), gdy używał(a) je Pan(i) ostatnim razem?			
	Tak	Nie	Nie dotyczy
1. Przyjaciół, przyjaciółka	1	2	9
2. Krewny	1	2	9
3. Ktoś inny, znajomy	1	2	9
4. Ktoś nieznajomy	1	2	9
5. Diler	1	2	9
6. Internet	1	2	9
7. Poczta, przesyłka kurierska	1	2	9
8. Inne, jakie	1	2	9

P33. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to gdzie je Pan(i) zdobył(a), gdy używał(a) je Pan(i) ostatnim razem?			
	Tak	Nie	Nie dotyczy
1. Dom prywatny	1	2	9
2. Otwarte miejsce publiczne (park, dworzec, ulica)	1	2	9
3. Miejsce pracy lub nauki (szkoła, uniwersytet, zakład pracy, itp.)	1	2	9
4. Bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej, itp	1	2	9
5. Inne, jakie	1	2	9

P34. Jak Pan(i) myśli, ile czasu potrzebował(a)by Pan(i) na zdobycie następujących substancji, gdyby chciał(a) Pan(i) je zdobyć?

	Jedną godzinę lub mniej	Kilka godzin	Jeden dzień	Kilka dni lub więcej	Zdobycie jest dla mnie niemożliwe	Nie wiem
1. Marihuana	1	2	3	4	5	6
2. Amfetamina	1	2	3	4	5	6
3. Ecstasy	1	2	3	4	5	6
4. Heroina	1	2	3	4	5	6

P35. Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczył(a) Pan(i) w grach losowych lub loteriach, gdzie można wygrać pieniądze?

	Codziennie	5-6 razy w tygodniu	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	2-3 razy w miesiącu	1 raz w miesiącu	6-11 razy w roku	2-5 razy w roku	1 raz w roku	Ani razu w czasie ostatnich 12 miesięcy
1. Gra w Lotto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Gra w inne gry losowe (np. kendo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Gra na automatach	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Gra w kasynie (w inne gry niż automaty)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Uczestnictwo w loterii lub innych grach poprzez wysłanie SMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Gra w Internecie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Zakłady bukmacherskie (poza Internetem)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Inne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Inne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Inne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P36. Ile pieniędzy, mniej więcej, wydał(a) Pan(i) na wszystkie wyżej wymienione rozrywki w czasie ostatnich 12 miesięcy, a ile udało się Pan(u) wygrać w tym czasie

A) Wydatki

B) Wygrane

P37. Ile pieniędzy, mniej więcej, wydawał(a) Pan(i) jednorazowo, tzn. zwykle, w ciągu przeciętnego dnia, którego Pan(i) grał(a)?

Wpisać poniżej sumy, jeśli nie dotyczy – 0

1. Gra w Lotto	
2. Gra w inne gry losowe (np. Kendo)	
3. Gra na automatach	
4. Gra w kasynie (w inne gry niż automaty)	
5. Uczestnictwo w loterii lub innych grach poprzez wysłanie SMS	
6. Gra w Internecie	
7. Zakłady bukmacherskie (poza Internetem)	
8. Inne (jakie?)....	
9. Inne (jakie?)....	
10. Inne (jakie?)....	

P38. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że wydał Pan(i) na powyższe rozrywki więcej pieniędzy, niż Pan(i) zaplanował(a)?

1. Zawsze tak się zdarzało	1
2. Często tak się zdarzało	2
3. Czasem tak się zdarzało	3
4. Wyjątkowo tak się zdarzyło	4
5. To się nigdy nie zdarzyło	5

P39. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu?

1. Tak	1
2. Nie	2
3. Nie pamiętam, nie jestem pewien	3

P40. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym np. motocyklem, będąc pod wpływem marihuany lub innego narkotyku?

1. Tak	1
2. Nie	2
3. Nie pamiętam, nie jestem pewien	3

P41. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że był Pan(i) pasażerem samochodu lub innego pojazdu, którym kierowała osoba będąca pod wpływem marihuany lub innego narkotyku?

1. Tak	1
2. Nie	2
3. Nie pamiętam, nie jestem pewien	3

P42. Czy spotykał(a) Pan(i) na terenie Pana(i) miasta (miejscowości) narkomanów, tzn. ludzi, którzy są uzależnieni od narkotyków lub używają ich regularnie w sposób rodzący poważne problemy?

1. Tak	1
2. Nie	2

P43. Czy zna Pan(i) osobiście narkomanów, tzn. ludzi, którzy są uzależnieni od narkotyków lub używają ich regularnie w sposób rodzący poważne problemy?

1. Nie – <i>przejdź do pytania P45.</i>	
2. Tak – przynajmniej jeden z nich jest z Pana(i) miasta lub miejscowości <i>zadaj pytanie P44.</i>	1
3. Tak – ale wszyscy są spoza Pana(i) miasta lub miejscowości <i>przejdź do pytania P45.</i>	2
	3

P44. Jeśli zna Pan(i) takich narkomanów z Pana(i) miasta (miejscowości), to proszę o podanie kilku informacji o każdym z nich (chodzi o informacje odnoszące się do 2009 r.)

ANKIETER – KARTA NOMINACJI!!!!!!

P45. Przeczytam Pan(u)i teraz różne stwierdzenia. Proszę powiedzieć, kim jest według Pan(a)i narkoman?

	tak	nie
1. Człowiekiem chorym	1	2
2. Przestępcą	1	2
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	1	2
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	1	2
5. Osobą o dużej wrażliwości	1	2
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	1	2
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	1	2
8. Awanturnikiem, chuliganem	1	2
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	1	2
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	1	2
11. Kimś innym, kim?	1	2

P46. Proszę wybrać z listy zawartej w poprzednim pytaniu jedno określenie najlepiej pasujące do narkomana.

I ____ I wpisz nr stwierdzenia z pytania 45.

99 – nie wiem/ trudno powiedzieć

P47. Jak według Pana(i) należy postępować z narkomanami?

	Tak	Nie
1. Leczyć	1	2
2. Izolować od społeczeństwa	1	2
3. Karać	1	2
4. Pomagać, otoczyć opieką	1	2
5. Pozostawić samym sobie	1	2
6. Dawać narkotyki	1	2
7. Inne, jakie?	1	2

P48. Proszę wybrać z listy zawartej w poprzednim pytaniu jedną, najbardziej sensowną Pana(i) zdaniem drogę postępowania z narkomanami.

I ____ I wpisz nr odpowiedniej kategorii z pyt. 47

99 – nie wiem/ trudno powiedzieć

P49. Czy słyszał(a) Pan(i) o leczeniu substytucyjnym osób uzależnionych od heroiny lub innych opiatów nazywanym także leczeniem „metadonem”?

1. Tak -> *zadaj następne pytanie (P50)*

2. Nie -> *przejdź do pytania P51*

P50. Jak Pan(i) sądzi, czy powinno się stosować tę formę terapii

1. Tak

2. Nie

3. Nie wiem

P51. Kto Pana(i) zdaniem powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży?		
	Tak	Nie
1. Rodzice	1	2
2. Oświata – szkoły	1	2
3. Policja	1	2
4. Kościół	1	2
5. Służba zdrowia	1	2
6. Organizacje pozarządowe (społeczne)	1	2
7. Inne – jakie? <i>wpisz jakie</i>	1	2

P52. Proszę wybrać z listy zawartej w poprzednim pytaniu jedną instytucję, której działania mogą być Pana(i) zdaniem najbardziej skuteczne?
I ____ I wpisz nr odpowiedniej kategorii z pyt. 51 99 –nie wiem/ trudno powiedzieć

P53. W jaki stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza się Pan(i) z poniższymi stwierdzeniami:						
	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie wiem/ trudno powiedzieć
1. Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone.	1	2	3	4	5	6
2. Używanie heroiny powinno być dozwolone.	1	2	3	4	5	6

UWAGA: Pytania P54 i P55 tylko dla respondentów, którzy mają co najmniej jedno dziecko w wieku 8-18 lat – pozostali przejść do pytania 56

