



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 1 (17) 2002

POROZUMIENIE

§ 1

Minister Zdrowia powierza Dyrektorowi Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzenie postępowania certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków zwanego dalej "postępowaniem".

Postępowanie

1. ocenę sk
2. ocenę kv
3. ocenę m
4. kontrolę

Postępow

Po przepi

programu wr

Zaświadczanie ukończenia specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zgodnie z programem zatwierdzonym i certyfikowanym przez Ministra Zdrowia.

Miejscowość _____ data _____

Pieczęć podmiotu prowadzącego szkolenie

ZAŚWIADCZENIE

Program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzony i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

w dniu _____

Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie _____

Numer zaświadczenia _____

Imię i nazwisko _____

Rodzaj ukończonego szkolenia _____

Liczba godzin objętych szkoleniem _____

Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej

Dyrektor Krajowego Biura ds. Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Przedstawiciel Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych

tra Zdrowia.

owia ocenę

Po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Egzaminacyjnej o programie i wniosków, o których mowa w § 4 Minister Zdrowia rozstrzyga w zakresie zatwierdzania i certyfikowania programu szkolenia.

§ 6

Postępowanie prowadzone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii finansowane jest w ramach posiadanych przez Biuro środków budżetowych.

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Od wielu lat pracownicy lecznictwa odwykowego zajmujący się terapią osób uzależnionych od narkotyków oczekiwali na uregulowania kwestii szkoleń i certyfikacji zawodowej. W 2000 r. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii podjęło prace przygotowawcze nad właściwym projektem zapisów prawnych. W znowelizowanej w 2000 r. ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzono art. 14 ust. 2a) mówiący o możliwości prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków przez osoby posiadające wykształcenie co najmniej średnie, o ile ukończyły specjalistyczne szkolenie zatwierdzone i certyfikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Oznacza to, że oprócz osób posiadających wykształcenie wyższe pedagogiczne i psychologiczne pozostałe osoby posiadające wykształcenie co najmniej średnie, a prowadzące rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków są zobowiązane do ukończenia szkolenia certyfikowanego przez Ministra Zdrowia.

W związku z powyższym, na podstawie art. 14 ust. 2a) ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w dniu 6 marca 2002 r. zostało podpisane porozumienie pomiędzy Ministrem Zdrowia a Dyrektorem Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie powierzenia przez Ministra Zdrowia prowadzenia postępowania certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków Dyrektorowi Krajowego Biura. Szczegółowe zasady, tryb i program szkolenia zawiera podpisany przez Ministra Zdrowia Regulamin zatwierdzania i certyfikowania specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

W skład zespołu przygotowującego projekt zasad i certyfikacji programu szkoleniowego wchodził: Piotr Adamiak, Karina Chmielewska, Jolanta Koczurowska, Marek Liciński, Elżbieta Rachowska, Marek Zygałdo, Piotr Jabłoński i Bogusława Bukowska. Wszystkim, którzy pracowali nad projektem Regulaminu pragnę przy tej okazji serdecznie podziękować. Dyskusje, które toczono podczas roboczych spotkań były niekiedy bardzo burzliwe ale równocześnie inspirujące. Należało znaleźć optymalne rozwiązania, które uwzględniałyby zarówno potrzeby środowiska, możliwości organizacyjne, finansowe i uwarunkowania prawne. Nie wszystkie pierwotne ustalenia udało się zawrzeć w ostatecznej wersji regulaminu, jednak kwestie zasadnicze zostały ujęte zgodnie z sugestiami zespołu roboczego. W szczególności ważny wydaje się zapis mówiący o możliwości podjęcia skróconego trybu szkolenia przez terapeutów, którzy prowadzili rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat. Ponadto Regulamin przewiduje odrębny tryb szkolenia dla instruktorów terapii uzależnień oraz specjalistów terapii uzależnień. W każdym przypadku minimalna podstawa programowa w pełnym cyklu szkoleniowym obejmuje: zajęcia teoretyczne, zajęcia warsztatowe, trening interpersonalny, staże kliniczne oraz supervizję kliniczną. Supervizja kliniczna może być prowadzona przez supervizora z listy supervizorów rekomendowanych przez Krajowe Biuro. Podobnie staże kliniczne mogą się odbywać w zakładach opieki zdrowotnej rekomendowanych przez Krajowe Biuro. Równocześnie Minister Zdrowia na podstawie par. 4 ust.3 Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków powołał Radę do Spraw Certyfikowania Programów Szkoleniowych. Rada pełnić będzie funkcje opiniotwórcze

- doradczce dla Ministra Zdrowia. Jej kadencja trwa 3 lata. W oparciu o ocenę programu specjalistycznego szkolenia sporządzoną przez Radę, dyrektor Biura przygotowuje rekomendację dotyczącą programu i przedstawia ją ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Szczegółowe zasady i tryb działania Rady określa wyżej wymieniony Regulamin.

Osoby, które ukończą specjalistyczne szkolenie otrzymują Zaświadczenie potwierdzające ukończenie specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zgodnego z programem zatwierdzonym i certyfikowanym przez Ministra Zdrowia.

To jeszcze nie koniec pracy nad systemem szkoleń i certyfikacji. W następnej kolejności planujemy przeprowadzenie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w sposób umożliwiający nadanie obecnemu Regulaminowi statusu Rozporządzenia Ministra Zdrowia. O postępach prac w tym zakresie będziemy informować na łamach „Serwisu Informacyjnego. Narkomania”.

Z serdecznymi pozdrowieniami
Piotr Jabłoński

*Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

SPIS TREŚCI

Porozumienie	4
Regulamin zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków	5
OGŁOSZENIE w sprawie składu Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych	14
OGŁOSZENIE w sprawie konkursu na uzyskanie rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	14
OGŁOSZENIE w sprawie konkursu na uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	16
OGŁOSZENIE w sprawie konkursu na skrócony program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków	17
OGŁOSZENIE w sprawie konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków	20
USTAWA z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz o zmianie innych ustaw	22
Narkomania w Polsce w 2000 r. Dane lecznictwa stacjonarnego	28
Przygotowania Polski do członkostwa w Unii Europejskiej w obszarze narkomanii	46
Nowe wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych - Nowe wyzwania dla lecznictwa	50
Narkomani w więzieniach	53
Program edukacyjny dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej	54
Raport Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków za rok 2001	55

POROZUMIENIE

§ 1

Minister Zdrowia powierza Dyrektorowi Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzenie postępowania certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków zwanego dalej „postępowaniem”.

§ 2

Postępowanie, o którym mowa w § 1 obejmuje:

1. ocenę składanej dokumentacji,
2. ocenę kwalifikacji kadry wskazanej do realizacji programu,
3. ocenę merytoryczną programu,
4. kontrolę pomieszczeń i urządzeń niezbędnych w procesie nauczania.

§ 3

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z regulaminem zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia.

§ 4

Po przeprowadzeniu postępowania Dyrektor Biura przedstawi Ministrowi Zdrowia ocenę programu wraz z wnioskami.

§ 5

Po uzyskaniu oceny programu i wniosków, o których mowa w § 4 Minister Zdrowia rozstrzyga w zakresie zatwierdzania i certyfikowania programu szkolenia.

§ 6

Postępowanie prowadzone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii finansowane jest w ramach posiadanych przez Biuro środków budżetowych.

DYREKTOR KRAJOWEGO BIURA
ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński

z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
Sekretarz Stanu
Ewa Kralkowska

REGULAMIN

zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków

W związku z art. 14 ust. 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 97, poz. 468 z późn. zm.) ustala się następujący sposób zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.

§ 1

1. Postępowanie zatwierdzające i certyfikujące program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków prowadzi Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zwany dalej „Dyrektorem Biura”.
2. Postępowanie zatwierdzające, o którym mowa w ust. 1 obejmuje ocenę specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków pod względem:
 - a) kwalifikacji kadry wskazanej do realizacji programu,
 - b) zawartości merytorycznej i czasu trwania programu,
 - c) bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu,
 - d) sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia w tym zasad i trybu przeprowadzania egzaminu.

§ 2

Organem opiniodawczo – doradczym Ministra Zdrowia w sprawach dotyczących postępowania

zatwierdzającego i certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków jest Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych zwana dalej „Radą”.

§ 3

Siedzibą Rady jest Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, ul. Dereniowa 52/54.

§ 4

1. W skład Rady wchodzi:
 - 1) przedstawiciel Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w liczbie 1,
 - 2) przedstawiciele Instytutu Psychiatrii i Neurologii w liczbie 2,
 - 3) specjaliści terapii uzależnień w liczbie 3.
2. Członków Rady powołuje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Dyrektora Biura na okres 3 lat.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członków Rady na wniosek Dyrektora Biura.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady jeżeli z wnioskiem o odwołanie wystąpi członek Rady.

§ 5

1. Rada działa na posiedzeniach.

2. Posiedzenia Rady zwołuje przewodniczący wybrany spośród członków Rady.
3. Uchwały Rady zapadają zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej trzech czwartych składu Rady.
4. W razie równej ilości głosów decyduje głos przewodniczącego.
5. Szczegółowy sposób działania Rady określa regulamin wewnętrzny zatwierdzony przez Dyrektora Biura.
6. Obsługę techniczno - organizacyjną Rady zapewnia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 6

1. Postępowanie zatwierdzające i certyfikujące program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków przeprowadzane jest co najmniej 2 razy w roku.
2. Terminy rozpoczęcia postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program, o którym mowa w ust. 1 Dyrektor Biura ogłasza do 31 marca każdego roku na łamach „Serwisu Informacyjnego. Narkomania” wydawanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz stronie internetowej Biura.
3. Ogłoszenie o terminie rozpoczęcia postępowania, o którym mowa w ust. 2 może być także zamieszczane na łamach innych specjalistycznych pism z dziedziny uzależnień, w uzgodnieniu z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 7

1. Podmiot ubiegający się o zatwierdzenie i certyfikację programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków, zwany dalej „podmiotem ubiegającym się” przedkłada Dyrektorowi Biura program szkolenia uwzględniający podstawy programowe i organizacyjne określone:

- 1) w załączniku nr 1 dla instruktora terapii uzależnień,
- 2) w załączniku nr 2 dla specjalisty terapii uzależnień.
2. Podmiot ubiegający się może przedłożyć skrócony program szkolenia, jeśli szkolenie organizowane jest dla osób, które prowadziły rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat.
3. Podmiot ubiegający się może być zobowiązany w terminie wskazanym przez Dyrektora Biura do uzupełnienia dokumentacji, o której mowa w ustępie 1 niezbędnej do przeprowadzenia postępowania.
4. W ramach postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków Rada może kontrolować podmiot ubiegający się pod kątem spełnienia kryteriów określonych w § 1 niniejszego regulaminu.
5. Podczas kontroli podmiot ubiegający się przedstawia Radzie dokumentację oraz udostępnia do kontroli pomieszczenia i urządzenia niezbędne w procesie nauczania.
6. Jeżeli podmiot ubiegający się nie spełnia wymagań określonych niniejszym regulaminem Rada wyznacza mu termin niezbędny do uzupełnienia stwierdzonych braków nie krótszy niż 14 dni.

§ 8

1. Rada przedstawia Dyrektorowi Biura ocenę programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.
2. Ocena programu, o której mowa w ust. 1 obejmuje wnioski, propozycje i uzasadnienie sporządzone zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

§ 9

W oparciu o ocenę programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków sporządzoną przez Radę, Dyrektor Biura przygotowuje rekomendację dotyczącą programu i przedstawia ją ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 10

Podmiot prowadzący specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków za-

twierdzone i certyfikowane przez Ministra Zdrowia, wydaje zaświadczenie o ukończeniu specjalistycznego szkolenia absolwentom programu według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.

z up. MINISTRA ZDROWIA
Sekretarz Stanu
Ewa Kralkowska

Załącznik nr 1

Program Szkoleniowy - warunki programowe, zasady i tryb weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Instruktora Terapii Uzależnień.

I. Program Szkoleniowy – warunki programowe

1. Zajęcia teoretyczne – w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin

- 1) Informacje ogólne
 - a) społeczne, kulturowe i ekonomiczne i aspekty używania substancji psychoaktywnych
 - b) przepisy, normy i uregulowania prawne dotyczące narkotyków i narkomanii
 - c) charakterystyka środków psychoaktywnych
 - d) medyczny aspekt uzależnienia i choroby współwystępujące
 - e) struktura systemu pomocy osobom uzależnionym w Polsce
- 2) Kwalifikacja i motywowanie do leczenia
 - a) nawiązywanie kontaktu terapeutycznego
 - b) motywowanie do zmiany i kontrakt terapeutyczny
 - c) wstępna diagnoza i kwalifikacja
- 3) Przegląd teorii uzależnień
- 4) Diagnoza w uzależnieniach
 - a) diagnoza medyczna - ICD 10
 - b) diagnoza problemowa
- 5) Podstawowe formy leczenia i rehabilitacji uzależnień
 - a) oddziaływania psychoterapeutyczne
 - terapia indywidualna
 - terapia grupowa
 - terapia rodzin
 - interwencja kryzysowa
 - b) farmakoterapia w uzależnieniu
- 6) Minimalizacja szkód zdrowotnych

- 7) Podstawowe modele terapii osoby uzależnionej od środków psychoaktywnych (model Społeczności Terapeutycznej, Model Minnesota)
- 8) Opracowywanie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapeutycznego)
- 9) Profilaktyka uzależnień
 - a) programy psychoedukacyjne (promocja zdrowia)
 - b) praca z grupami ryzyka
 - c) interwencje kryzysowe (np. kryzysy wieku dorastania)
- 10) Standardy zawodowe i etyczne pracy terapeuty

2. TRENINGI PSYCHOLOGICZNE – w wymiarze nie mniejszym niż 100 godzin

- 1) Trening interpersonalny
- 2) Trening intrapsychoiczny

3. WARSZTATY – w wymiarze nie mniejszym niż 100 godzin

- 1) Umiejętności interpersonalne niezbędne w pracy terapeutycznej
- 2) Kontakt terapeutyczny
- 3) Podstawy pracy indywidualnej z pacjentem
- 4) Podstawy pracy z grupą
- 5) Podstawy pracy z rodziną
- 6) Pierwsza pomoc w kryzysie
- 7) Diagnoza problemowa
- 8) Formułowanie i prowadzenie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapii)
- 9) Specyfika pracy terapeutycznej z tzw. grupami specyficznymi
- 10) Podstawy pracy metodą społeczności terapeutycznej

4. STAŻE KLINICZNE

- Staże kliniczne obejmują nie mniej niż 80 godzin w okresie nie krótszym niż 14 dni roboczych
- Staże kliniczne odbywają się w zakładach opieki zdrowotnej rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w niżej wytypowanych typach placówek dla osób uzależnionych od narkotyków:
 - 1) Stacjonarne placówki rehabilitacji osób dorosłych
 - 2) Stacjonarne placówki rehabilitacji dla dzieci i młodzieży
 - 3) Poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży
 - 4) Poradnia terapii uzależnień dla dorosłych

5. SUPERWIZJA KLINICZNA

- Superwizja kliniczna w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych obejmująca opracowanie i udokumentowanie 100 godzin programu pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem
- Superwizja odbywa się pod nadzorem superwizora z listy superwizorów rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

6. CZASOWY WYMIAR ZAJĘĆ

- Program specjalistycznego szkolenia w zakresie Instruktorza Terapii Uzależnień obejmuje nie mniej niż 400 godzin zajęć dydaktycznych oraz udokumentowany 100 godzinny program pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem.