P54. Jak się Panu(i) wydaje czy Pana(i) dziecko mogłoby spróbować marihuany, gdyby ktoś mu coś takiego zaproponował?	
1. To jest niemożliwe, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	1
2. To jest mało prawdopodobne, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	2
3. To jest bardzo prawdopodobne, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	3
4. Moje dziecko na pewno by spróbowało marihuany	4
5. Nie dotyczy – nie mam dziecka w wieku 8-18 lat	5

P55. czy w czasie ostatnich 12 miesięcy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoim dzieckiem o:			
	jego kłopotach, czy problemach	kwestii picia alkoholu przez młodzież	problemie narkotyków
1. Nie	1	1	1
2. Tak, tylko raz lub kilka razy	2	2	2
3. Tak, wielokrotnie	3	3	3
4. Nie dotyczy – nie mam dziecka w wieku 8-18 lat	0	0	0

P56. Jak Pana(i) zdaniem należałoby ocenić zachowanie osiemnastolatka, który od czasu do czasu:

	Zdecydowanie potępiam	Raczej potępiam	Raczej nie potępiam	Zdecydowanie nie potępiam	Trudno powiedzieć
1. Pali papierosy	1	2	3	4	5
2. Pali marihuanę	1	2	3	4	5
3. Pije piwo	1	2	3	4	5
4. Pije wino	1	2	3	4	5
5. Pije wódkę	1	2	3	4	5
6. Używa ecstasy	1	2	3	4	5
7. Używa amfetaminę	1	2	3	4	5
8. Używa kokainę	1	2	3	4	5
9. Używa heroinę	1	2	3	4	5
10. Używa „dopalaczy”	1	2	3	4	5

P57. Czy dostrzega Pan(i) w narkomanie bardziej kryminalistę, czy też bardziej pacjenta?

1. Bardziej kryminalistę	1
2. Bardziej pacjenta	2
3. Ani kryminalistę, ani pacjenta	3
4. I kryminalistę, i pacjenta	4
5. Trudno powiedzieć	5

P58. Jak bardzo, Pana(i) zdaniem, ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą (zdrowotnie lub w inny sposób), jeśli:

	Nie ma ryzyka	Małe ryzyko	Umiarkowane ryzyko	Duże ryzyko	Nie wiem
1. Palą papierosy od czasu do czasu	1	2	3	4	5
2. Palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	1	2	3	4	5
3. Wypijają jeden lub dwa „drinki” prawie codziennie	1	2	3	4	5
4. Wypijają cztery lub pięć „drinków” prawie codziennie	1	2	3	4	5
5. Wypijają pięć lub więcej „drinków” 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	1	2	3	4	5
6. Próbuje marihuany lub haszysz 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5
7. Palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	1	2	3	4	5
8. Palą marihuanę lub haszysz regularnie	1	2	3	4	5
9. Próbuje ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5
10. Używają ecstasy regularnie	1	2	3	4	5
11. Próbuje heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5
12. Używają heroiny regularnie	1	2	3	4	5
13. Próbuje kokainy lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5
14. Używają kokainy lub crack regularnie	1	2	3	4	5
15. Używają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich	1	2	3	4	5
16. Próbuje „dopalaczy” 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5
17. Używają „dopalaczy” regularnie	1	2	3	4	5

P59. Który z wymienionych na karcie poglądów jest Panu(i) bliższy. Proszę wybrać jedną odpowiedź.

1. Napoje alkoholowe nie mogą być traktowane jak wszystkie inne towary, a handel nimi powinien być specjalnie kontrolowany przez państwo	1
2. Napoje alkoholowe należy traktować tak jak każdy inny towar; zatem handel nimi nie powinien być objęty żadną specjalną kontrolą	2
3. Trudno powiedzieć	3

P60. Ludzie mają różne opinie w sprawach dotyczących narkotyków. Przeczytam Panu(i) kilka opinii na ten temat. Proszę powiedzieć, na ile zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z każdą z nich.

	Zdecydowa- nie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowa- nie nie	Nie wiem/ trudno powiedzieć
1. W mojej miejscowości władze są zainteresowane przeciwdziałaniem zjawisku używania narkotyków	1	2	3	4	5
2. Gdyby ktoś z moich bliskich miał problemy z narkotykami wiedziałbym gdzie szukać pomocy	1	2	3	4	5
3. W ostatnich latach wzrosła skuteczność leczenia osób uzależnionych od narkotyków	1	2	3	4	5
4. Kogoś, kto ciągle używa narkotyków powinno się karać	1	2	3	4	5
5. Używanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn z powodu których ludzie robią to, czego nie powinni	1	2	3	4	5
6. W Polsce niewiele się robi aby przeciwdziałać narkomanii	1	2	3	4	5
7. W sprzyjających okolicznościach każdy młody człowiek może sięgnąć po narkotyk	1	2	3	4	5
8. Używanie narkotyków to osobista sprawa człowieka, który to robi i nikt nie powinien się w to wtrącać	1	2	3	4	5
9. Marihuana powinna być traktowana łagodniej niż inne narkotyki	1	2	3	4	5
10. Narkoman, który przestał używać narkotyków zasługuje na wiele szacunku	1	2	3	4	5
11. Jeśli ktoś używa narkotyków i z tego powodu nie zapewnia środków do życia żonie i dzieciom, miejscowa społeczność powinna im pomóc	1	2	3	4	5
12. Uzależnienie od narkotyków jest niewyleczalne, nie warto zatem podejmować leczenia	1	2	3	4	5
13. Po narkotyki sięga tylko młodzież zdeprawowana	1	2	3	4	5
14. W ostatnich latach w naszym kraju podejmuje się coraz więcej działań w zakresie zapobiegania narkomanii	1	2	3	4	5
15. Ktoś, kto używał narkotyków wywarł wpływ na moje życie	1	2	3	4	5

P61. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) w sytuacji, w której ze względu na problemy własne lub swojej rodziny szukał Pan(i) pomocy w zakresie:
Ankieter – Czytaj po kolei wierszami P62. Jeśli tak, to jak trudno było uzyskać pomoc:

	Tak	Nie	Nie pamiętam, nie wiem	Bardzo trudno	Raczej trudno	Raczej łatwo	Bardzo łatwo	Nie dotyczy
1. Problemów alkoholowych	1	2	9	1	2	3	4	0
2. Problemów narkomanii	1	2	9	1	2	3	4	0
3. Problemów hazardu	1	2	9	1	2	3	4	0

P63. Czy słyszał(a) Pan(i) o następujących instytucjach, organizacjach i przedsięwzięciach, które mają na celu rozwiązywanie problemów alkoholowych i narkomanii?

	Słyszał(a) m	Nie słyszał(a) m
1. Punkty konsultacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków	1	2
2. Poradnie dla osób uzależnionych od narkotyków	1	2
3. Grupy Anonimowych Alkoholików	1	2
4. Grupy Anonimowych Narkomanów	1	2
5. Grupy Anonimowych Hazardzistów	1	2
6. Ogólnopolski telefon zaufania „Narkotyki – narkomania”	1	2
7. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	1	2
8. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	1	2
9. Ogólnopolska Kampania „Brałeś? Nie jedź! Po alkoholu i narkotykach rozum wysiada”	1	2

P63. Czy w czasie ostatniego miesiąca zauważył(a) Pan(i) informacje na temat problemu narkotyków i narkomanii w:

	tak	nie
1. Telewizji	1	2
2. Radio	1	2
3. Prasie codziennej	1	2
4. Tygodnikach, miesięcznikach	1	2
5. Tablicach reklamowych na ulicach	1	2
6. Internecie	1	2
7. Zauważyłem, ale nie pamiętam gdzie	1	2

P64. Czy na terenie miejscowości, w której Pan(i) mieszka, zetknął(ęła) się Pan(i) z działaniami z zakresu przeciwdziałania narkomanii

	tak	nie
1. Plakaty, ulotki itp.	1	2
2. Spotkania, prelekcje	1	2
3. Akcje, kampanie profilaktyczne	1	2
4. Punkty konsultacyjne, poradnie	1	2
5. Interwencje profilaktyczne	1	2
6. Programy profilaktyczne w szkołach	1	2
7. Akcje policyjne	1	2
8. Inne – jakie?	1	2

P65. Na jaki cel byłby Pan(i) skłonny(a) przeznaczyć 1% swoich należności podatkowych
(tylko jedna odpowiedź)

1. Pomoc ubogim	1
2. Pomoc niepełnosprawnym	2
3. Ochronę środowiska	3
4. Pomoc narkomanom	4
5. Walkę z przestępczością	5
6. Zapobieganie alkoholizmowi	6
7. Działania profilaktyczne w zakresie zapobiegania narkomanii	7
8. Ochrona zdrowia	8
9. Pomoc bezdomnym	9
10. Inne – jakie?	10

METRYCZKA**M1. Płeć**

1. Kobieta
2. Mężczyzna

M2. Wiek

|____| lat

M3. Wykształcenie

1. Niepełne podstawowe
2. Podstawowe
3. Zasadnicze zawodowe
4. Niepełne średnie
5. Średnie
6. Pomaturalne
7. Niepełne wyższe
8. Wyższe

M4. Stan cywilny

1. Kawaler/ panna
2. Żonaty/ zamężna/ konkubinat
3. Rozwiedziony/ rozwiedziona
4. Wdowiec/ wdowa

M5. Ile osób, łącznie z Panem(ią), liczy gospodarstwo domowe, w którym Pan(i) mieszka?

|____| osób

M5.1. w tym osoby do 18 lat

|____| osób

M6. Czy posiada Pan(i) dzieci?