II. Zasady i tryb weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Instruktora Terapii Uzależnień.

1. Szkolenie specjalistyczne kończy egzamin składany przed Komisją Egzaminacyjną w skład której wchodzi przedstawiciele zespołu realizatorów programu oraz przedstawiciel Rady do Spraw Certyfikacji Programów,
2. Egzamin składa się z części pisemnej i ustnej,
3. Część pisemna obejmuje sprawdzian testowy z obszaru zagadnień teoretycznych,
4. Część ustna obejmuje sprawdzian umiejętności nabytych przez uczestnika szkolenia niezbędnych do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Egzamin ustny opiera się na przedstawieniu studium przypadku i jego obronie przed Komisją Egzaminacyjną,
5. Warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest wcześniej zdany egzamin pisemny.

III. O przyjęcie na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie instruktora terapii uzależnień mogą ubiegać się osoby, które posiadają co najmniej wykształcenie średnie.

Załącznik nr 2

Program Szkoleniowy - warunki programowe, zasady i tryb weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień.

I. Program Szkoleniowy – warunki programowe

1. Zajęcia teoretyczne – w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin

- 1) Informacje ogólne
 - a) społeczne, kulturowe i ekonomiczne aspekty używania substancji psychoaktywnych
 - b) przepisy, normy i uregulowania prawne dotyczące narkotyków i narkomanii
 - c) charakterystyka środków psychoaktywnych
 - d) medyczny aspekt uzależnienia i choroby współwystępujące
 - e) struktura systemu pomocy osobom uzależnionym w Polsce
- 2) Kwalifikacja i motywowanie do leczenia
 - a) nawiązywanie kontaktu terapeutycznego
 - b) motywowanie do zmiany i kontrakt terapeutyczny
 - c) wstępna diagnoza i kwalifikacja
- 3) Przegląd teorii uzależnień
- 4) Diagnoza w uzależnieniach
 - a) diagnoza medyczna - ICD 10
 - b) diagnoza problemowa

- 5) Podstawowe formy leczenia i rehabilitacji uzależnień
 - a) Oddziaływania psychoterapeutyczne
 - terapia indywidualna
 - terapia grupowa
 - terapia rodzin
 - interwencja kryzysowa
 - b) Farmakoterapia w uzależnieniu
- 6) Minimalizacja szkód zdrowotnych
- 7) Podstawowe modele terapii osoby uzależnionej od środków psychoaktywnych (model Społeczności Terapeutycznej, Model Minnesota)
- 8) Opracowywanie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapeutycznego)
- 9) Profilaktyka uzależnień
 - a) programy psychoedukacyjne (promocja zdrowia)
 - b) praca z grupami ryzyka
 - c) interwencje kryzysowe (np. kryzysy wieku dorastania)
- 10) Standardy zawodowe i etyczne pracy terapeuty
- 11) Elementy psychopatologii
- 12) Zarządzanie zespołem terapeutycznym
- 13) Ewaluacja programów terapeutycznych

2. TRENINGI PSYCHOLOGICZNE – w wymiarze nie mniejszym niż 100 godzin

1. Trening interpersonalny
2. Trening intrapsychoiczny

3. WARSZTATY – w wymiarze nie mniejszym niż 120 godzin

- 1) Umiejętności interpersonalne niezbędne w pracy terapeutycznej
- 2) Kontakt terapeutyczny
- 3) Podstawy pracy indywidualnej z pacjentem
- 4) Podstawy pracy z grupą
- 5) Podstawy pracy z rodziną
- 6) Pierwsza pomoc w kryzysie
- 7) Diagnoza problemowa
- 8) Formułowanie i prowadzenie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapii)
- 9) Specyfika pracy terapeutycznej z tzw. grupami specyficznymi
- 10) Podstawy pracy metodą społeczności terapeutycznej
- 11) Procedury i badania ewaluacyjne

4. STAŻE KLINICZNE

- Staże kliniczne obejmują nie mniej niż 80 godzin w okresie nie krótszym niż 14 dni roboczych
- Staże kliniczne odbywają się w zakładach opieki zdrowotnej rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w niżej wytypowanych typach placówek dla osób uzależnionych od narkotyków:

- 1) Stacjonarne placówki rehabilitacji osób dorosłych
- 2) Stacjonarne placówki rehabilitacji dla dzieci i młodzieży
- 3) Poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży
- 4) Poradnia terapii uzależnień dla dorosłych

5. SUPERWIZJA KLINICZNA

- Superwizja kliniczna w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych obejmująca opracowanie i udokumentowanie 100 godzin programu pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem
- Superwizja odbywa się pod nadzorem superwizora z listy superwizorów rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

6. CZASOWY WYMIAR ZAJĘĆ

- Program specjalistycznego szkolenia w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień obejmuje nie mniej niż 440 godzin zajęć dydaktycznych oraz udokumentowany 100 godzinny program pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem.

II. Zasady i tryb weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień.

1. Szkolenie specjalistyczne kończy egzamin składany przed Komisją Egzaminacyjną w skład której wchodzi przedstawiciele zespołu realizatorów programu oraz przedstawiciel Rady do Spraw Certyfikacji Programów,
2. Egzamin składa się z części pisemnej i ustnej,
3. Część pisemna obejmuje sprawdzian testowy z obszaru zagadnień teoretycznych,
4. Część ustna obejmuje sprawdzian umiejętności nabytych przez uczestnika szkolenia niezbędnych do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.
5. Egzamin ustny opiera się na przedstawieniu studium przypadku i jego obronie przed Komisją Egzaminacyjną,
6. Warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest wcześniej zdany egzamin pisemny.

III. O przyjęcie na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień mogą ubiegać się osoby, które ukończyły szkołę wyższą i uzyskały tytuł magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia.

Załącznik nr 3

1. Nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o zatwierdzenie i certyfikację programu specjalistycznego szkolenia:

.....
.....
.....

2. Rodzaj przedkładanego programu:

- a) dla instruktora terapii uzależnień
- b) dla specjalisty terapii uzależnień
- c) program skrócony (na podstawie § 7 ust. 2)

3. Czy przedkładany program spełnia wymogi określone w § 1 Regulaminu pod względem:

a) kwalifikacji kadry

.....
.....
.....

b) zawartości merytorycznej i czasu trwania programu:

.....
.....
.....

c) bazy lokalowej i warunków technicznych:

.....
.....
.....

d) sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia w tym zasad i trybu przeprowadzania egzaminu:

.....
.....
.....

4. Czy program wymaga uzupełnienia w jakimś zakresie? Jeżeli tak to proszę dokłądanie określić zakres niezbędnych uzupełnień:

.....
.....
.....

Załącznik nr 4

Zaświadczenie ukończenia specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zgodnego z programem zatwierdzonym i certyfikowanym przez Ministra Zdrowia.

Miejscowość,.....data.....

Pieczęć podmiotu
prowadzącego szkolenie

ZAŚWIADCZENIE

Program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzony i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

w dniu

Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie

Numer zaświadczenia

Imię i nazwisko

.....

Rodzaj ukończonego szkolenia

.....

Liczba godzin objętych szkoleniem

.....

Przewodniczący Komisji
Egzaminacyjnej

Dyrektor Krajowego Biura
do Spraw Przeciwdziałania
Narkomanii

Przedstawiciel Rady
do Spraw Certyfikacji
Programów Szkoleniowych

OGŁOSZENIE

w sprawie składu Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych

Na podstawie § 4 ust. 2 Regulaminu zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w związku z art. 14 ust. 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. nr 97, poz. 468 z późn. zm.) Minister Zdrowia powołał Radę do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych w składzie:

1. Prof. dr hab. Czesław Czabała - przedstawiciel Instytutu Psychiatrii i Neurologii
2. Dr med. Karina Steinbarth-Chmielewska - przedstawiciel Instytutu Psychiatrii i Neurologii
3. Mgr Jolanta Łazuga-Koczurowska - specjalista terapii uzależnień
4. Mgr Elżbieta Rachowska - specjalista terapii uzależnień
5. Mgr Tomasz Wolfart - specjalista terapii uzależnień
6. Mgr Bogusława Bukowska - przedstawiciel Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu Ewa Kralkowska

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na uzyskanie rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, uprawniającej do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

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

Zaprasza

zainteresowane osoby do uczestniczenia w konkursie na uzyskanie rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, uprawniającej do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków. Osoby ubiegające się o wpisanie na listę superwizorów rekomendowanych przez Krajowe Biuro do

Spraw Przeciwdziałania Narkomanii spełniać powinny następujące kryteria:

- a) pracować w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków,
- b) prowadzić terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 15 lat,
- c) posiadać wykształcenie wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia,
- d) posiadać doświadczenie w pracy dydaktycznej, szkoleniowej,
- d) posiadać dorobek w samodzielnym kierowaniu programem/programami terapeutycznymi dla osób uzależnionych od narkotyków,
- e) przestrzegać zasad etyki zawodowej.

Zgłoszenia prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura oraz w siedzibie Krajowego Biura (od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 - 16.00). Do zgłoszenia należy dołączyć kopie następujących dokumentów:

- a) zaświadczenie z aktualnego miejsca pracy,
- b) zaświadczenia z miejsca/miejsc pracy dokumentujące prowadzenie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 15 lat,
- c) odpis dyplomu ukończenia studiów,
- d) wykaz prowadzonych szkoleń, staży zawodowych itp. oraz zaświadczenia z uczelni lub innych instytucji potwierdzające doświadczenie w pracy dydaktycznej, szkoleniowej
- e) wykaz samodzielnie prowadzonych programów terapeutycznych

Zgłoszenia prosimy kierować na adres:

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

Termin składania zgłoszeń:

do 30 kwietnia 2002 r. do godziny 15.00.

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

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w dniu 15 maja 2002 r.

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

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

Zaprasza

zainteresowane podmioty do uczestniczenia w konkursie na uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej rekomendacji Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającej do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Zakłady opieki zdrowotnej ubiegające się o wpisanie na listę placówek rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii powinny spełniać następujące kryteria:

- a) placówka powinna być zarejestrowana jako zakład opieki zdrowotnej i prowadzić terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków przez okres:
 - co najmniej 10 lat - w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym,
 - co najmniej 7 lat - w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym,
- b) program terapeutyczny placówki i program stażu klinicznego powinien uzyskać akceptację Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych,
- c) zatrudniona kadra powinna posiadać udokumentowane szkolenia przydatne w prowadzeniu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- d) co najmniej 60 % personelu merytorycznego placówki powinny stanowić osoby posiadające wykształcenie wyższe,
- e) kadra merytoryczna powinna posiadać doświadczenie w prowadzeniu staży zawodowych, praktyk studenckich, szkoleń itp.

Zgłoszenia prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura oraz w siedzibie Krajowego Biura (od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 - 16.00). Do zgłoszenia należy dołączyć następujące dokumenty lub ich kopie:

- a) decyzja o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz aktualny statut z.o.z.,
- b) opis programu terapeutycznego realizowanego przez placówkę:
 - w okresie ostatnich 10 lat - w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym,
 - w okresie ostatnich 7 lat - w przypadku placówek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym,
- c) program terapeutyczny obecnie realizowany przez placówkę,
- d) proponowany program stażu klinicznego,

-
- e) informacje o zatrudnionej kadrze merytorycznej obejmujące odpisy dyplomów ukończenia studiów, zaświadczenia o odbytych przez personel szkoleniach przydatnych w prowadzeniu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków itp.
 - f) wykaz prowadzonych przez placówkę szkoleń, staży zawodowych, praktyk studenckich itp.

Zgłoszenia prosimy kierować na adres:

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

Termin składania zgłoszeń:

do 30 kwietnia 2002 r. do godziny 15.00.

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

W wyniku konkursu zostanie wyłonionych maksymalnie do 12 zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskają rekomendację Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uprawniającą do prowadzenia staży klinicznych w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w dniu 15 maja 2002 r.

OGŁOSZENIE

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

Dyrektor

Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65
[www. medianet.pl/~bdsnark](http://www.medianet.pl/~bdsnark)

na podstawie art. 14 ust 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 97 , poz. 468 z późn. zm.) oraz Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 06. 03. 2002 r.

Zaprasza

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

Skrócony program powinien obejmować następujące warianty szkolenia:

1. Dla osób posiadających wykształcenie wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia, które prowadziły terapię i rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 18 lat. Program ten powinien spełniać następujące warunki:
 - a) obejmować niżej wymienione zakresy tematyczne:
 - ewaluacja programów terapeutycznych,
 - model pracy zespołowej w leczeniu i terapii uzależnień,
 - filozofia i etyka w pracy terapeutycznej,
 - b) czas trwania szkolenia ok. 30 - 35 godzin lekcyjnych,
 - c) prowadzący szkolenie powinni być wybitnymi specjalistami w swojej dziedzinie oraz posiadać znaczący dorobek naukowy lub terapeutyczny.