1. Tak – *zadaj pytanie M6.1*
2. Nie – *przejdź do pyt. M7*

M6.1. Liczba posiadanych dzieci**1. w wieku 0 – 7 lat** |____| dzieci**2. 8–14 lat**

|____| dzieci

3. 15–18 lat

|____| dzieci

4. pow. – 18 lat

|____| dzieci

M7. Jaki ma Pan(i) status zawodowy?

1. Praca zawodowa
2. Rencista, emeryt – **przejdź do pyt. M9**
3. Uczeń/ student – **przejdź do pyt. M9**
4. Gospodyni domowa – **przejdź do pyt. M9**
5. Bezrobotny – **przejdź do pyt. M9**
6. Inne – jakie

M8. Jakie ma Pan(i) stanowisko

1. Szeregowy
2. Kierownicze
3. Samodzielne

M9. Przynależność społeczno – zawodowa

Ankieter:

A) osoby pracujące klasyfikujemy według wykonywanego obecnie zawodu

B) osoby nie pracujące (emeryci, renciści, gospodynie domowe) klasyfikujemy według podanych kryteriów:

- a) bezrobotni według poprzednio wykonywanego zawodu, przed utratą pracy
- b) nie pracujący według zawodu głowy rodziny (głowa rodziny to osoba, która zarabia najwięcej w rodzinie)
- c) emeryci, renciści według ostatnio wykonywanego zawodu, przed rentą, emeryturą

Poniżej należy zakreślić tylko jedną odpowiedź:

1. Rolnik indywidualny
2. Robotnik niewykwalifikowany
3. Robotnik wykwalifikowany
4. Pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia
5. Pracownik umysłowy z wyższym wykształceniem
6. Przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec
7. Wojsko, policja
8. Inne – **wpisz jakie**

M10. Jakie są łączne miesięczne dochody netto (na rękę) całej Pana(i) rodziny w złotych?

1. Do 500 PLN
2. 501–1000 PLN
3. 1001–2000 PLN
4. 2001–3000 PLN
5. 3001–4000 PLN
6. 4001–5000 PLN
7. 5001–6000 PLN
8. 6001–7000 PLN
9. 7001–8000 PLN
10. 8001–9000 PLN
11. 9001–10000 PLN
12. 10001–15000 PLN
13. Powyżej 15000 PLN
14. Odmowa odpowiedzi

M11. Czy Państwa dochody:

1. Nie wystarczają na podstawowe potrzeby
2. Wystarczają tylko na podstawowe potrzeby
3. Pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb
4. Nie wiem/ trudno powiedzieć

M12. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy prowadził(a) Pan(i) przynajmniej raz samochód lub inny pojazd mechaniczny np. motocykl:

1. Tak
2. Nie

M13. Gdzie się Pan(i) wychowywał(a), w mieście czy na wsi:

1. W mieście
2. Na wsi

M14. Czy jest Pan(i)

1. Wierzący i praktykujący
2. Wierzący i niepraktykujący
3. Niewierzący, ale przywiązany do niektórych praktyk religijnych
4. Niewierzący i niepraktykujący
5. Trudno powiedzieć

M15. Czy czuje się Pan(i) szczęśliwy(a) ?

1. Tak
2. Raczej tak
3. Ani tak, ani nie
4. Raczej nie
5. Nie

M16. Jak ocenia Pan(i) atmosferę panującą w Pana(i) domu ?

1. Bardzo dobra
2. Raczej dobra
3. Różnie bywa, czasem dobra, czasem zła
4. Raczej zła
5. bardzo zła

M17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy obawiał(a) się Pan(i), że może stracić swoją pracę lub, że może ją stracić ktoś na kogo utrzymaniu Pan(i) jest?

1. Zdecydowanie tak
2. Raczej tak
3. Raczej nie
4. Zdecydowanie nie
5. Trudno powiedzieć
6. Nie dotyczy (rodzina bez pracy)

M18. Czy brał(a) Pan(i) udział w ostatnich wyborach prezydenckich?

1. Tak
2. Nie

M19. Czy jest Pan(i) zadowolony(a), że Polska przystąpiła do Unii Europejskiej?

1. Zdecydowanie tak
2. Raczej tak
3. Raczej nie
4. Zdecydowanie nie
5. Trudno powiedzieć

M20. Jaka jest wielkość miejscowości, w której Pan(i) mieszka?

1. Miasto powyżej 500 000 mieszkańców
2. Miasto liczące 200 000–500 000 mieszkańców
3. Miasto liczące 50 000–200 000 mieszkańców
4. Miasto poniżej 50 000 mieszkańców
5. Wieś

11. Ocena ankietera, co do szczerości odpowiedzi

1. Wszystkie odpowiedzi szczere
2. Niektóre odpowiedzi wątpliwe *wpisz nr pytań*
3. Wszystkie odpowiedzi wątpliwe

Dodatkowe uwagi ankietera:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dyspozycje do indywidualnego wywiadu pogłębianego

I. Wprowadzenie

1. Przedstawienie się osoby prowadzącej i poinformowanie o celu wywiadu. Celem wywiadu jest zebranie informacji o działaniu instytucji, ocena potrzeb i priorytetów z punktu widzenia instytucji oraz opisanie sceny narkotykowej. Dodatkowo określenie zakresu danych zbieranych przez instytucję.
2. Przedstawienie się uczestnika
Prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz odpowiedź na następujące pytania:
 - Pełniona funkcja w instytucji
 - Jak długo osoba pracuje, zakres obowiązków, czym się zajmuje?

II. Percepcja problemu narkomanii

1. Przedstawiamy listę problemów społecznych z prośbą o ocenę, każdego z nich oraz wybranie najważniejszego (załącznik 1). Kolejne pytanie dotyczy sposobu, w jaki postrzegany jest przez respondenta narkoman (załącznik 2). Prosimy badanego o wybranie odpowiedzi najbardziej pasującej do narkomana. Pytamy się również o sposób postępowania z narkomanem (załącznik 3).

III. Dotychczasowe działania

1. Działania podejmowane w obszarze przeciwdziałania narkomanii przez instytucję:
 - cel prowadzonych działań;
 - opis aktywności;
 - zasięg działań;
 - na ile działania są stałe, czy się zmieniają;
 - kto jest ich odbiorcą;
 - wielkość przeznaczonych środków,
 - efektywność działań.

IV. Współdziałanie z innymi instytucjami

1. Działania innych instytucji zajmujących się tematyką przeciwdziałania narkomanii zarówno o takim samym profilu jak i działających w innym obszarze.
2. Współpraca z innymi instytucjami: na poziomie operacyjnym jak i koordynacji działań, ocena tej współpracy i określenie deficytów;

dyskusja jak można byłoby ją zintensyfikować. Ocena aktywności instytucji zaangażowanych w działania z obszaru przeciwdziałania narkomanii (załącznik 4) *(pomijamy w karcie instytucję, z której przedstawicielem prowadzimy wywiad)*

3. Określenie możliwości współpracy, w jakich obszarach jest ona możliwa

V. Możliwość angażowania się w przeciwdziałanie narkomanii

1. Określenie warunków, pod jakimi instytucja gotowa byłaby włączyć się w działania w obszarze przeciwdziałania narkomanii, jeżeli nie jest jeszcze zaangażowana.

VI. Ocena realizacji i efektów gminnego programu (opcjonalnie)

1. Ocena programu przeciwdziałania narkomanii.
2. Co należy zmienić w programie, aby był on lepszy? Jakie modyfikacje w organizacji, formach działania itp., warto wprowadzić? Co jest mocną stroną programu, a co słabą?

VII. Dane zbierane przez instytucje

1. Jakiego rodzaju dane są zbierane o problemie narkotyków i narkomanii; jakie są ograniczenia tych danych; co przedstawiają (osoby czy czyny), czy są zmiany w ich zbieraniu na przestrzeni ostatnich lat; jak dane są interpretowane przez instytucję? *(W tym punkcie uzyskujemy dane do mapy informacyjnej oraz możemy określić, jakie dane są zbierane przez instytucje albo (jak już je mamy) zbadać, co one przedstawiają).*

VIII. Sytuacja w obszarze problemu narkotyków i narkomanii

1. Opis sceny narkotykowej z punktu widzenia przedstawiciela instytucji:
 - skala zjawiska w gminie;
 - jak zmienia się sytuacja na przestrzeni ostatnich lat: problem narasta czy się zmniejsza; skala;
 - jakie substancje są używane, wzory używania;
 - kto sięga po narkotyki (wiek, płeć, środowisko);
 - dostępność narkotyków (załącznik 5, 6 i 7) itd.*(W tym punkcie można też omówić wyniki z badań ilościowych oraz opinie uzyskane z innych źródeł. Warto przedyskutować sytuację zarówno w obszarze, którym zajmuje się dana instytucja jak i w gminie. Jeżeli jest to pedagog to np. zarówno w szkole, jak również na obszarze całej gminy)*
2. Dane o cenach narkotyków, przedstawiamy kartę (załącznik nr 8) i prosimy o podanie maksymalnie ostatnich 10 cen poszczególnych narkotyków za dany rok, które zna respondent. *(Uwaga: pkt. dla policji i innych służb siłowych, ewentualnie terapeutów. Często badani będą znali jedną lub dwie ceny najbardziej popularnych narkotyków).*

IX. Zakończenie wywiadu

Dziękujemy uczestnikowi za udział w wywiadzie.

Załącznik 1. Karta problemów społecznych

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio ważne	Mało ważne	Nieważne	Trudno powiedz.
1) Przestępczość gospodarcza	1.	2.	3.	4.	5.	9.
2) Przestępczość pospolita	1.	2.	3.	4.	5.	9.
3) Narkomania	1.	2.	3.	4.	5.	9.
4) Zanieczyszczenie środowiska	1.	2.	3.	4.	5.	9.
5) Alkoholizm	1.	2.	3.	4.	5.	9.
6) Kryzys moralny	1.	2.	3.	4.	5.	9.
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	1.	2.	3.	4.	5.	9.
8) Spadek stopy życiowej	1.	2.	3.	4.	5.	9.
9) Sytuacja mieszkaniowa	1.	2.	3.	4.	5.	9.
10) Przemoc w rodzinie	1.	2.	3.	4.	5.	9.
11) Przemoc i agresja na ulicach	1.	2.	3.	4.	5.	9.
12) Picie alkoholu przez młodzież	1.	2.	3.	4.	5.	9.
13) Bezrobocie	1.	2.	3.	4.	5.	9.
14) AIDS	1.	2.	3.	4.	5.	9.
15) Inne problemy (jakie)	1.	2.	3.	4.	5.	9.

Wybór najważniejszego problemu z listy |____|

Załącznik 2. Karta – stwierdzenia na temat narkomana, kim jest według opinii badanego.

	tak	nie
1. Człowiekiem chorym	1	2
2. Przestępcą	1	2
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	1	2
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	1	2
5. Osobą o dużej wrażliwości	1	2
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	1	2
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	1	2
8. Awanturnikiem, chuliganem	1	2
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	1	2
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	1	2
11. Kimś innym, kim?	1	2

Wybór najbardziej odpowiedniego z listy, które pasuje według opinii badanego do narkomana
|____|

Załącznik 3. Karta – jak należy postępować z narkomanami w opinii badanego.

	tak	nie
1. Leczyć	1	2
2. Izolować od społeczeństwa	1	2
3. Karać	1	2
4. Pomagać, otoczyć opieką	1	2
5. Pozostawić samym sobie	1	2
6. Dawać narkotyki	1	2
7. Inne, jakie?	1	2

Załącznik 4. Karta – instytucje na terenie gminy zaangażowane w zapobieganie narkomanii, ocena aktywności.

	Bardzo aktywne	Raczej aktywne	Mało aktywne	Zupełnie nie	Nie dotyczy/ nie istnieją
1. organizacje pozarządowe	1	2	3	4	0
2. szkoły ponadgimnazjalne	1	2	3	4	0
3. szkoły gimnazjalne	1	2	3	4	0
4. szkoły podstawowe	1	2	3	4	0
5. kluby, świetlice, domy kultury	1	2	3	4	0
6. organizacje młodzieżowe, np. harcerze	1	2	3	4	0
7. poradnia psychologiczno-pedagogiczna	1	2	3	4	0
8. Placówki lecznicze (poradnie, punkty konsultacyjne, itp.)	1	2	3	4	0
9. Urząd gminy	1	2	3	4	0
10. inne, jakie?	1	2	3	4	0

Załącznik 5. Karta – opinia o młodzieży szkolnej z gminy, w jakim stopniu narażona jest na propozycje kupna narkotyków w porównaniu do kraju.

	W znacznie większym stopniu	W trochę większym stopniu	Tak jak średnio w kraju	W trochę mniejszym stopniu	W znacznie mniejszym stopniu	Trudno powiedzieć nie wiem
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna marihuany lub haszyszu	1	2	3	4	5	9
Używa marihuany lub haszyszu	1	2	3	4	5	9
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna amfetaminy	1	2	3	4	5	9
Używa amfetaminy	1	2	3	4	5	9
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna heroiny	1	2	3	4	5	9
Używa heroiny	1	2	3	4	5	9

Załącznik 6. Karta – opinia na temat jak trudne byłoby dla przeciętnego osiemnastolatka z gminy zdobycie każdej z następujących substancji gdyby chciał je zdobyć.

	Nie możliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	9
LSD lub inny środek halucynogeny	1	2	3	4	5	9
Amfetamina	1	2	3	4	5	9
Kokaina	1	2	3	4	5	9
Ecstasy	1	2	3	4	5	9
Heroina	1	2	3	4	5	9
Polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4	5	9

Załącznik 7. Karta – w jakich miejscach z niżej podanych, można łatwo kupić marihuanę lub haszysz na terenie gminy

	tak	nie	nie wiem
1. Ulica, park	1	2	9
2. Szkoła	1	2	9
3. Dyskoteka, bar	1	2	9
4. Mieszkanie diler	1	2	9
5. Inne miejsce, jakie?	1	2	9

Załącznik 8. Karta – ceny narkotyków

Nazwa instytucji	Ceny narkotyków									
Rodzaj substancji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
konopie – haszysz (gram)										
konopie – marihuana (gram)										
heroina (gram)										
– heroina brunatna (gram)										
– heroina biała (gram)										
polska heroina – „kompot” (cm ³)										
kokaina – proszek (gram)										
crack (dawka/gram)										
amfetaminy – proszek (gram)										
metaamfetamina – proszek (gram)										
„ekstazy” (tabletki)										
LSD (dawka/listek)										
Inna (jaka)										
Inna (jaka)										
Inna (jaka)										

Dyspozycje do indywidualnego wywiadu pogłębionego

Informacje dla moderatora.

Celem badania jest stworzenie charakterystyki wielkomiejskiej młodzieży zamieszkującej dzielnicę miasta o nasilonych zjawiskach patologicznych takich jak przestępczość, uzależnienia, bieda itp. Wspomniana charakterystyka zostanie stworzona w oparciu o kilka podstawowych obszarów badawczych takich jak cele w życiu, hierarchia wartości, style życia, zachowania ryzykowne, a także całą gamę zachowań związanych z substancjami psychoaktywnymi. Szczególny nacisk został położony na postawy oraz zachowania związane z substancjami psychoaktywnymi.