2. Dla osób posiadających wykształcenie wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia, które prowadziły terapię i rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat. Program ten powinien spełniać następujące warunki:
 - a) obejmować niżej wymienione zakresy tematyczne:
 - ewaluacja programów terapeutycznych,
 - model pracy zespołowej w leczeniu i terapii uzależnień,
 - filozofia i etyka w pracy terapeutycznej,
 - praca z rodziną osoby uzależnionej,
 - formułowanie indywidualnego programu terapii i zarządzanie nim,
 - b) czas trwania szkolenia ok. 50 godzin lekcyjnych,
 - c) prowadzący szkolenie powinni być wybitnymi specjalistami w swojej dziedzinie oraz posiadać znaczący dorobek naukowy lub terapeutyczny.

3. Dla osób posiadających co najmniej wykształcenie średnie, które prowadziły terapię i rehabilitację pacjentów uzależnionych od narkotyków przez okres co najmniej 10 lat. Program powinien spełniać następujące warunki:
 - a) obejmować niżej wymienione zakresy tematyczne:
 - ewaluacja programów terapeutycznych,
 - model pracy zespołowej w leczeniu i terapii uzależnień,
 - filozofia i etyka w pracy terapeutycznej,
 - praca z rodziną osoby uzależnionej,
 - formułowanie indywidualnego programu terapii i zarządzanie nim,
 - medyczny aspekt uzależnienia, w tym choroby towarzyszące, programy ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych; farmakoterapia w leczeniu uzależnień,
 - b) czas trwania szkolenia ok. 60 godzin lekcyjnych,
 - c) prowadzący szkolenie powinni być wybitnymi specjalistami w swojej dziedzinie oraz posiadać znaczący dorobek naukowy lub terapeutyczny.

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

W konkursie mogą brać udział podmioty nie będące osobami fizycznymi i nie zaliczane do sektora finansów publicznych, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń a oferowany program spełnia wymagania określone w Regulaminie zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków oraz w niniejszym ogłoszeniu.

Ponadto oferta powinna zawierać:

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

Podmiot szkolący będzie zobowiązany do podjęcia współpracy z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie kwalifikacji osób do skróconego trybu szkolenia, ustalania terminów rozpoczęcia i zakończenia szkolenia.

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

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

Oferty prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Krajowego Biura lub w siedzibie Biura w godz. 9.00 - 16.00 (od poniedziałku do piątku).

Oferty prosimy kierować na adres:

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

Terminy składania ofert:

do 06. 05. 2002 r. (pierwszy termin),

do 30. 09. 2002 r. (drugi termin)

Oferty należy składać w wyżej wymienionych terminach do godziny 15.00

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

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

- do 03. 06. 2002 r. dla ofert składanych do 06. 05 . 2002 r.
- do 31. 10. 2002 r. dla ofert składanych do 30. 09. 2002 r.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursów.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie również prawo do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

OGŁOSZENIE

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

Dyrektor

Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65,
[www. medianet.pl/~bdsnark](http://www.medianet.pl/~bdsnark)

na podstawie art. 14 ust 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 97 , poz. 468 z późn. zm.) oraz Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 06. 03. 2002 r.

Zaprasza

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

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

W konkursie mogą brać udział podmioty, nie będące osobami fizycznymi i nie zaliczane do sektora finansów publicznych, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń a oferowany program spełnia wymagania określone w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Oferta powinna zawierać:

- a) szczegółowe informacje na temat dotychczasowej działalności szkoleniowej i dydaktycznej w dziedzinie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,

- b) szczegółowe informacje o kwalifikacjach kadry wskazanej do realizacji programu,
- c) szczegółowo zaplanowany program szkolenia, czas trwania programu, planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia,
- d) informacje na temat miejsca realizacji programu, bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu,
- e) kryteria i sposób naboru uczestników szkolenia oraz planowaną liczbę uczestników,
- f) opis sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia, w tym opis zasad i trybu prowadzenia egzaminu,
- g) całkowity koszt programu szkoleniowego wraz z kosztorysem.

Podmiot szkolący będzie zobowiązany do podjęcia współpracy z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie kwalifikacji osób do programu specjalistycznego szkolenia, ustalania terminu rozpoczęcia i zakończenia szkolenia oraz terminów egzaminów

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

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

Oferty prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura lub w siedzibie Krajowego Biura w godz. 9.00 - 16.00 (od poniedziałku do piątku).

Oferty prosimy kierować na adres:

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

Terminy składania ofert:

do 30. 06. 2002 r. (pierwszy termin)

do 30. 09. 2002 r. (drugi termin)

Oferty należy składać w wyżej wymienionych terminach do godziny 15.00.

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

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

- do 31. 07. 2002 r. dla ofert składanych do 30. 06. 2002 r.
- do 31. 10. 2002 r. dla ofert składanych do 30. 09. 2002 r.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursów.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie również prawo do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

USTAWA

z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz o zmianie innych ustaw

(Dz.U. z 2001 r. Nr 125, poz. 1367)*

Art. 1.

W ustawie z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 715 oraz z 2000 r. Nr 20, poz. 256 i Nr 103, poz. 1097) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1 w ust. 2 w pkt 5 kropkę na końcu zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu: „6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych.”;

2) w art. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie: „1) środków farmaceutycznych, które są środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami, w zakresie nieuregulowanym w przepisach o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym.”;

3) dodaje się art. 3a i 3b w brzmieniu:
„Art. 3a.

1. Ograniczenie używania środków odurzających i substancji psychotropowych jest celem działania Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „Biurem”.
2. Biuro jest państwową jednostką budżetową.

3. Biuro podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

4. Do zadań Biura należy w szczególności:

- 1) opracowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz koordynowanie i monitorowanie jego wykonania, przy współpracy w tym zakresie z innymi podmiotami realizującymi zadania wynikające z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii,
- 2) inicjowanie oraz wdrażanie działań merytorycznych i organizacyjnych zmierzających do ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych albo substancji zastępczych,
- 3) prowadzenie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii,
- 4) inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań nad problematyką narkomanii, w tym sporządzanie oceny epidemiologicznej zagrożeń narkomania,
- 5) inicjowanie i prowadzenie prac nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi służącymi przeciwdziałaniu narkomanii,
- 6) dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod kątem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych albo substancji zastępczych,

* Jednolitego tekstu ustawy można szukać pod adresem internetowym Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.medianet.pl/~bdsnark w dziale „Akty Prawne”.

- 7) wypracowywanie standardów postępowania w zakresie profilaktyki uzależnień oraz leczenia, rehabilitacji i readaptacji osób uzależnionych,
 - 8) organizowanie i prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii,
 - 9) udzielanie pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w tym jednostkom samorządu terytorialnego oraz innym podmiotom prowadzącym działalność oświatowo-informacyjną, profilaktyczną, leczniczą, rehabilitacyjną i readaptacyjną,
 - 10) współpraca z organizacjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii,
 - 11) w ramach pełnomocnictwa ministra właściwego do spraw zdrowia zlecanie, finansowanie (w formie udzielania dotacji oraz zakupu usług), monitorowanie i sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań zleconych z zakresu ochrony zdrowia obejmujących:
 - promocję zdrowia, profilaktykę, leczenie, rehabilitację oraz readaptację osób uzależnionych,
 - inne formy służące ograniczaniu używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub substancji zastępczych,
 - zadania z zakresu minimalizacji szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych albo substancji zastępczych,
 - 12) wykonywanie zadań wynikających z przepisów odrębnych.
- Art. 3b.
1. W skład Biura wchodzi Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, zwane dalej „Centrum”.
 2. Centrum wykonuje zadania związane z gromadzeniem informacji i monitorowaniem działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania narkomanii na poziomie krajowym i międzynarodowym.”;
- 4) w art. 5 ust. 4 otrzymuje brzmienie:
 „4. W skład Rady wchodzi przedstawiciele ministrów i centralnych organów administracji rządowej zajmujących się problematyką przeciwdziałania narkomanii.”;
- 5) w art. 6:
- a) pkt 19 otrzymuje brzmienie:
 „19) konopie włókniste - rośliny z gatunku konopie siewne (*Cannabis sativa* L.) o zawartości delta-9-tetrahydrokannabinolu poniżej 0,20 % w suchej masie ziela,”
 - b) dodaje się pkt 28-30 w brzmieniu:
 „28) producent - podmiot wytwarzający środki odurzające lub substancje psychotropowe albo ich prekursorzy,
 29) importer - przedsiębiorcę dokonującego wprowadzenia środków odurzających lub substancji psychotropowych albo ich prekursorów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 30) wprowadzanie do obrotu - wszelkie udostępnienie osobom trzecim odpłatnie lub nieodpłatnie środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich prekursorów.”;
- 6) w art. 12:
- a) dodaje się ust. 2a w brzmieniu:
 „2a. Jednostki organizacyjne administracji rządowej wykonujące czynności operacyjno-rozpoznawcze mogą wchodzić w posia-

- danie środków odurzających, substancji psychotropowych i ich preparatów oraz prekursorów grupy I-R w ilości niezbędnej do przeprowadzenia stosownych badań potwierdzających popełnienie przestępstwa.”,
- b) w ust. 3 na końcu zdania, kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „a także warunki przechowywania środków odurzających, substancji psychotropowych, ich preparatów i prekursorów grupy I-R oraz sposób ich niszczenia przez jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 2a, uwzględniając zabezpieczenie tych substancji przed dostępem osób trzecich.”;
- 7) w art. 22 w ust. 1, w art. 23 w ust. 1, 2 i 5, w art. 25 w ust. 1 i 5, w art. 27 w ust. 1 i 4 oraz w art. 30 w ust. 1 użyte w różnym przypadku wyrazy „podmiot gospodarczy” zastępuje się wyrazem „przedsiębiorca” użytym w tej samej liczbie i tym samym przypadku;
- 8) w art. 23:
- a) w ust. 2 skreśla się wyrazy „i 13”,
- b) w ust. 3 wyrazy „lub, z zastrzeżeniem ust. 13, prekursorzy grupy I-R” zastępuje się wyrazami „lub prekursorzy grupy I-R”,
- c) skreśla się ust. 6 i 7,
- d) w ust. 9 i 10 skreśla się wyraz „,6”,
- e) ust. 11 otrzymuje brzmienie:
„11. Środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursorzy grupy I- R, może stosować, w celu prowadzenia badań naukowych, wyłącznie szkoła wyższa, jednostka badawczo-rozwojowa lub placówka naukowa - w zakresie swojej działalności statutowej - po zgłoszeniu tego faktu i uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.”,
- f) skreśla się ust. 12,
- g) ust. 13 otrzymuje brzmienie:
„13. Producent, importer prekursorów lub inny podmiot wprowadzający do obrotu prekursorzy grupy IIA-R i IIB-R prowadzi ewidencję produkcji lub obrotu, uwzględniając wielkości produkcji lub obrotu, zmiany w produkcji i w obrocie oraz dokonane transakcje.”,
- h) dodaje się ust. 13a i 13b w brzmieniu:
„13a. Producent, importer, lub inny podmiot wprowadzający do obrotu prekursorzy grupy IIA-R zgłasza do Inspektora do Spraw Substancji i Preparatów Chemicznych aktualne adresy miejsc, gdzie dane prekursorzy są wytwarzane lub miejsc, z których są wprowadzane do obrotu.
13b. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
1) sposób prowadzenia ewidencji produkcji lub obrotu prekursorów grupy IIA-R i IIB-R, o której mowa w ust. 13, w tym sposób dokumentowania produkcji lub obrotu - z uwzględnieniem wielkości produkcji lub obrotu, zmian w produkcji i w obrocie oraz dokonanych transakcji,
2) tryb zgłaszania prekursorów grupy IIA-R, o których mowa w ust. 13a, z uwzględnieniem danych dotyczących tych prekursorów oraz innych danych, niezbędnych do gromadzenia i wykorzystania przez służby medyczne i ratownicze, informacji o zagrożeniach dla zdrowia człowieka.”,
- i) w ust. 14:
- w pkt 1 skreśla się wyraz „,6”,
- w pkt 2 skreśla się wyrazy „i 13”;
- 9) dodaje się art. 23a w brzmieniu:
„Art. 23a.
1. Dokumentacja dotycząca posiadania i obrotu prekursorami grupy I-R, IIA-R i IIB-R powinna zawierać oświadczenie podmiotu

nabywającego te prekursory o ich przeznaczeniu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, z uwzględnieniem niezbędnych danych dotyczących:
 - 1) podmiotu składającego oświadczenie,
 - 2) celu i sposobu przeznaczenia prekursorów.”;

10) dodaje się art. 25a w brzmieniu:

„Art. 25a.

1. Do obrotu mogą być wprowadzane wyłącznie prekursory oznakowane.
2. Oznakowanie, o którym mowa w ust. 1 powinno zawierać nazwę umożliwiającą jednoznaczną identyfikację prekursorów grupy I-R, II-AR i II-BR, zgodnie z wykazem prekursorów określonym w załączniku nr 1 do ustawy.”;

11) w art. 26 skreśla się ust. 2 oraz oznaczenie ust. 1;

12) w art. 27:

- a) w ust. 2 wyrazy „może być prowadzony, z zastrzeżeniem ust. 3, przez podmiot gospodarczy” zastępuje się wyrazami „może być prowadzony przez przedsiębiorcę”,
- b) skreśla się ust. 3,
- c) w ust. 6 skreśla się pkt 2;

13) w art. 28:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Obrót detaliczny środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami będącymi środkami farmaceutycznymi prowadzą wyłącznie apteki.”,
- b) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) szczegółowe warunki przechowywania przez apteki środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów grupy I-R i preparatów zawierających te środki lub substancje oraz sposób prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i obrotu, uwzględniając zabezpieczenie tych substancji przed dostępem osób trzecich.”;

14) art. 29 otrzymuje brzmienie:

„Art. 29.

1. Preparaty zawierające środki odurzające grup I-N, II-N i III-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P, które zostały dopuszczone do obrotu jako środki farmaceutyczne na podstawie przepisów, o których mowa w art. 2 pkt 1, może posiadać, w celach medycznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, zakład opieki zdrowotnej nie mający apteki zakładowej, zakład leczniczy dla zwierząt oraz lekarz, lekarz stomatolog lub lekarz weterynarii, prowadzący indywidualną praktykę lekarską, a także inny podmiot, którego działalność wymaga posiadania i stosowania tych preparatów.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje preparatów i ich ilości, jakie mogą posiadać podmioty, o których mowa w ust. 1, szczególne warunki zaopatrywania, przechowywania tych preparatów oraz prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i stosowania, a także rodzaje podmiotów, których działalność wymaga posiadania i stosowania preparatów, o których mowa w ust. 1, uwzględniając zabezpieczenie tych substancji przed niewłaściwym użyciem.”;

15) art. 31:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Nadzór nad wytwarzaniem, przetwarzaniem, przerobem, przechowywaniem, obrotem i niszczeniem środków odurzających i substancji psychotropowych będących środkami farmaceutycznymi oraz prekursorami grupy I-R, sprawuje wojewódzki inspektor farmaceutyczny - na zasadach i w trybie określonych w przepisach o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej.