Czas trwania wywiadu: ok. 1,5–2 godz.

Grupę badawczą stanowią osoby w wieku **13–17 lat**, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy używały co najmniej dwóch różnych substancji psychoaktywnych. **Dobór respondentów** odbywać się będzie za pomocą tzw. kuli śniegowej, gdzie kontakt z następnym respondentem otrzymuje się za pośrednictwem poprzednich badanych (Korf 1997). W metryczce znajdują się kody: zarówno osób, od których otrzymano kontakt, jak i kod osoby, z którą przeprowadzamy wywiad. Kody wraz z lokalizacją są potrzebne do prześledzenia schematu powiązań grupy oraz zmapowania go w przestrzeni miejskiej. Kody osób nie mają na celu zidentyfikowania jednostek. Oparte są one na pierwszych literach imienia i nazwiska lub *ksywy*. Pytanie o podanie swojego kodu powinno zostać zadane po zakończeniu wywiadu przy okazji prośby o wskazanie następnego respondenta.

Lokalizacja. Na przeprowadzenie badania należy wybrać miejsce zapewniające dyskrecję, w którym respondent będzie czuł się pewnie i bezpiecznie. Ponadto należy wybrać miejsce względnie ciche, z powodu konieczności zapisu audio wywiadów.

Rejestracja. W trakcie badania konieczne jest prowadzenie zapisu audio oraz notatek. Na wstępie należy zwrócić się z prośbą o zgodę na nagrywanie, ale w taki sposób, aby wyglądało to na rutynową procedurę. W razie odmowy należy zastosować następującą procedurę, a mianowicie w ramach oswojenia respondenta z dyktafonem położyć go w widocznym miejscu i rozpocząć wstępną

rozmowę z respondentem o „byle czym”, a następnie zaproponować rzecz następującą – „To co mówisz to bardzo ciekawe i ważne dla badania, czy mogę to nagrać.” Tylko w wyjątkowo trudnych przypadkach dopuszcza się prowadzenie wyłącznie notatek.

Wstęp do wywiadu

Przed rozpoczęciem wywiadu moderator powinien upewnić się, czy respondent spełnia kryteria badania.

Proponujemy zastosowanie następującego **wstępu**.

„Chciałabym/chciałbym Cię poprosić o wyrażenie zgody na uczestniczenie w prowadzonych przez nas badaniach. Badanie to jest wykonywane dla Ministerstwa Zdrowia i dotyczy stylów życia młodych ludzi, którzy zdecydowali się na eksperymenty z narkotykami. Polega ono na odpowiadaniu na pytania dotyczące różnych aspektów Twojego życia. Badanie to polega na rozmowie na wybrane tematy, a nie na wypełnieniu ankiety. Ze wszystkimi osobami badanymi prowadzimy nagrywane na dyktafon rozmowy. Wszyscy odpowiadają na podobne pytanie. **Nie ma złych i dobrych odpowiedzi. Nie chcę abyś mi mówił/a to, co myślisz, że ja chcę usłyszeć. Opowiadaj mi o tym, jak naprawdę czujesz, jak myślisz. Twoje zdanie, Twój opis, Twoja opinia jest dla mnie najważniejsza. Każda Twoja osobista wypowiedź jest dla nas bardzo cenna.** Badanie jest anonimowe. Twoje dane, ani dane żadnego z Twoich kolegów nie będą nikomu udostępniane, a wszelkie zdobyte w trakcie wywiadu informacje zostaną wykorzystane tylko w celach naukowych, bez możliwości zidentyfikowania Ciebie. Metoda badania powoduje konieczność stosowania dyktafonu. Mam nadzieję, że nie masz nic przeciwko temu, że będę nagrywała/nagrywał naszą rozmowę. Taśmy z nagrań zostaną przepisane i zniszczone, a do analiz zostanie użyty tylko materiał pisany. Czy jest to dla ciebie zrozumiałe, i czy o coś chciałbyś zapytać?”

Prowadzenie wywiadu

Instrukcja składa się z trzech zasadniczych części:

- 1) części wstępnej zawierającej informacje o szczegółach przeprowadzonego wywiadu, a także o podstawowych informacjach o respondencie;
- 2) części zasadniczej zawierającej obszary badawcze podzielone na dwie sekcje – pierwszą dotyczącą otoczenia respondenta, stylu życia, wartości, pragnień oraz drugą dotyczącą narkotyków;
- 3) części poświęconej wszelkim ważnym uwagom i obserwacjom moderatora.

Przedstawiona w instrukcji lista pytań nie powinna być traktowana jako zamknięty katalog. W trakcie wywiadu może pojawiać się konieczność zadawania pytań dodatkowych, wyjaśniających. Każdy wątek, który w sposób naturalny pojawi się w trakcie wywiadu a będzie związany z tematyką badania, powinien zostać zgłębiony przez moderatora. Kolejność zadawania pytań oraz ich ostateczna forma zależą od moderatora.

Zmniejszenie dystansu, ocieplenie klimatu wywiadu. Zarówno we wstępie jak i podczas prowadzeniu wywiadu należy skupić się na zmniejszeniu dystansu pomiędzy moderatorem a respondentem. Z uwagi na fakt różnicy wieku pomiędzy moderatorem a respondentem, która będzie najprawdopodobniej dość znaczna, zmniejszenie dystansu jest kwestią kluczową, aby otrzymać wiarygodne wyniki analizy. Poniżej kilka sposobów, które pozwolą wytworzyć klimat rozmowy „ze starszym kolegą”:

- Przejście na „Ty” na początku rozmowy.
- Opowiedzenie czegoś o sobie – wprowadzanie klimatu „moderator-starszy kolega”, swoje doświadczenia z młodości, swoje historie (w trakcie wywiadu).
- Pogłębienie rozmowy na tematy, które wyraźnie interesują respondenta, nawet jeśli nie są to tematy związane bezpośrednio z wywiadem. To pozwoli respondentowi poczuć się pewnie i swobodnie.

Czego unikać? Jakie problemy mogą się pojawić?

- W trakcie prowadzenia wywiadu moderator nie może manifestować w żaden sposób swoich postaw ani opinii (aprobaty czy dezaprobaty) wobec wypowiedzi respondenta.
- Należy unikać pytań sugerujących odpowiedź respondentowi.
- **Należy unikać dominowania rozmowy przez moderatora** (respondent zawsze powinien mówić więcej).
- **Należy unikać przechodzenia z pytania bardzo drażliwego, bolesnego dla respondenta (np. śmierć osoby bliskiej) do pytań bardziej trywialnych** (np. dotyczących tego jak wyglądała Twoja ostatnia impreza).
- **Należy unikać sytuacji, w której jedna bardzo ważna dla respondenta kwestia dominuje wszystkie inne tematy i pojawia się we wszystkich wątkach rozmowy.** W przypadku pojawienia się problemu dominacji jednego zagadnienia zastosować należy następujące rozwiązanie: „Mam wrażenie, że jest to bardzo ważna dla ciebie kwestia, chciałbym się na niej skupić na końcu jako na oddzielnym zagadnieniu”. Należy w takiej sytuacji pamiętać, aby wrócić do tego zagadnienia.

W trakcie prowadzenia wywiadu należy położyć szczególny nacisk na zachęcanie respondenta do długich opisowych odpowiedzi i nie pozwalać dawać tylko zdawkowych, jednozdaniowych odpowiedzi. Poza pytaniami szczegółowymi należy unikać pytań, na które odpowiedź jest TAK/NIE. W celu nakłonienia respondentów do szerszego opisu, a nie zdawkową odpowiedź należy wykorzystać jedno następujących pytań: To jest ciekawa kwestia, możesz powiedzieć mi coś więcej na ten temat? Możesz mi to opisać własnymi słowami? Opisz tę sytuację ze szczegółami? Skupmy się na tym – to bardzo mnie interesuje.

Zakończenie wywiadu.

Na zakończenie wywiadu powinno pojawić się pytanie „czy jest coś jeszcze, co chciałbyś dodać lub powiedzieć”. Po zakończeniu wywiadu należy podziękować respondentowi oraz zapewnić go, że zdobyte w trakcie wywiadu informacje są dla badaczy bardzo interesujące, ciekawe oraz ważne. Odchodząc respondent powinien mieć poczucie, że zrobił coś ważnego i użytecznego.