2. Nadzór nad prekursorami grup II-AR i II-BR sprawuje powiatowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego do obrotu poprzez kontrolę realizacji obowiązków nałożonych na producenta, importera lub inny podmiot wprowadzający do obrotu wynikających z art. 23 ust. 13 i 13a - na zasadach i w trybie określonych w przepisach o Inspekcji Sanitarnej.”,

b) dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Inspektor do Spraw Substancji i Preparatów Chemicznych prowadzi rejestr producentów, importerów i innych podmiotów wprowadzających do obrotu prekursory grupy IIA-R uwzględniający dane, o których mowa w art. 23 ust. 13a i 13b oraz powiadamia o zgłoszeniu powiatowego inspektora sanitarnego.

2b. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczególne warunki i tryb postępowania ze środkami farmaceutycznymi, podrobionymi, zepsutymi, sfalszowanymi, lub którym upłynął termin ważności, zawierającymi w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursory grupy I-R, oraz prekursorami grupy I-R sto-

sowanymi w przemyśle kosmetycznym lub spożywczym, uwzględniając w szczególności wymogi zabezpieczenia przed ich niewłaściwym użyciem, sposoby niszczenia tych środków w zależności od ich rodzaju i ilości oraz podmioty zobowiązane do pokrywania kosztów związanych z niszczeniem tych środków.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister Obrony Narodowej sprawuje nadzór nad przerobem, przechowywaniem, obrotem oraz zapasami środków odurzających i substancji psychotropowych w podległych jednostkach organizacyjnych - na zasadach i w trybie określonych w przepisach, o których mowa w ust. 1 i 2.”,

d) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych sprawuje nadzór nad przerobem, przechowywaniem, obrotem oraz zapasami prekursorów grupy IIA-R i IIB-R w podległych jednostkach organizacyjnych - na zasadach i w trybie określonych w przepisach, o których mowa w ust. 2.”;

16) po art. 31 dodaje się art. 31a w brzmieniu:
 „Art. 31a. Producent, importer lub inny podmiot wprowadzający do obrotu prekursory grupy I-R, IIA-R i IIB-R, są obowiązani niezwłocznie informować właściwy organ nadzoru, o którym mowa w art. 31 ust. 1 i 2, o transakcjach, które mogą budzić podejrzenie, że prekursory wytwarzane lub wprowadzane do obrotu mogą służyć nielegalnej produkcji środków odurzających lub substancji psychotropowych.”;

17) w art. 32 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Uprawa konopi włóknistych może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu włó-

kienniczego, chemicznego i celulozowo - papierniczego oraz nasiennictwa.”;

18) użyty w art. 33 w ust. 4, w art. 34 w ust. 1 w pkt 2 oraz w art. 35 w ust. 1 w różnych przypadkach wyraz „gospodarczy” skreśla się;

19) w art. 36 wyrazy „podmiot gospodarczy zajmujący się hodowlą roślin lub” zastępuje się wyrazami „podmiot zajmujący się hodowlą roślin i”;

20) art. 47 otrzymuje brzmienie:

„Art. 47. Kto, wbrew przepisom ustawy, w celu niedozwolonego wytworzenia środka odurzającego lub substancji psychotropowej, wytwarza, przetwarza, przerabia, przywozi z zagranicy, wywozi za granicę, przewozi w tranzycie, nabywa, posiada lub przechowuje prekursor, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5.”;

21) załączniki nr 1-3 do ustawy otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1-3 do niniejszej ustawy.

Art. 2.

W ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 1998 r. Nr 90, poz. 575, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 70, poz. 778, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 29, poz. 320 oraz Nr 42, poz. 473 i Nr 63, poz. 634) w art. 4 dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) przestrzegania przez podmioty wprowadzające do obrotu prekursor grupy IIA-R i IIB-R obowiązków wynikających z ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 106,

poz. 668 i Nr 113, poz. 715, z 2000 r. Nr 20, poz. 256 i Nr 103, poz. 1097 oraz ...).”.

Art. 3.

W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. z 2000 r. Nr 101, poz. 1092 oraz z 2001 r. Nr 41, poz. 465) w art. 19a w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie: „3) nielegalnego wytwarzania, posiadania lub obrotu bronią, amunicją, materiałami wybuchowymi, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i ich preparatami, prekursorami grupy I-R oraz materiałami jądrowymi i promieniotwórczymi.”.

Art. 4.

W ustawie z dnia 11 stycznia 2001 r. o substancjach i preparatach chemicznych (Dz.U. Nr 11, poz. 84) w art. 11 w ust. 1 dodaje się pkt 5a w brzmieniu: „5a) przyjmowanie i gromadzenie danych dotyczących prekursorów grupy IIA-R, określonych w przepisach o przeciwdziałaniu narkomanii.”.

Art. 5.

Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działające na podstawie zarządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia staje się Biurem w rozumieniu ustawy, o której mowa w art. 1.

Art. 6.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów art. 1 pkt 8 lit. g) oraz lit. h) w części dotyczącej art. 23 ust. 13a, art. 1 pkt 15 lit. a) i b) w części dotyczącej art. 31 ust. 2 i 2a oraz art. 2 i 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.

Prezydent Rzeczypospolitej Polski:
A. Kwaśniewski

NARKOMANIA W POLSCE W 2000 r.

Dane leczenia stacjonarnego

Rok 2000 jest czwartym rokiem obowiązywania w Polsce X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10), która zastąpiła stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję (ICD 9). Efektem zmiany klasyfikacji było znaczne ograniczenie porównywalności danych w szeregach czasowych. Zarówno ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu Rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany zaburzyły możliwość śledzenia trendów i skłaniają do dużej ostrożności w ich interpretacji. Na problemy wynikające ze zmianą klasyfikacji nałożyły się zakłócenia związane ze strajkami lekarzy, jakie miały miejsce w latach 1997-1998. Często stosowaną wówczas formą protestu była odmowa kompletnego wypełniania kart statystycznych. Stąd w danych za tamte lata znaleźć można luki. Wprawdzie część owych luk udało się później uzupełnić, ale i tak dane z tego okresu są obciążone pewnym błędem.

Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 2000 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się "uzależnienie od leków" (304.0-304.9), nadużywanie leków bez uzależnienia (305.2-305.9) oraz psychozy lekowe (292). Komentarza wymaga termin "uza-

ależnienie od leków". Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od leków uspokajających i nasennych, czy morfiny, ale również od takich substancji jak opiaty domowego wyrobu (tzw. "kompot"), marihuana, amfetamina czy nawet substancje wziewne - np. kleje. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia - nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten temat są pełniejsze, tzn. obarczone mniejszą liczbą braków danych, a tym samym chociaż lepsze, to nie do końca porównywalne z poprzednio zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do

Tabela 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

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

Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990 - 2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)

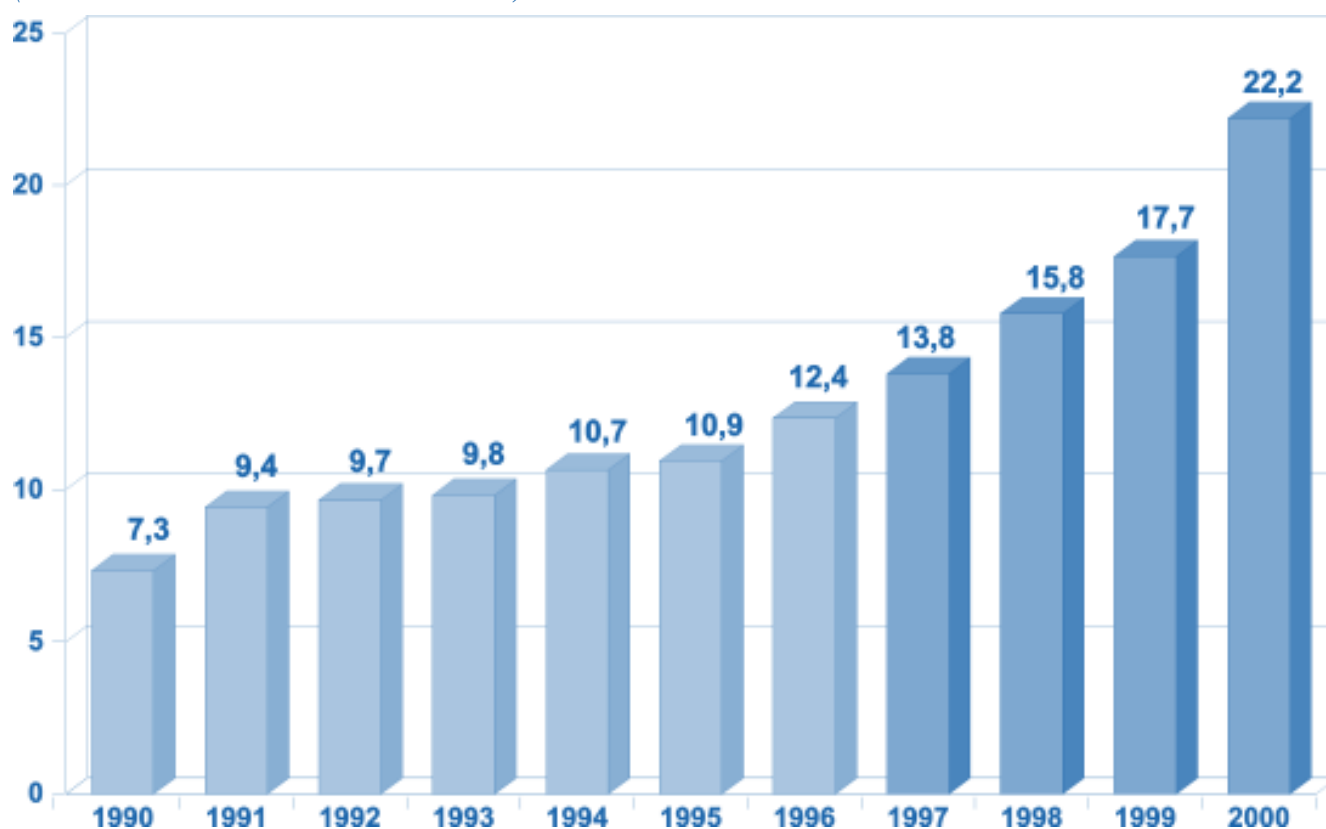


Tabela 2. Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pierwszorazowi	1260	1593	1547	1505	1693	1759	1980	2438	3115	4040	5075
Wszyscy	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827	8590
% pierwszorazowych	45,0	44,1	41,7	39,8	41,2	41,7	41,5	45,7	51,1	59,2	59,1

klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą z perspektywy analiz epidemiologicznych zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii "opiaty łączone z innymi środkami". W efekcie większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo pokaźna grupa licząca ok. 30-50%, wpada do kategorii "używanie różnych środków". Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z poprzednimi latami. Można się spodziewać, że część lekarzy mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii "opiaty łączone z innymi środkami", zamiast "uzależnienia mieszanego", wybierze "uzależnienie od opiatów".

Przed przystąpieniem do analizy danych wypada też przypomnieć, że leczenie psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przy-

padków. Podstawą drugiego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z leczenia stacjonarnego są zatem bardziej precyzyjne - nie są one obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu ograniczono się do danych leczenia stacjonarnego, bowiem lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Dane za 2000 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1999, 1998 i 1997, a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych posłużą tu dwa wskaźniki wyliczane na podstawie danych leczenia stacjonarnego. Pierwszy, to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły, czy też kontynuowały w następnym roku. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 2000 r. przyjęto

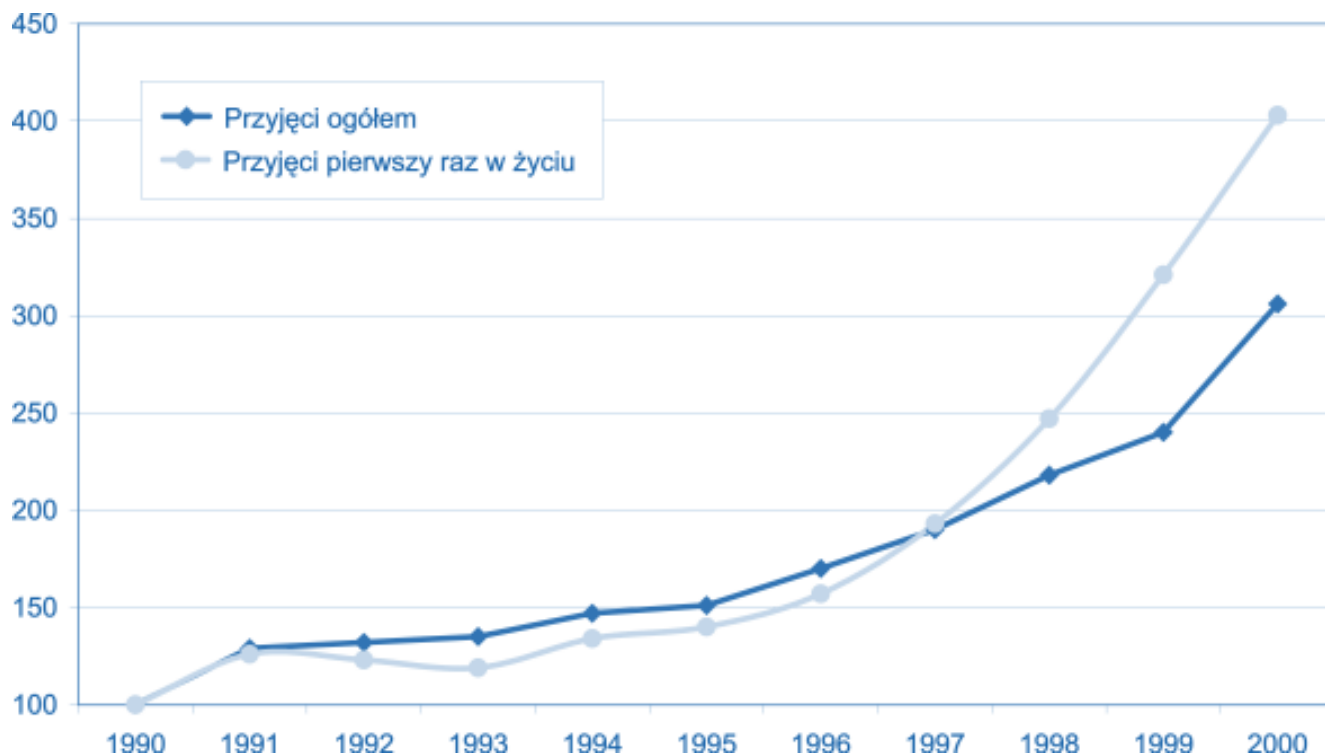
do leczenia stacjonarnego 8590 osób. Oznacza to wzrost o 25% w stosunku do 1999 r., kiedy to przyjęto 6827 osób. Warto przypomnieć, że w 1998 r. leczenie podjęło 6100, a w 1997 r. 5336 osób. Wzrost między 1999 i 1998 r. był znacznie mniejszy, bo wynosił 12% (tabela 1). Pamiętając o niepełnej porównywalności danych z lat poprzednich trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego trwającego od początku lat dziewięćdziesiątych (wykresy 1. i 2.). Wskaźnik przyjętych do leczenia stacjonarnego liczony na 100 tys. mieszkańców wzrastał każdego roku, w sumie jeśli dane z 2000 r. odnieść do 1990 r. wzrost jest ponad trzykrotny.

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

ogółem malał z 45% w 1990 r. do 40% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%. Oznacza to, że tempo wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W następnych latach także obserwujemy wzrost, w 1998 r. odsetek ten wyniósł 51,1%, a 1999 - 59,2%. W 2000 r. nastąpiło zahamowania wzrostu odsetka pacjentów pierwszorazowych na poziomie 59,1%. Oznacza to, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu.

Ustabilizowanie się w 2000 r. odsetka pacjentów pierwszorazowych nie jest równoznaczne z ustabilizowaniem się ich liczby - owa liczba wzro-

Wykres 2. Dynamika wskaźników przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych



sła z poziomu 4040 osób do 5075 osób. Natomiast oznacza to, że tempo wzrostu liczby pacjentów pierwszorazowych zrównało się z tempem wzrostu liczby przyjętych ogółem. Zmiany w dynamice obu wskaźników są dobrze widoczne na wykresie 2. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, chociaż po 1995 r. wzrost wyraźnie się nasilił. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 2000 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. 3 razy, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie 4 razy.

Struktury diagnoz wg typu środka za lata 1997-2000 zaprezentowane w tabeli 3. unaoczniają słabość aktualnej klasyfikacji chorób. W każdym z lat około jednej trzeciej osób znajduje się w kategorii mieszane i nieokreślone. Odsetek osób z tej kategorii wykazuje lekką tendencję rosnącą od 31% do 36%. O środkach używanych przez tą grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powiedzieć, poza tym, że w przypadku każdego pacjenta jest ich więcej niż jeden. W 2000 r. jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 3. najliczniejszą pozostaje grupa osób z problemem opiatów (39%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (9%), środków z grupy amfetamin (6%), substan-

cji wziewnych (5%) i przetworów konopi (3%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997 - 2000 (tabela 3) pokazuje na pewne zmiany. W latach 1997-1999 były one niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,7% w 1999 r. W 2000 r. odnotować trzeba spadek odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 5,8%. W latach 1997-2000 notuje się niewielki spadek odsetka osób z problemem opiatów i nieco większy - odsetka osób nadużywających substancji wziewnych. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych.

Porównanie danych z lat 1997-2000 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem (tabela 4). Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmują również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a ostatnio coraz częściej amfetaminę. Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 4. i na wykresie 4. w 2000 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Zahamowanie trendu wzrostowego, a nawet pewien spadek liczby nadużywających sub-

Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

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

Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji

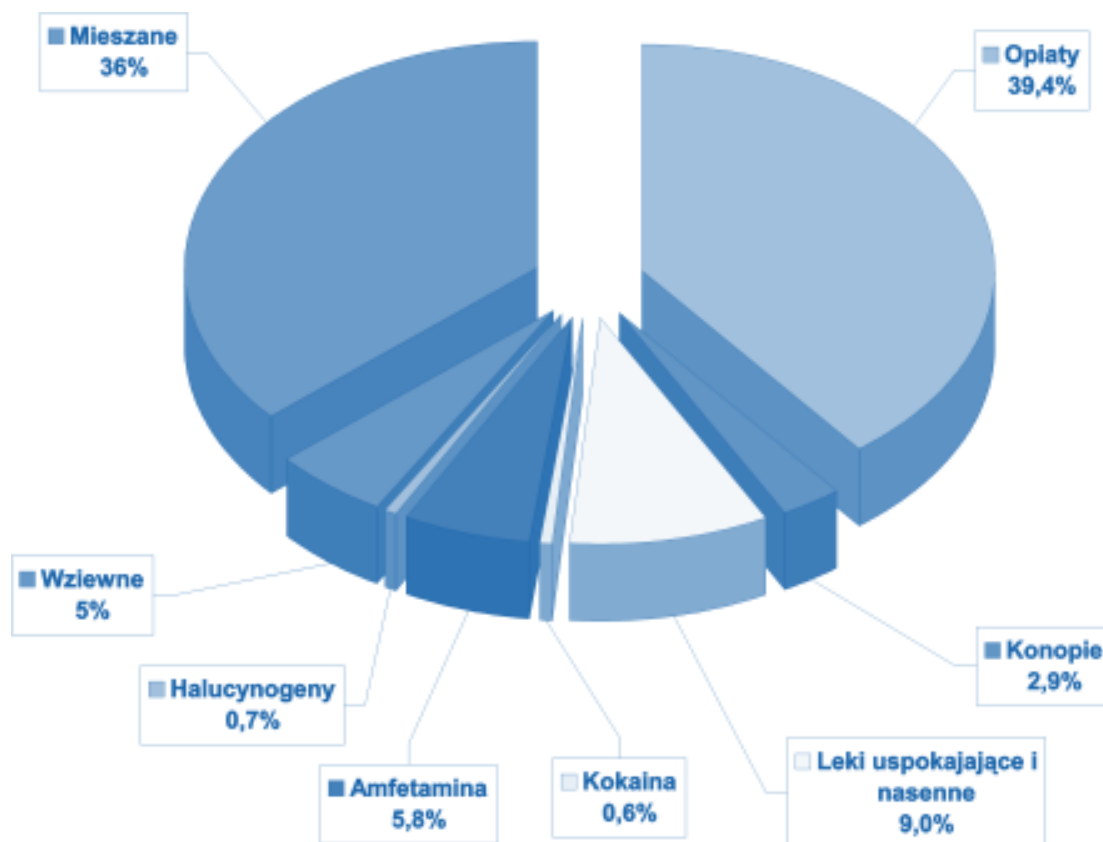


Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji.

Typ uzależnienia	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Opiaty i mieszane z opiatami	2163	2821	2897	2791	2996	3083	3257	x	x	x	x
Uspokajające i nasenne	99	188	103	130	82	67	81	449	509	573	769
Kokaina	2	2	4	-	2	2	4	46	45	52	50
Konopie	1	5	1	6	14	19	18	70	110	164	246
Amfetamina	14	2	20	39	65	92	97	204	367	459	502
Halucynogeny	5	1	8	9	10	4	14	70	75	91	62
Wziewne	199	222	201	228	321	317	435	535	564	455	449
Mieszane bez opiatów	167	196	124	93	90	115	169	x	x	x	x
Nieokreślone	137	159	128	135	147	110	209	x	x	x	x
Brak danych w czwartej cyfrze	16	18	224	352	380	414	488	x	x	x	x
Ogółem	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827	8590

stancji wziewnych. Trend wzrostowy został zapoczątkowany w 1994 r., w latach 1995-1997 tempo wzrostu było szczególnie szybkie, w 1998 r. trochę osłabło. W 1999 r. nastąpił spadek a w 2000 powrót do stabilizacji.

- Kontynuacja trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1996 r. Wcześniej, w latach 1991-1995 przeważała tendencja spadkowa. W 1997 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźnika, skala wzrostu w latach 1998 i 1999 była mniejsza. W 2000 r. nastąpiło ponowne przyspieszenie wzrostu.
- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r., wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż w latach poprzednich, w 2000 r. nastąpiło lekkie osłabienie tempa wzrostu.
- Kontynuacja trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przy-

- spieszył w 1997 r. W 2000 r. notujemy dalsze przyspieszenie skali wzrostu. Nadal jednak liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest znacznie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy.
- Stabilizacja liczby osób nadużywających kokainy. Do 1996 r. spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 r. ich liczba skokowo wzrosła. Od 1998 r. odnotowano trwającą nadal stabilizację.
- Załamanie się trwającego od 1997 r. trendu wzrostowego liczby osób nadużywających halucynogenów. W 2000 r. nastąpił skokowy spadek.

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. W latach 1997 - 1999 odnotować trzeba bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i co się z tym wiąże spadek odsetka kobiet. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 5. kobiety stanowiły

Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów)

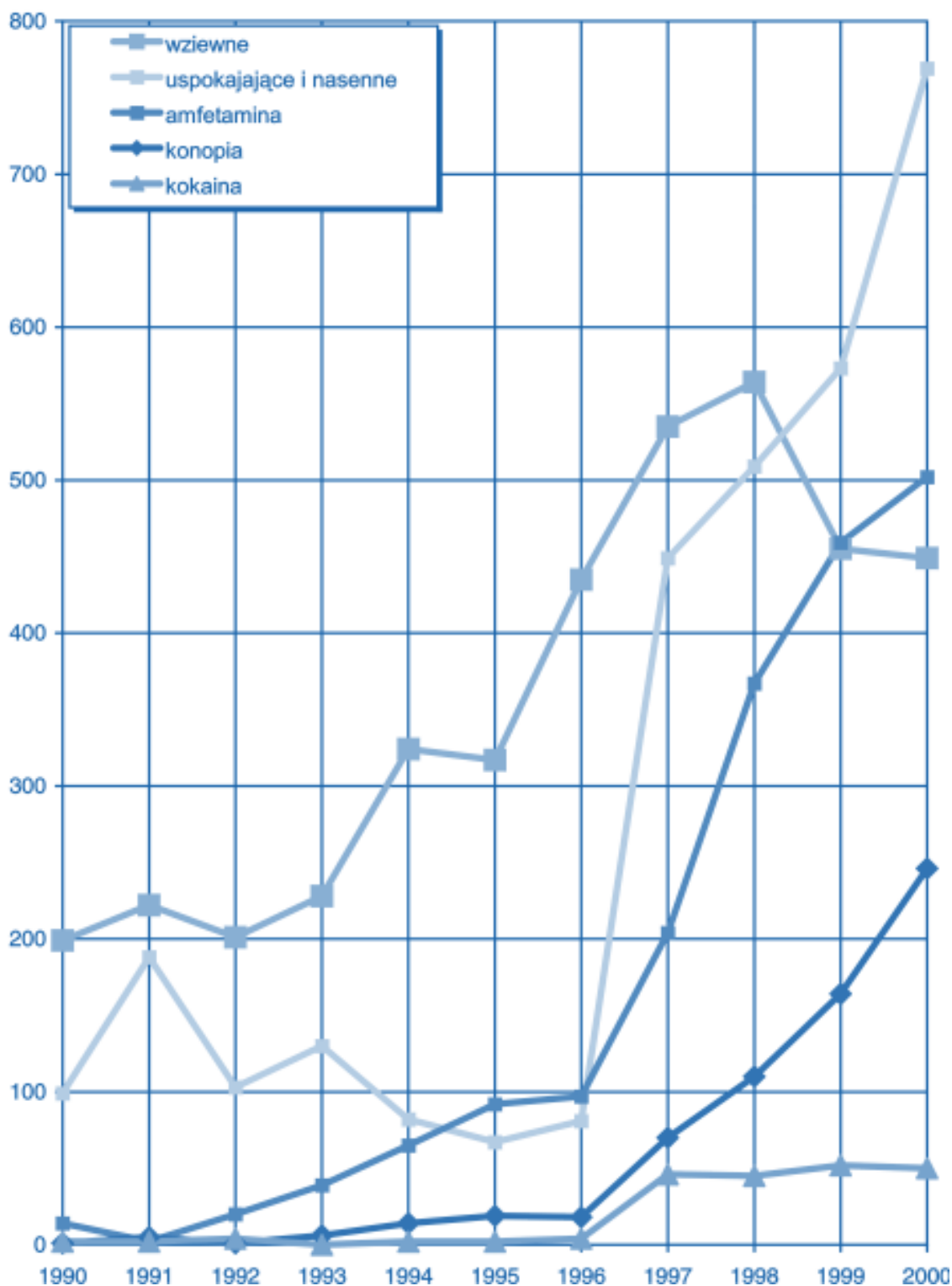


Tabela 5. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

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

w 2000 r. ok. 22% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy w 1997 r. jeszcze 26%.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (tabela 6, wykres 5). Polegają one na konsekwentnym wzroście odsetka osób w wieku 16-24 lat i spadku odsetków z grup 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata kształtował się na poziomie 40%, w 2000 r. wynosił już 55%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia są względnie stałe. Te pierwsze wynoszą 3-4%, te drugie 7-8%.

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

Dane o typach nadużywanych środków według płci zawarte w tabeli 7. ujawniają istotne różnice we wzorach używania substancji przez mężczyzn i kobiety. Wśród mężczyzn notuje się trochę większe odsetki nadużywających opiaty, konopie indyjskie, substancje wziewne. Wśród kobiet wielokrotnie wyższe są odsetki używających leków uspokajających i nasennych. Podobne odsetki wśród przedstawicieli obu płci pojawiają się przy kokainie, amfetaminie i halucynogenach.

W 2000 r. w stosunku do poprzedniego roku struktura rozpoznań według płci nie uległa

większym zmianom. Wśród kobiet nieznacznie zwiększył się odsetek nadużywających leków uspokajających i nasennych podczas gdy wśród mężczyzn pozostał taki sam.