Data			Kod osoby, od której otrzymano kontakt		
Początek wywiadu godzina		Koniec wywiadu godzina			
Osoba przeprowadzająca wywiad					
Miejsce przeprowadzenia wywiadu		Warszawa		Wałbrzych	Wrocław
Pierwsza litera imienia		Pierwsza litera nazwiska lub ksywy			
wiek		płeć	M	K	
nr lokalizacji lub nazwa lokalizacja, jeżeli spoza listy					
Czynniki mogące mieć wpływ na przebieg wywiadu					

Obszary badawcze:

Część 1 – wartości, pragnienia, style życia.

style życia (sposoby spędzania wolnego czasu)

Opisz dokładnie jak wygląda Twój typowy dzień w tygodniu.

Opisz jak wygląda Twój dzień w weekend (piątek, sobota i niedziela).

Jak spędzasz swój wolny czas?

Opisz jak wygląda Twoja typowa impreza. Możesz opisać na przykładzie ostatniej.

Czy masz idoli? Jeśli tak to powiedz jakich i dlaczego właśnie tych?

Czy masz jakieś hobby, zainteresowania? Powiedz mi coś więcej o nich.

Jakie są Twoje ulubione miejsca, gdzie się najlepiej czujesz? Gdzie się spotykasz ze znajomymi?

znajomi

Opisz mi swoich znajomych. Jacy są, co robią, co jest dla nich najważniejsze w życiu. Jak długo ich znasz? Gdzie mieszkają – koło Ciebie? Jak ich poznałeś?

Jak duże jest grono Twoich znajomych? Czy są wśród nich osoby, które byś nazwał przyjacielem/przyjaciółką? Co to dla Ciebie oznacza przyjaźń?

Czy masz przyjaciela/przyjaciółkę/ przyjaciół? Opowiedz o nim?

Czy jest ktoś, kogo lubisz w szczególności i dlaczego?

sytuacja rodzinna/związki

Opisz swoją rodzinę. Jakiego wykształcenia mają Twoi rodzice? Jak byś ocenił poziom zamożności swojej rodziny? Czy chodzisz do szkoły, jeśli tak to do jakiej?

Na jakie wsparcie ze strony rodziców możesz liczyć?

Czy twoi rodzice są razem? Jak się układa z rodzicami? Z kim mieszkasz?

Czy masz dziewczynę/ chłopaka?

Jaką/ jakiego chciałbyś/ chciałybyś mieć dziewczynę/ chłopaka?

Jak wyobrażasz sobie idealny dom?

Na jakie wsparcie ze strony rodziców możesz liczyć?

zachowania ryzykowne – motywy

Opisz co oznacza dla ciebie ryzyko, sytuacja ryzykowna?

Czy lubisz ryzyko, adrenalinę? Podaj przykład takiego zachowania, co robisz, żeby poczuć takie „nakręcenie”?

Czy zdarza Ci się pakować w kłopoty? Czy często Ci się to zdarza? Jakiego są to kłopoty?

Jak myślisz, dlaczego Ci się to zdarza?

W jakie kłopoty najczęściej wpadasz?

Opisz sytuację, w której ostatnio się znalazłeś, którą uważasz za ryzykowną.

Czy zdarzyła Ci się sytuacja, w której ktoś zachowywał się wobec Ciebie agresywnie. Opisz tę sytuację. Opisz swoją reakcję.

pragnienia oraz cele w życiu/aspiracje/szanse

Czym się aktualnie zajmujesz? Czy chodzisz do szkoły?

Co byś chciał robić w przyszłości?

Jak wyobrażasz sobie swoje życie za 5, 10 i 20 lat?

Co byś chciał osiągnąć w życiu?

Jakie masz marzenia?

Czego pragniesz w życiu?

Jak myślisz, co może Ci pomóc w osiągnięciu tego?

Jak myślisz, co Ci może przeszkodzić w osiągnięciu tego celu?

hierarchia wartości deklarowanych

Co najbardziej sobie cenisz w życiu?

Wymień 5 rzeczy, które są dla Ciebie najważniejsze w życiu. Dlaczego akurat te rzeczy są najważniejsze?

Wyobraź sobie, że wyłowiłeś złotą rybkę. Może ona spełnić 5 Twoich życzeń. Jakie to by były życzenia i dlaczego te?

obraz samego siebie w kontekście społecznym

Co w Twoim życiu było największym sukcesem? Co w twoim życiu było największą porażką?

Wymień 5 określeń, które najbardziej do Ciebie pasują.

Proszę Cię teraz, abyś szybko powiedział mi kim jesteś? Wymień 5 określeń.

Jaki jesteś?

Część 2 – narkotyki

obraz narkotyków w najbliższym środowisku

Co myślą o narkotykach Twoi znajomi?

Co Ty myślisz o narkotykach?

Czy ten temat pojawia się w Waszych rozmowach? Jak często? Jest dla Was w ogóle istotny? W jakich sytuacjach rozmawiacie o narkotykach?

dostępność narkotyków – ceny narkotyków

Jak oceniasz swoje możliwości dostępu do narkotyków?

Czy miałbyś w tej chwili problem z załatwieniem narkotyków?

Który z narkotyków byłbyś w stanie załatwić najszybciej?

Który z narkotyków jest najtrudniejszy do zdobycia?

A ile kosztują (w podziale)?

Podaj ostatnie ceny narkotyków, które kupiłeś? (ankieta załącznik 1)

motywacja do brania narkotyków

Dlaczego zdecydowałeś się spróbować narkotyków?

Dlaczego używasz narkotyków?

W jakiej sytuacji sięgnąłeś po narkotyk? Opisz dokładnie.

Jakie masz skojarzenia z narkotykami (wymień 5 określeń)?

opinie o negatywnych i pozytywnych skutkach używania narkotyków

Pośród wszystkich substancji psychoaktywnych jakie przyjąłeś, których działanie podobało Ci się najbardziej, a których najmniej i dlaczego?

Jakie są Twoje osobiste doznania związane z narkotykami, jakich fajnych, pozytywnych efektów udało Ci się doświadczyć?

Czy zdarzyły się Tobie osobiście jakieś przykre, nieprzyjemne efekty?

Wymień wszystkie negatywne skutki używania poszczególnych narkotyków.

Wymień wszystkie pozytywne skutki używania narkotyków.

Czy kiedykolwiek czułeś, że masz problem z narkotykami?

Czy miałeś jakiegolwiek problemy związane z tym, że używasz narkotyków?

Czy ktoś z Twoich znajomych popadł w tarapaty związane z narkotykami?

Proszę, opisz dokładnie jakie to były problemy.

Czy udało się je rozwiązać? Kogo prosisz o pomoc w związku z tymi problemami.

biografia narkotykowa

Czy kiedykolwiek próbowałeś narkotyków? Czy ich używałeś w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Jakich narkotyków do tej pory używałeś? Kiedy i jak często?

W jaki sposób przyjmowałeś narkotyki (palenie, wążanie, iniekcynie)?

Jak się po nich czułeś (każdy narkotyk z osobną)?

W jakim wieku po raz pierwszy przyjąłeś narkotyk? Jaka to była substancja?

Czy bierzesz narkotyki sam czy ze znajomymi?

Czy Twoi znajomi biorą narkotyki, kiedy i jak często?

W jaki sposób biorą narkotyki (palenie, wążanie, iniekcynie)?

wzory używania (z uwzględnieniem politoksykomanii, „scenariusz brania”),

(w kontekście imprezy)

Jak wychodzisz na imprezę, to jak się do niej przygotowujesz? Opisz takie przygotowania.

Opisz ostatnią swoją imprezę.