Na wzór używania narkotyków silny wpływ ma też wiek (tabela 8). Dla najmłodszych charakterystyczne są substancje wziewne, 7% pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 8% pacjentów, bardziej widoczne natomiast stają się opiaty - 38%. Środki z tej grupy wyraźnie dominują w kolejnych grupach wiekowych, aż do 44 roku życia. U pacjentów w wieku 45 lat i więcej najliczniejsza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (53%). Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 16-19 lat (10%), zaś halucynogeny w grupie 16-19 lat (2%), chociaż w grupie 20-24 lat też zdarzają się nieco częściej niż w pozostałych grupach (1%).

Porównując strukturę rozpoznań według wieku z 2000 r. ze strukturą z lat 1998-1999 trzeba odnotować dwie istotne różnice. Pierwsza z nich jest efektem spadku odsetka nadużywających substancji wziewnych w najmłodszej grupie z 64% do 37%. Wzrosły w tej grupie wieku wszystkie inne rozpoznania, przy czym najbardziej problem opiatów (z 7% w 1998 do 17% w 2000 r.). Druga zmiana to większy wzrost odsetków osób nadużywających leków uspokajających i nasennych wśród starszych

grup wiekowych oraz wśród najmłodszych, niż w pozostałych grupach wiekowych.

Podobnie jak w latach ubiegłych, w 2000 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 9. i na wykresie 4. odnotować trzeba znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (lubuskie - 66,4) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (małopolskie - 7,6). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze

względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: dolnośląskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie i zachodniopomorskie. Wszystkie one z wyjątkiem mazowieckiego położone są w zachodniej, bądź północnej części kraju. W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa mazowieckie (1941 osób) i dolnośląskie (1236 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Dane zawarte w przedostatniej kolumnie tabeli 9. i na wykresie 7. pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 1999 r. i 2000 r. Bardzo silny wzrost wskaźnika ogólnopolskiego, bo aż o

Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wg wieku)

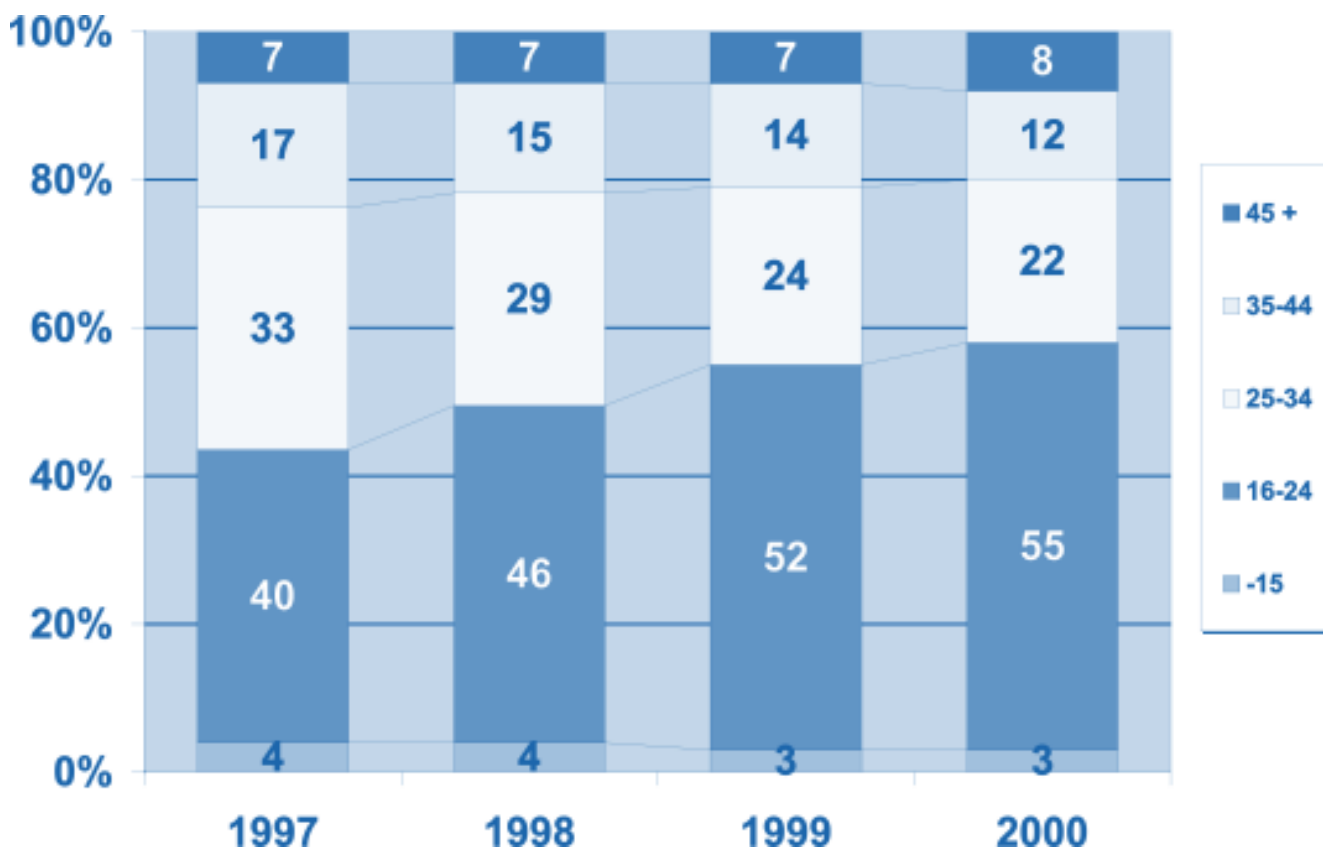


Tabela 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

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

Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

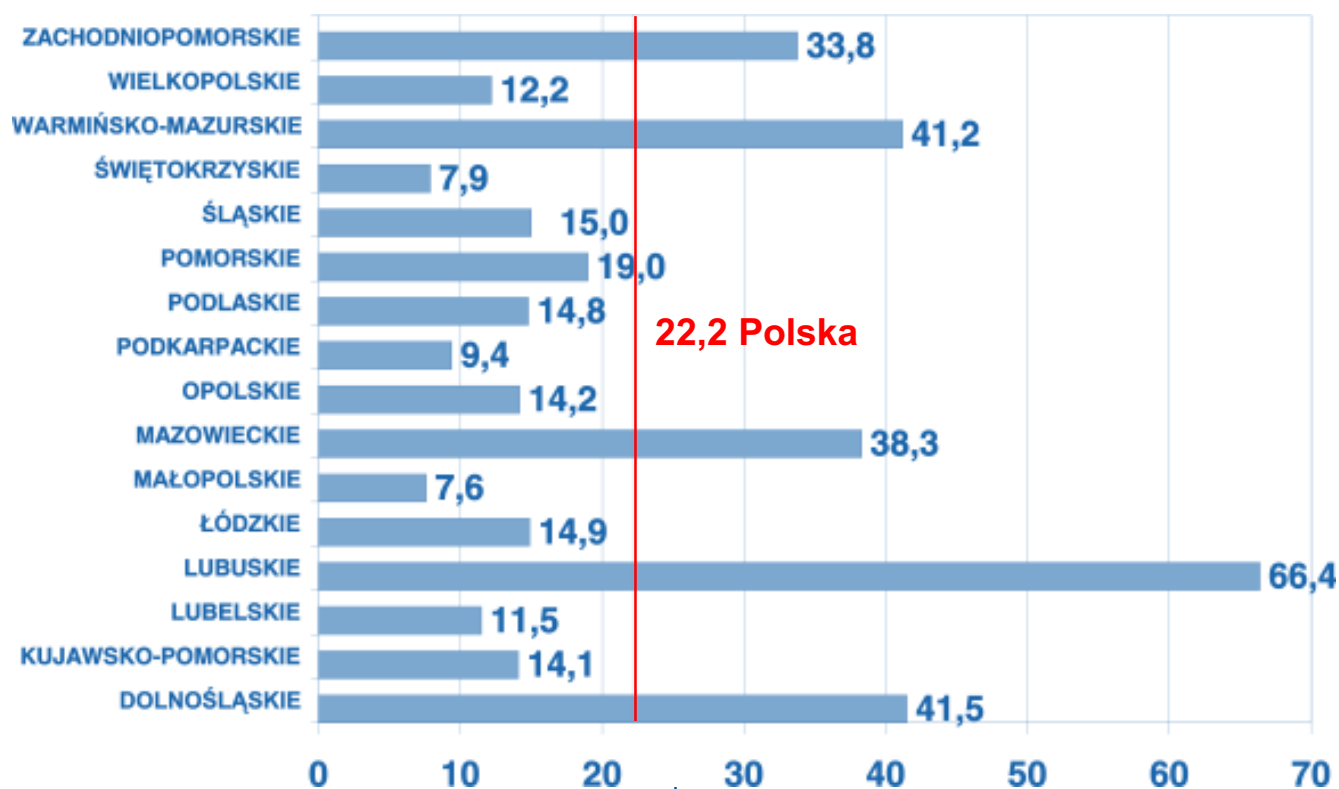
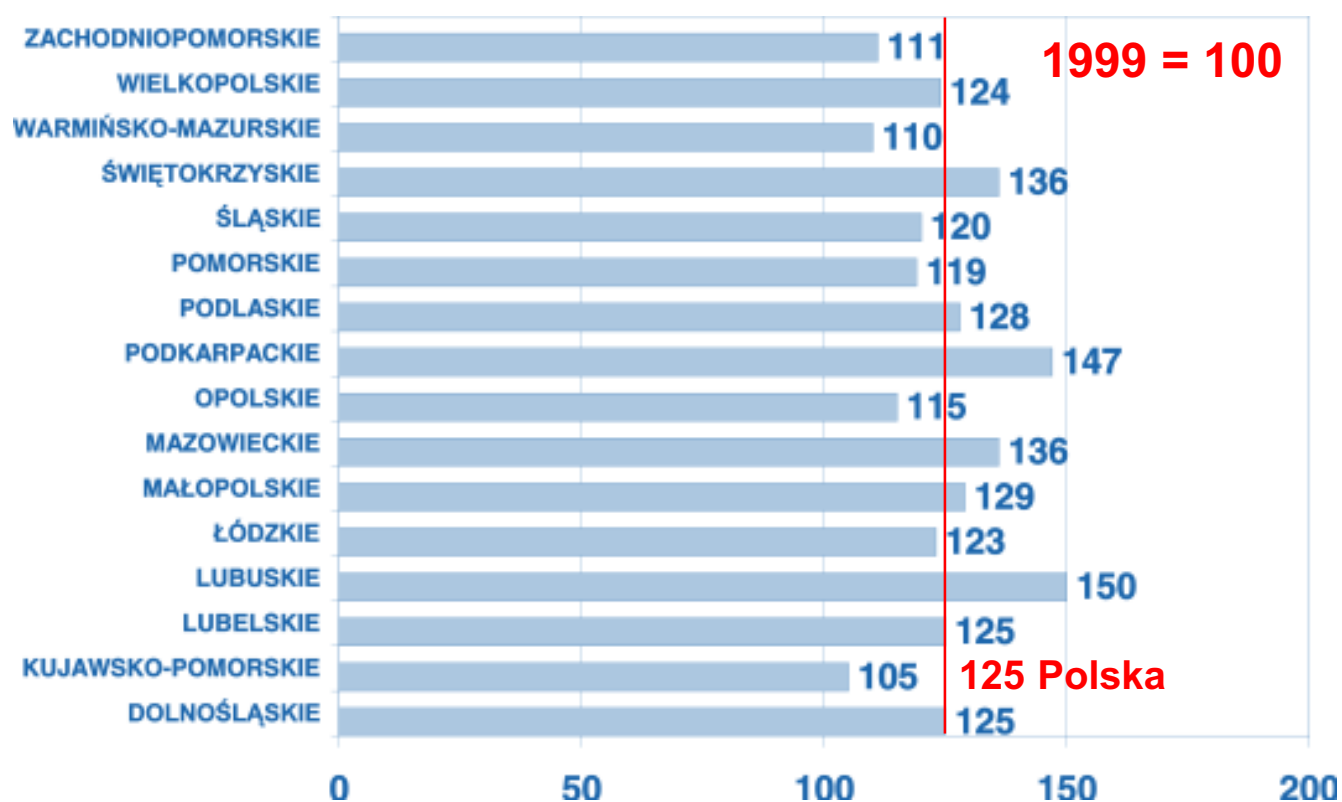


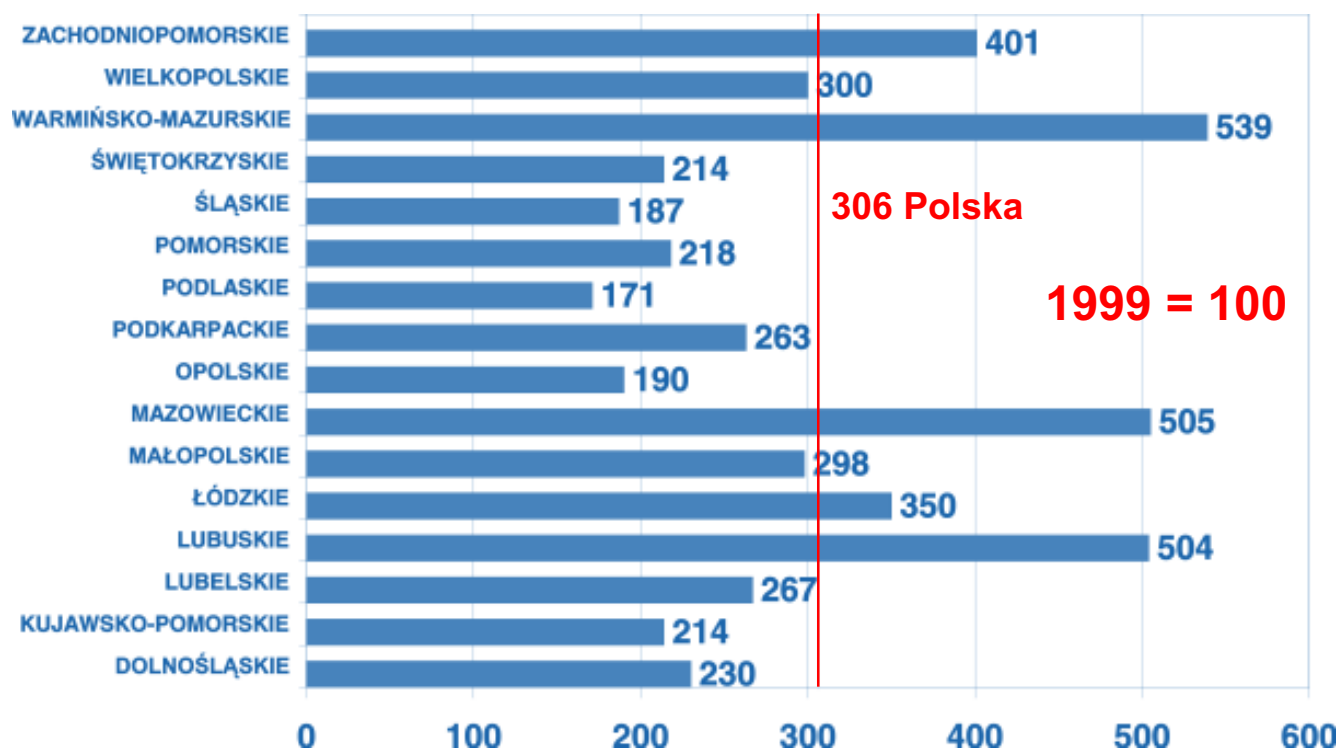
Tabela 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1998-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci i rodzaju przyjmowanej substancji (odsetki badanych)

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

Wykres 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1999 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta



Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1990 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (1990=100)



25%, nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło tak wielu narkomanów. Sytuacja pod tym względem jest silnie zróżnicowana. Praktycznie, wzrost nastąpił we wszystkich województwach. Z największym wzrostem mamy do czynienia w województwach lubuskim (50%) i podkarpackim (47%), z najmniejszym w kujawsko-pomorskim - o 5%. Wśród województw, w których wzrost był większy niż średnio w kraju, obok lubuskiego i podkarpackiego należy wymienić świętokrzyskie, mazowieckie, podlaskie i małopolskie.