Czy zdarzyło Ci się kiedykolwiek mieszać alkohol z lekami lub narkotykami (substancjami psychoaktywnymi? Jakie mieszanki przyjmowałeś i dlaczego? Opisz dokładnie sytuacje w jakich to się zdarzyło (celowo – osiągnięcie efektu czy przypadkowo)? Jak często mieszasz te substancje? Które najczęściej. W jaki sposób je przyjmujesz? Opisz dokładnie.

używanie legalnie dostępnych środków odurzających innych niż alkohol i nikotyna

Czy coś Ci mówią takie nazwy jak smarty, „dopalacze”, nowe substancje psychoaktywne? Opisz, co te nazwy znaczą? Jeśli tak, to czy słyszałeś kiedykolwiek o kimś kto ich używał (w podziale na każdą z wymienionych substancji)? Czy Ty używałeś któreś z tych substancji? Jak było? Opisz swoje doznania. Jak znajomi opisywali swoje doznania? Jak zdobyłeś te substancje? Jakie dawki?

Czy ktoś z Twoich znajomych używał kiedyś leków przeciwkaszlowych w celu odurzania się? Jakie to były leki? Opisz swoje doznania. Jak znajomi opisywali swoje doznania? Jak zdobyłeś te substancje? Jakie dawki? Opisz w jakiej formie je przyjąłeś.

Czy przyjmowałeś kiedyś leki psychoaktywne? Czy ktoś z Twoich znajomych używał kiedyś takich leków? Jakie to były leki? Opisz w jakiej formie je przyjąłeś.

ocena systemu pomocy

Czy brałeś udział w programie profilaktycznym dotyczącym narkotyków?

Jak oceniasz/co myślisz o tym programie/zajęciach?

Czy miałeś kontakt z placówką, która zajmuje się problemem uzależnień?

Jeśli, tak to jaka to była placówka? Czy ponownie byś do niej poszedł/udał się po pomoc?

Jeżeli miałeś problem z narkotykami, to dlaczego nie zwróciłeś się po pomoc do rodziców lub osoby zajmującej się pomocą osobom uzależnionym?

narkotyki i alkohol

Czy pijesz alkohol? Jeśli tak, w jakich okolicznościach, jak często?

Czy Twoi znajomi piją alkohol? Jak często? Z jakiegoś powodu czy tak po prostu, bez powodu?

Czy zdarzyło ci się kiedykolwiek mieszać alkohol z narkotykami lub lekami? Jaki alkohol z jakimi lekami? Często to robisz?

Opisz mi, jak wygląda Wasza typowa impreza, Twoja i Twoich znajomych.

obraz narkomana

Kto to jest dla Ciebie narkoman? Opisz go.

Czy znasz jakiegoś narkomana? Co sądzisz o narkomanach?

Notatki po zakończeniu wywiadu opisujące odczucia, wrażenia i obserwacje moderatora z wywiadu (np. istotne reakcje badanego, sposób zachowania, napotymane trudności w kontakcie z badanym, inne okoliczności niesprzyjające i zakłócenia).

Załącznik 1.

Kwestionariusz dotyczący cen detalicznych narkotyków na nielegalnym rynku

Rodzaj substancji	Ceny narkotyków									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
konopie – haszysz (gram)										
konopie – marihuana (gram)										
heroina (gram)										
polska heroina – „kompot” (cm ³)										
kokaina – proszek (gram)										
crack (dawka/gram)										
amfetaminy – proszek (gram)										
„ekstazy” (tabletki)										
LSD (dawka/listek)										
Inna (jaka)										
Inna (jaka)										
Inna (jaka)										

Instrukcja wypełniania tabeli

Przy wypełnianiu tabeli należy uwzględnić ceny detaliczne, a nie hurtowe. Oznacza to, że w zestawieniu powinny być umieszczone ceny narkotyków znajdujących się w sprzedaży ulicznej, tzn. oferowanych przez „dilerów” użytkowników narkotyków. Ankietowanego należy zapytać jakie ostatnio kupował narkotyki, a następnie poprosić o podanie cen ostatnich transakcji przez niego dokonanych. Należy pamiętać, że cena powinna dotyczyć ilości zawartej w tabeli, czyli w przypadku marihuany np. jest to gram. Maksymalnie można zareportować 10 cen każdego narkotyku.

Informacje o autorach

Angelina Brotherhood jest socjologiem z Uniwersytetu w Wiedniu, Austria. Pracuje w dziedzinie zapobiegania narkotyków od 2007 roku, głównie w ramach międzynarodowych i unijnych projektów badających kwestie jakości i dowodów naukowych w odniesieniu do profilaktyki oraz praktyki. Jest także trenerem w szkoleniach dotyczących profilaktyki. Prowadziła warsztaty i wykłady m.in. w Polsce, Szwecji, Węgrze, Słowenii oraz Grecji. Obecnie pracuje w zarządzie Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR) (do 2017 roku).

Michał Kidawa jest politologiem. Absolwentem Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego. Od 2005 roku pracuje w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako starszy specjalista ds. badań i analiz. Specjalizuje się w zagadnieniach związanych z monitorowaniem nowych trendów oraz zjawiska nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). Odpowiedzialny za stworzenie, koordynację i rozwój Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach. Zaangażowany w rozwój wskaźnika zgłaszalności do leczenia. Odpowiedzialny za tworzenie i rozbudowę systemów gromadzenia oraz przetwarzania danych dla CINN KBPN w zakresie rozwiązań IT. Autor kilkudziesięciu publikacji z zakresu problemu narkotyków i narkomanii

Jeff Lee jest dyrektorem wykonawczym The International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals ISSUP. Jeff niedawno zakończył swoją pracę jako Project Manager w ramach EDPQS Faza II z ramienia Liverpool John Moores University, gdzie również zajmował się projektem ERANID. Wcześniej pracował na stanowisku dyrektora wykonawczego Mentor International. Jeff był dyrektorem Rady Doradczej ds. Alkoholu i Edukacji w obszarze narkotyków. Podjął szereg prac związanych z zarządzaniem projektami na całym świecie w dziedzinie edukacji osobistej, społecznej i umiejętności życiowych. Jeff pracował w ponad 80 krajach. Jego działania obejmowało pracę doradczą dla rządów, UE, WHO i UNODC. Jeff napisał wiele publikacji.

Artur Malczewski jest socjologiem, absolwentem Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Pracuje jako kierownik Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (Reitox Focal Point EMCDDA). Zatrudniony w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii od 1999 roku. Zastępca rzecznika sieci Reitox Focal Point EMCDDA. Polski przedstawiciel w Grupie Roboczej ds. Narkotyków w Brukseli (Horizontal Drugs Group). Był uczestnikiem międzynarodowych projektów dotyczących tworzenia monitoringu (ekspert

w Turcji, Macedonii, Serbii), profilaktyki (koordynator projektu ze środków MSZ w Gruzji). Ponadto brał udział w projektach dotyczących europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień (EDPQS) czy tematyki „dopalaczy” (I-Trend). Członek ISSDP. Autor ponad 150 publikacji dotyczących problemu uzależnień w języku polskim i angielskim. Obecnie ekspert w projekcie COPOLAND II.

Marta Rychert jest doktorantką w Instytucie Badawczym SHORE (Centrum Badań i Ewaluacji Zjawisk Społecznych i Zdrowotnych), Wydział Zdrowia, Massey University, Nowa Zelandia. Jej praca doktorska jest poświęcona nowozelandzkiej Ustawie o Substancjach Psychoaktywnych (PSA) i zawiera krytyczną analizę rozwiązań prawnych oraz analizę procesu implementacji PSA. Wyniki badań naukowych prowadzonych w ramach pracy doktorskiej prezentowała na konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań nad Polityką Narkotykową (ISSDP) oraz kilku sympozjach naukowych w Nowej Zelandii. W 2013/14 roku odbyła roczny staż w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, gdzie zajmowała się analizą prawa narkotykowego w krajach Unii Europejskiej. Ukończyła prawo na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, a jej zainteresowania naukowe skupiają się na prawnych aspektach regulacji narkotyków oraz innych substancji psychoaktywnych.

Prof. Harry Sumnall zajmuje się używaniem substancji psychoaktywnych w Centrum Zdrowia Publicznego. Interesuje się wszystkimi aspektami stosowania substancji, w szczególności zagadnień związanymi ze zdrowiem młodych ludzi. Badania, którymi zajmował się profesor Harry dotyczyły podstaw naukowych dla profilaktyki nadużywania substancji oraz mechanizmów wdrażania polityki praktyki opartej na dowodach. Profesor Harry jest członkiem Brytyjskiej Rady Doradczej dot. nadużywania narkotyków: <https://www.gov.uk/government/organisations/advisory-council-on-the-misuse-of-drugs> oraz członkiem zarządu Europejskie Towarzystwo Badan nad Profilaktyką. <http://www.euspr.org>.

Marta Struzik jest psychologiem, specjalistą terapii uzależnień, absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego oraz Podyplomowych Studiów Ogólnomenedżerskich Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. W latach 2007-2015 pracownik Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, m.in. zajmowała się współpracą z siecią Ekspertów Wojewódzkich do Spraw Informacji o Narkotykach i Narkomanii, aktywnie uczestniczyła w implementacji i rozwoju w Polsce systemu monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Zainteresowana analizą danych oraz badaniami z obszaru uzależnień. Autorka artykułów i publikacji dotyczących problematyki narkotyków i narkomanii.

Dr Chris Wilkins jest Starszym Pracownikiem Naukowym oraz kierownikiem zespołu do spraw badań w zakresie narkotyków w Instytucie Badawczym SHORE, Wydział Zdrowia, Massey University, Nowa Zelandia. Dr Wilkins ma doktorat z ekonomii, a jego badania naukowe skupiają się na monitorowaniu zjawiska

używania narkotyków, trendów na rynku narkotykowym, ewaluacji polityk narkotykowych. Podczas swojej kariery opublikował szereg badań na temat rynku narkotykowego w Nowej Zelandii, w szczególności z zakresu metamfetaminy, marihuany, ekstazy oraz nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Wyniki badań z zakresu NSP prezentował na konferencjach Międzynarodowego Stowarzyszenia Badan nad Polityka Narkotykowa (ISSDP), konferencji “New Drugs” Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz podczas spotkań ekspertów z brytyjskiego Home Office. W 2016 roku, jako główny prelegent wygłosił referat podczas IV Konferencji nt. Nowych Substancji Psychoaktywnych w Budapeszcie.

Agnese Zile-Veisberga jest Krajowym Koordynatorem ds. Narkotyków na Łotwie. Pracuje w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych od roku 2012 a wcześniej w Reitox Focal Point EMCDDA. W łotewskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2015 roku pełniła pozycję Wiceprzewodniczącego i uczestniczyła w rozwoju i koordynacji Konkluzji Rady w sprawie minimalnych standardów jakości w ograniczaniu popytu na narkotyki. Prezentowała kwestie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, rynków narkotykowych czy standardów na konferencjach i spotkaniach ekspertów w Lizbonie, Frankfurtzie, Warszawie, Poznaniu, Krakowie czy Pradze.

Information about authors

Angelina Brotherhood is a sociologist at the University of Vienna, Austria. She has been working in the drug prevention field since 2007, predominantly on international and EU co-funded projects exploring questions of quality and scientific evidence in relation to prevention policy and practice. She is also a trainer on these topics and has delivered workshops and lectures in countries such as Poland, Sweden, Hungary, Slovenia and Greece. She is currently serving on the Board of the European Society for Prevention Research (EUSPR) (until 2017).

Michał Kidawa. He is a senior specialist in Reitox Focal Point. Graduate of the Institute of Social Prevention and Rehabilitation at Warsaw University (Political scientist). He has been working for the National Bureau for Drug Prevention (NBDP) since 2005. His specialization is analysis of quantitative and qualitative data, drug research and monitoring of new trends and phenomena related to new psychoactive substances (so-called legal highs). He is responsible for the establishment, coordination and development of the Polish Unit of Early Warning System on New Drugs. He is also involved in the development of the Treatment Demand Indicator. He also participates in creating and extending data collection and processing systems for the Polish Focal Point in the scope of IT solutions. He is the author of dozens of publications on drugs and drug addiction.

Jeff Lee (BA Med.) is the Executive Director of The International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals (IISUP). He also works with Applied Prevention Science International to support the development of the Universal Prevention Curriculum globally. Jeff has recently completed his role as Project Manager for the European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) Phase II project at Liverpool John Moores University where he also undertook a part time role for the ERANID project. He previously worked as Executive Director of Mentor International, a substance abuse prevention focused international NGO with the primary aim to identify, support, and disseminate best practice in prevention for practitioners and policy makers, particularly through their "Prevention Hub" initiative. Before that Jeff was the Director of The Advisory Council for Alcohol and Drug Education, a UK National NGO based in Manchester. He has undertaken a range of project management work around the world and developed a particular reputation for his training and resource development particularly in the field of personal, social and life skills education. Jeff has worked in more than 80 countries and which has included consultancy work for govern-

ments, the EU, WHO and UNODC. Jeff has written and contributed to a number of publications

Artur Malczewski, Head of Reitox National Focal Point EMCDDA. Graduate of the Institute of Applied Social Sciences at Warsaw University (sociologist). He has been working for the NBDP since 1999. Deputy spokesperson for the Reitox Focal Point EMCDDA. Polish representative at the Horizontal Working Party on Drugs in Brussels. His specialization is monitoring drug problem and response with focus on NPS. He has participated as an expert or leader in a number of international projects on drug monitoring development (twinning project in Turkey and Serbia, IPA 3 and 4 in Former Yugoslavian Republic of Macedonia, COPOLAND II with CELAC countries), drug prevention (Georgia), the European Quality Standards in Drug Prevention (EDPQS) and the new psychoactive substances (I-Trend). He has written over 150 publications on psychoactive substance, drugs and drug addiction, gambling which have been published in Polish and English.

Marta Rychert is a PhD Fellow at the SHORE Research Centre (Social and Health Outcomes Research and Evaluation), College of Health, Massey University, New Zealand. Her PhD critically analyses New Zealand's Psychoactive Substances Act 2013 and its implementation process. She presented her PhD research findings at the ISSDP (International Society for the Study of Drug Policy) annual conference and at a number of national research events in New Zealand. In 2013/14 she completed a traineeship programme with the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), where she analysed drug policies of European Union countries. She graduated with a Master's Degree in Law (University of Warsaw, Poland) and her research interests focus on legal aspects of regulating drugs and other psychoactive substances.

Marta Struzik. She is psychologist. Drug Therapy Specialist. Graduate of the Faculty of Pedagogics and Psychology at the University of Silesia and the Postgraduate Management Studies at the Warsaw University. Had been working for the Reitox National Focal Point, National Bureau for Drug Prevention in the years 2007 - 2015. She was involved in the implementation and development of the local drugs and drug addiction monitoring system in Poland. She was also responsible for the cooperation with the network of Provincial Drug Experts. Interested in data analysis and research on addictions. The author of publications on drugs and drug addiction.

Harry Sumnall is a Professor in Substance Use at the Centre for Public Health. He is interested in all aspects of substance use, particularly young people's health issues. Harry's funded research programmes have examined the evidence base for substance misuse prevention and the mechanisms for implementing evidence based practice and policy. Harry is a member of the UK Advisory Council on the Misuse of Drugs <<https://www.gov.uk/government/organisations/advisory->

council-on-the-misuse-of-drugs>, and a Board Member of the European Society for Prevention Research<<http://www.euspr.org/>>.

Chris Wilkins is a senior researcher (PhD) and leader of the illegal drug research team at the SHORE Research Centre, College of Health, Massey University, New Zealand. He has a doctorate in Economics and research expertise in monitoring illegal drug trends, drug markets, and evaluating drug policy. He has completed a range of studies of drug use and drug markets in New Zealand including studies of methamphetamine, cannabis, ecstasy and the emergence of synthetic cannabinoids and other new psychoactive substances (NPS). Dr. Wilkins has made presentations on New Zealand's *Psychoactive Substances Act* (PSA) at the ISSDP (International Society for the Study of Drug Policy) annual conference, the EMCDDA New Drugs conference, and at the UK Home Office review of NPS laws. In 2016, he was a keynote speaker at the IV Novel Psychoactive Substances conference in Budapest.

Agnese Zile-Veisberga is the National drugs coordinator of Latvia and works at the Ministry of the Interior of Latvia since 2012 (before in Reitox Focal Point EMCDDA). During the Latvian Presidency at the Council of the European Union in 2015 maintained a deputy chair position and was participating in development and coordination of the Council Conclusions on minimum quality standards in drug demand reduction. She has made presentations on NPS and drug market in several conferences in Lisbon, Frankfurt, Prague, Warsaw, Krakow, Poznan.