Warto zauważyć, że wśród sześciu województw, w których nastąpił wzrost silniejszy niż średnio w kraju znalazły się cztery, które odznaczały się w 1999 r. wskaźnikami niższymi niż średnia krajowa, w tym województwo

o najniższym wówczas wskaźniku - świętokrzyskie. Jednocześnie jeden z najwyższych wzrostów nastąpił w województwie o najwyższym wskaźniku (lubuskie). Mamy zatem do czynienia z dwoma przeciwstawnymi tendencjami: jednej - polegającej na wyrównywaniu się poziomów rozpowszechnienia oraz drugiej - do wzrostu zróżnicowania. Najbliższa przyszłość powinna pokazać, która z nich okaże się dominująca.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie tabeli 9 i na wykresie 8. Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1990 r. i 2000 r. Dane za 1990 r. zostały przeliczone na układ nowego podziału administra-

Tabela 8. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1998-2000 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)

Wiek		Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucy- nogeny	Wziew- ne	Miesz- ane i inne
1998 r.	-15	6,8	2,3	0,5	-	1,8	3,6	64,3	20,8
	16-19	30,4	3,5	1,9	0,6	11,2	2,7	19,1	30,8
	20-24	52,2	2,4	2,1	1,0	9,6	1,0	6,6	25,0
	25-29	49,3	0,8	3,1	0,9	4,9	1,1	5,7	34,3
	30-34	50,5	0,5	6,3	0,5	1,8	0,5	2,7	37,1
	35-39	48,9	1,3	14,4	0,8	1,0	0,2	1,1	32,4
	40-44	37,4	0,5	24,6	0,8	1,1	-	1,3	34,2
	45+	16,6	1,2	48,7	0,5	1,2	0,9	1,4	29,5
	Ogółem	42,1	1,8	8,4	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5
Wiek		Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucy- nogeny	Wziew- ne	Miesz- ane i inne
1999 r.	-15	13,0	6,5	1,7	0,9	3,9	3,9	45,0	25,1
	16-19	33,7	5,3	0,7	0,8	12,3	2,8	10,4	34,0
	20-24	50,1	2,0	1,1	0,8	8,9	1,4	4,8	31,0
	25-29	43,4	1,1	2,6	0,1	5,5	0,4	6,2	40,7
	30-34	39,4	0,5	7,3	1,3	2,4	0,5	3,1	45,5
	35-39	40,8	0,6	17,1	0,6	1,4	0,6	1,9	37,1
	40-44	32,7	0,9	28,1	1,2	0,7	-	0,2	36,2
	45+	15,3	1,2	52,1	1,2	0,6	0,4	0,6	28,4
	Ogółem	38,9	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	38,9
Wiek		Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucy- nogeny	Wziew- ne	Miesz- ane i inne
2000 r.	-15	17,3	5,2	2,4	0,4	3,2	0,4	37,1	33,9
	16-19	38,0	5,2	1,0	0,7	9,9	1,6	8,3	35,3
	20-24	50,1	3,0	1,2	0,8	7,2	0,8	3,9	33,0
	25-29	44,2	1,4	3,9	0,5	5,2	0,2	4,1	40,4
	30-34	35,4	1,6	10,0	0,1	2,2	-	1,9	48,8
	35-39	37,6	2,3	15,6	0,3	1,6	0,3	0,9	41,4
	40-44	29,7	0,6	30,3	-	1,5	0,4	1,1	36,4
	45+	14,1	0,3	53,2	0,6	0,4	0,1	1,0	30,1
	Ogółem	39,4	2,9	8,9	0,6	5,8	0,7	5,2	36,4

Tabela 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczby osób w 2000 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2000 r.	Wskaźniki na 100 000 w 1999 r.	Wskaźniki zmiany 1999 = 100	Wskaźniki zmiany 1990 = 100
POLSKA	8590	22,2	17,7	125	306
dolnośląskie	1236	41,5	33,1	125	230
kujawsko-pomorskie	297	14,1	13,4	105	214
lubelskie	256	11,5	9,2	125	267
lubuskie	680	66,4	44,4	150	504
łódzkie	396	14,9	12,1	123	350
małopolskie	244	7,6	5,9	129	298
mazowieckie	1941	38,3	28,2	136	505
opolskie	154	14,2	12,4	115	190
podkarpackie	200	9,4	6,4	147	263
podlaskie	181	14,8	11,6	128	171
pomorskie	417	19,0	16,0	119	218
śląskie	729	15,0	12,5	120	187
świętokrzyskie	105	7,9	5,8	136	214
warmińsko-mazurskie	604	41,2	37,6	110	539
wielkopolskie	408	12,2	9,8	124	300
zachodniopomorskie	585	33,8	30,4	111	401
braki danych i obcokrajowcy	157				

cyjnego kraju obowiązującego od 1999 r. Zabieg taki pozwala śledzić sytuację epidemiologiczną na terenach, które weszły w skład nowych województw. Dzięki temu możemy dostarczyć władzom wojewódzkim danych do lepszego rozumienia i przewidywania rozwoju sytuacji na ich terenie. Porównanie zmian w ostatnich jedenastu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 306%, z jednej strony spotykamy województwa gdzie wzrost był ponad pięciokrotny (warmińsko-mazurskie - 539%, mazowieckie - 505%, lubuskie - 504%), z drugiej, gdzie

liczba pacjentów nawet się nie podwoiła (podlaskie - 171%, śląskie - 187%, opolskie - 190%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o znikomym obecnie nasileniu zjawiska, ale nie jest to reguła bezwyjątkowa. Przykładami odstępstw od niej może być Województwo łódzkie, gdzie wskaźnik wzrósł silniej niż średnio w kraju, a jednak nadal utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie - niższym niż średnia ogólnopolska. Z drugiej strony w województwie dolnośląskim mamy do czynienia ze wskaźnikiem znacznie przekraczającym średnią dla kraju, a wzrost wskaźnika w ostatnich 11 latach był niższy, niż w całej Pol-

Tabela 10. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba pacjentów pierwszorazowych w 2000 r.	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2000 r.	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2000 r.	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 1999 = 100
POLSKA	5075	59,1	13,1	126
dolnośląskie	601	48,6	20,2	112
kujawsko-pomorskie	155	52,2	7,4	110
lubelskie	124	48,4	5,5	136
lubuskie	447	65,7	43,7	193
łódzkie	249	62,9	9,4	120
małopolskie	127	52,0	3,9	125
mazowieckie	1412	72,7	27,9	137
opolskie	93	60,4	8,5	113
podkarpackie	116	58,0	5,5	149
podlaskie	98	54,1	8,0	110
pomorskie	228	54,7	10,4	128
śląskie	386	52,9	7,9	121
świętokrzyskie	51	48,6	3,8	116
warmińsko-mazurskie	370	61,3	25,2	109
wielkopolskie	252	61,8	7,5	131
zachodniopomorskie	324	55,4	18,7	100
braki danych i obcokrajowcy	42			

sce. Przykłady te pokazują, że o poziomie zagrożenia epidemiologicznego decyduje nie tylko rozwój sytuacji w obecnej dekadzie, ale także to, co działo się w latach wcześniejszych.

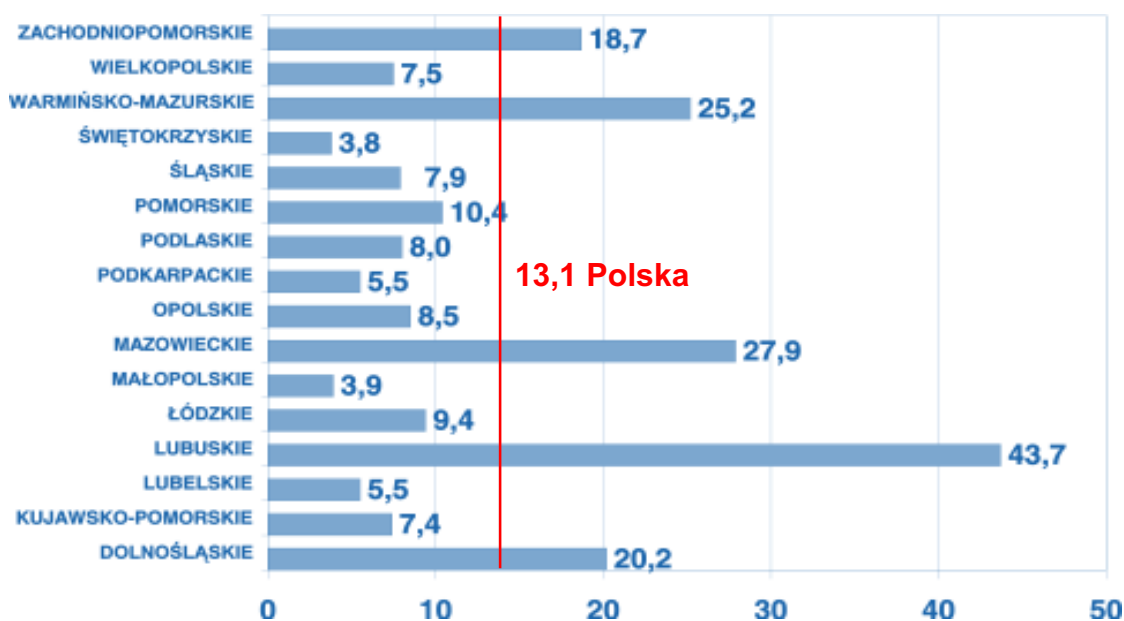
Zróżnicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia, ale także wskaźnik przyjęć pierwszorazowych, a także wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 10 i zobrazowanych na wykresie 9 najwyższymi wskaźnikami przy-

jęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: lubuskie, mazowieckie, warmińsko-mazurskie, dolnośląskie oraz zachodniopomorskie, czyli województwa, gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem były najwyższe. Wprawdzie rozkład wskaźników przyjęć pierwszorazowych nie odbiega zasadniczo od rozkładu przyjętych ogółem, to jednak jak przekonują dane z drugiej kolumny tabeli 10 odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród wszystkich przyjętych nie są w poszcze-

Tabela 11. Odsetki kobiet oraz osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2000 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

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

Wykres 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



gólnych województwach jednakowe. Najwyższy odsetek pojawia się w województwie mazowieckim (72,7%) a najniższy w województwach lubelskim (48,4%) i dolnośląskim (48,6%).

Znacznemu zróżnicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 1999 r. i 2000 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie tabeli 10. Najsilniej wzrosła liczba pacjentów pierwszorazowych w województwie lubuskim - o 93%, najmniejszy wzrost wystąpił w województwie warmińsko-mazurskim - o 9%. Trzeba też zauważyć, że w województwie zachodniopomorskim liczba pacjentów pierwszorazowych nie uległa zmianie.

Porównując zmiany między 1999 r. i 2000 r. w zakresie wskaźnika przyjętych ogółem (przedostatnia kolumna tabeli 9) i przyjętych pierwszy raz w życiu (ostatnia kolumna w tabeli 10) obserwujemy pewne odmienności. Na poziomie całego kraju oba wskaźniki w czasie ostatniego roku wzrosły podobnie, na poziomie województw zaś w czterech województwach wzrosły mniej niż średnio w kraju, zaś w pięciu wzrosły silniej. Te ostatnie to lubuskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, pomorskie i wielkopolskie. Szczególnie w tych województwach można spodziewać się pogorszenia sytuacji epidemiologicznej.

Dane z tabeli 11. obrazują zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet oraz odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Odsetki kobiet wahają się od 15% w województwie lubelskim do 35% w województwie świętokrzyskim. Największa frakcja niepełnoletnich występuje w województwie opolskim (24%), a najmniejsza w małopolskim (5%).

Podsumowując prezentacje danych za 2000 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na kontynuację, a nawet przyspie-

sznienie trendu wzrostowego zjawiska. Znacznie szybszy wzrost wskaźnika przyjętych pierwszy raz w życiu niż przyjętych ogółem w 2000 r. z jeszcze większą siłą wskazuje na narastanie problemu.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają nowe środki, takie jak amfetamina. Bardziej widoczne w leczeniu stacjonarnym stają się halucynogeny i przetwory konopi, pojawia się także w sposób bardziej znaczący kokaina. Równoległe do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych.

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

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia - zachodnia część kraju, województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. Na wyjątkową uwagę zasługuje województwo lubelskie, gdzie notuje się nie tylko najwyższe wskaźniki przyjętych ogółem i przyjętych pierwszy raz w życiu, ale także najsilniejszy wzrost tych wskaźników w czasie ostatniego roku. Na terenach tych zintensyfikowania wymagają programy pomocy - leczenie i redukcja szkód.

Dane z 2000 r., podobnie jak dane z lat 1997-1999, ze względu na zmianę klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów oraz strajki lekarzy, należy interpretować z dużą ostrożnością, a wnioski traktować jako wstępne, wymagające potwierdzenia.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

PRZYGOTOWANIA POLSKI DO CZŁONKOSTWA W UNII EUROPEJSKIEJ W OBSZARZE NARKOMANII

**Sprawozdanie z posiedzenia Podkomitetu UE -Polska Nr 8
ds. Ceł, Podatków Pośrednich, Narkotyków i Prania Brudnych Pieniędzy,
Warszawa, 10 - 11. 12. 2001 r.**

W dniach 10 - 11 grudnia 2001 r. w Warszawie odbyło się drugie posiedzenie Podkomitetu ds. Celnych, Podatków Pośrednich, Narkotyków i Prania Brudnych Pieniędzy. Celem posiedzenia było omówienie stanu przygotowania Polski do członkostwa w Unii Europejskiej w powyższych obszarach. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Komisji Europejskiej oraz ambasad państw członkowskich. Stronę polską reprezentowali przedstawiciele poszczególnych resortów. W obszarze obejmującym narkotyki stroną polską reprezentował Piotr Jabłoński - Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Bogusława Bukowska - Z-ca Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Janusz Sierosławski - koordynator Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Włodzimierz Ziemia - Naczelnik Wydz. VII CBS w KGP, Piotr Rakowski - z Departamentu Integracji Europejskiej i Współpracy Międzynarodowej w MSWiA. Stronę unijną reprezentował Tino Jetsu.

Podczas posiedzenia przedstawiono stanowiska odnośnie następujących zagadnień:

1. Plan Działania UE w sprawie narkotyków na lata 2000 - 2004

2. Stan zaawansowania prac nad Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002 - 2004
3. Główne nurty działań podejmowane w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające i substancje psychotropowe
4. Zadania Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii
5. Zadania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
6. Stan zaawansowania prac nad powołaniem Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
7. Zmiany ustawodawcze dotyczące przeciwdziałania nielegalnemu przemytowi oraz konsumpcji
8. Rola policji i administracji celnej w zwalczaniu przemytu narkotyków oraz przestępstw pokrewnych
9. Ostatnie zatrzymania narkotyków

Plan UE w sprawie narkotyków na lata 2000 - 2004

Strona unijna ogólnie przedstawiła główne cele Planu Działania w zakresie redukcji popytu i podaży na lata 2000 - 2004:

- zmniejszenie rozpowszechnienia używania nielegalnych narkotyków, szczególnie wśród młodych ludzi poniżej 18 roku życia,
- zmniejszenie przypadków śmierci i szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków,
- zwiększenie liczby osób, które z sukcesem zakończyły leczenie,
- zmniejszenie liczby przestępstw związanych z narkotykami,
- zmniejszenie dostępności do nielegalnych środków odurzających,
- zmniejszenie rozmiarów prania brudnych pieniędzy oraz handlu prekursorami.

Więcej na temat Planu Działania UE na lata 2000 - 2004 można znaleźć w poprzednim numerze Serwisu Informacyjnego w wywiadzie z Dyrektorem EMCDDA - Georgem Estievenart.

W odniesieniu do Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002 - 2004 strona Polska poinformowała, że projekt programu określający strategiczne cele działania został opracowany. Jego założenia są zgodne z priorytetami i celami zawartymi w Programie i Planie Działania Unii Europejskiej na lata 2000 - 2004. Projekt, zgodnie z obowiązującą w Polsce procedurą, zostanie przesłany do uzgodnień międzyresortowych a następnie do zaopiniowania przez Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zakończenie prac przewidywane jest do końca marca 2002 r.

Omawiając główne nurty działań podejmowane w obszarze ograniczania popytu strona polska podkreślała, że działania te obejmują obecnie szerokie spektrum przedsięwzięć: zarówno profilaktykę pierwotną, interwencje ukierunkowane na osoby podejmujące zachowania ryzykowne oraz osoby już uzależnione od środ-

ków odurzających. W przypadku popełnienia przestępstwa, które ma związek z uzależnieniem od środków odurzających obowiązujące przepisy prawne umożliwiają skierowanie takiej osoby na leczenie jako alternatywę do kary pozbawienia wolności. Ponadto w zakładach karnych istnieje możliwość podjęcia terapii w wyspecjalizowanych oddziałach leczenia uzależnień (obecnie funkcjonuje 10 oddziałów). W 2002 r. w Warszawie oraz Krakowie planowane jest także uruchomienie w zakładach karnych oddziałów leczenia substytucyjnego. Kierunek ograniczania szkód zdrowotnych jest w Polsce systematycznie rozwijany. Obejmuje on w szczególności programy wymiany igieł i strzykawek, programy edukacyjne oraz programy leczenia substytucyjnego. Obecnie w 10 programach substytucyjnych zarejestrowanych jest ok. 1000 osób. Kolejny ważny obszar działań to ograniczanie i monitoring używania narkotyków syntetycznych. Kwestia ta będzie przedmiotem szczególnego zainteresowania Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Ponadto planowane jest podjęcie szeregu inicjatyw ukierunkowanych na podnoszenie jakości usług m.in. szkolenia licznych grup zawodowych oraz akredytacja placówek profilaktycznych i rehabilitacyjnych.

Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Strona polska poinformowała, że kwestie dotyczące Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii reguluje Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie określenia składu i zadań Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu jej działania (Dz. U. Z 2001 r. Nr 17, poz. 188). Rada jest

powoływana przez Prezesa Rady Ministrów, w jej skład wchodzi przedstawiciele centralnych organów administracji rządowej oraz przedstawiciele stowarzyszeń, samorządów zawodowych, związków wyznaniowych. Rada ma funkcje opiniodawczo - doradcze, jej kadencja trwa 5 lat. Powołanie Rady uznano za sprawę priorytetową.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Omawiając zadania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zwrócono przede wszystkim uwagę, na zmianę podstawy prawnej funkcjonowania Krajowego Biura. Wprowadzona w 2001 r. nowelizacja ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Z 1997 r. Nr. 75, poz. 468 z późn. zm.) spowodowała, że Krajowe Biuro działa obecnie na mocy zapisów ustawowych a nie jak wcześniej na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia. Strona unijna z zadowoleniem przyjęła powyższą nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Powołanie Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Znowelizowana ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. zobowiązała nas do powołania powyższego Centrum. Zgodnie z art. 3a ust. 4 pkt. 3 oraz art. 3b ust. 1 i 2 wyżej wymienionej ustawy Krajowe Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii znajduje się w strukturze Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Podstawowym zadaniem

Krajowego Centrum jest „gromadzenie informacji i monitorowanie działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania narkomanii na poziomie krajowym i międzynarodowym”. Centrum wyposażone jest w kompetencje tzw. „focal point” i współpracować będzie z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA). Ustalono, że kolejnym krokiem powinno być skierowanie przez rząd RP formalnego wniosku do odpowiednich struktur UE o przyjęcie Polski do EMCDDA. Działania te powinny zostać podjęte do końca stycznia 2002 r.

Zmiany ustawodawcze dotyczące przeciwdziałania nielegalnemu przemytowi oraz konsumpcji

Strona polska przedstawiła zmiany ustawodawstwa polskiego w zakresie zwalczania przemytu narkotyków, zaliczając nowelizacje o ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Policji do najważniejszych zmian prawa mających na celu zwiększenie efektywności w walce z przestępczością (w tym z przestępczością narkotykową). Ponadto zwrócono uwagę na przyjęcie ustawy o gromadzeniu, przetwarzaniu i przekazywaniu informacji kryminalnych, negocjowaniu szeregu umów z krajami sąsiednimi i krajami UE o współpracy w zwalczaniu przestępczości zorganizowanej, a także na przyjęcie ustawy o przeciwdziałaniu wprowadzenia do obrotu finansowego wartości majątkowych pochodzących z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł. Delegacja polska zwróciła uwagę na zarządzenie Komendanta Głównego Policji tworzące Centralne Biuro Śledcze.

Ponadto strona wspólnotowa została poinformowana o podpisaniu umowy z EROPOŁem o zwalczaniu przestępczości zorganizowanej, będącej obecnie na etapie ratyfikacji. Przekazane zostały również informacje o toczących się negocjacjach z rządami państw sąsiedzkich, których przedmiotem jest podpisanie umów o współpracy w zwalczaniu przestępczości zorganizowanej oraz o utworzeniu Centralnego Biura Śledczego.

Rola policji i administracji celnej w zwalczaniu przemytu narkotyków oraz przestępstw pokrewnych.

Stronie unijnej zostały zaprezentowane struktury organizacyjne Policji zajmujące się walką z przestępczością narkotykową oraz podane zostały przykłady podejmowanych działań i ich efekty.

Strona polska dokonała praktycznej oceny istniejącej sytuacji ze szczególnym uwzględnieniem roli współpracy z innymi organami takimi jak administracja celna czy odpowiednie instytucje w ramach resortu zdrowia.

Strona unijna została zapoznana także z rolą, jaką spełnia służba celna w zwalczaniu przemytu środków odurzających i substancji psychotropowych.

Ostatnie zatrzymania narkotyków

Strona polska, przekazała informacje odnośnie zatrzymań narkotyków oraz omówiła statystyki zatrzymań wybranych narkotyków za lata 1998 - 2000.

Przedmiotem rozmów była także kwestia podpisania przez Polskę Porozumienia Rady Europy z 1995 r. o przemyśle narkotyków drogą morską. Strona polska podtrzymała pogląd wyrażony w stanowisku negocjacyjnym w obszarze „Wymiar sprawiedliwości i sprawy wewnętrzne” mówiący o niemożności związania się z ww. Porozumieniem. Podstawowe zastrzeżenia zgłaszane przez stronę polską to fakt, że instrument ten jest w praktyce nie jest powszechnie stosowany przez państwa członkowskie UE. Niemniej, w związku z kolejnymi pracami nad przygotowaniem polskiej odpowiedzi na Wspólne Stanowisko UE w obszarze "Wymiar sprawiedliwości i sprawy wewnętrzne", będzie to jeszcze przedmiotem dodatkowych analiz.

Na pytanie strony unijnej dotyczące współpracy w zakresie walki z przestępczością narkotykową z krajami sąsiadującymi z Polską, tj. Rosją, Białorusią i Ukrainą, udzielono odpowiedzi, iż współpraca wprawdzie istnieje, jednak nie jest zadowalająca (w porównaniu np. ze współpracą z RFN). Podstawowy problem tkwi w braku dostatecznych gwarancji bezpieczeństwa wobec przekazywanych informacji przez stronę polską. To zaś zasadniczo wpływa na efektywność zwalczania przestępczości.

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomani

NOWE WZORY KONSUMPCJI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH - NOWE WYZWANIA DLA LECZNICTWA

Sprawozdanie z konferencji Lecznictwa Odwykowego, Dębe 02 - 04. 12. 2001 r.

Założenia i cele konferencji

Zarówno w lecznictwie odwykowym, jak i w lecznictwie uzależnień od substancji psychoaktywnych coraz częściej odnotowuje się przypadki pacjentów uzależnionych zarówno od alkoholu jak i narkotyków. Współczesne wzory konsumpcji polegające na naprzemiennym używaniu alkoholu i narkotyków lub mieszaniu obu rodzajów substancji przy jednej okazji stawiają nowe wyzwania dla wąsko specjalistycznego lecznictwa, które nie jest dostatecznie przygotowane na nowy typ klienta. Ta nowa sytuacja wymaga również od specjalistów szerszej wiedzy, umiejętności poprawnej diagnozy i formułowania adekwatnej oferty terapeutycznej.

Problematyce tej poświęcona była I konferencja pracowników lecznictwa odwykowego pod nazwą „Nowe wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych - nowe wyzwania dla lecznictwa odwykowego”. Organizatorem i pomysłodawcą konferencji był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W spotkaniu wzięło udział 71 osób. Zaproszenia zostały rozesłane do wszystkich stacjonarnych placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotyków, do wybranych placówek ambulatoryjnych w województwie mazowieckim, do Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia oraz do stacjo-

narnych placówek udzielających pomocy alkoholikom. Do udziału w konferencji zaproszono także przedstawicieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Konferencję otworzył Czesław Czabała, zastępca dyrektora IPiN, który podkreślił w swoim wystąpieniu, że głównym celem spotkania jest wymiana doświadczeń w zakresie terapii pacjentów uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz wypracowanie zasad ściślejszej współpracy między dwoma typami lecznictwa odwykowego. Wyraził też nadzieję, że spotkanie będzie inspirujące dla wszystkich uczestników, a sformułowane wnioski i rekomendacje przyczynią się do podniesienia jakości świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

W ramach konferencji odbyło się pięć sesji plenarnych, w trakcie których wygłoszono dziewięć wykładów. Oprócz tego odbyły się dwie sesje robocze, na których pracowano w pięciu grupach, a wyniki prac przedstawiono na sesjach plenarnych.

Program i przebieg konferencji

Dyrektor PARPA, Jerzy Mellibruda przedstawił psychologiczną koncepcję mechani-

zmów uzależnienia od substancji psychoaktywnych, wywodzącą się z założeń tzw. modelu Minnesota. Koncepcja ta wyjaśnia uzależnienie od substancji psychoaktywnych w trzech podstawowych wymiarach funkcjonowania człowieka: emocjonalnym, poznawczym oraz struktury Ja, stanowiącej centralny element osobowości. W swoim wystąpieniu J. Mellibruda zwrócił także uwagę na ograniczenia współczesnego podejścia do leczenia uzależnień wynikające z trudności w znalezieniu korelacji pomiędzy biologicznym i psychologicznym wymiarem funkcjonowania człowieka.

Bogusławy Bukowska, zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wystąpiła z tematem „Społeczność terapeutyczna jako metoda leczenia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych”. W prezentacji omówiono podstawowe założenia teoretyczne metody, wskazano na wyzwania stojące przed społecznością terapeutyczną oraz omówiono wyniki badań dotyczące jej efektywności. Punktem wyjścia do rozważań na prezentowany temat były publikacje G. De Leona oraz M. Kooymana, znanych i cenionych propagatorów metody znajdującej zastosowanie w leczeniu nie tylko osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.

Elżbieta Rachowska przedstawiła integracyjny model pracy realizowany w WOTUiW w Toruniu, którego jest założycielką i wieloletnim kierownikiem. Model ten polega na umiejętnym wykorzystaniu podejścia behawioralno - poznawczego oraz idei społeczności terapeutycznej w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków. Zasady i założenia indywidualnej pracy z pacjentem w postaci Osobistego Planu Leczenia, przedstawili w swoich wystąpieniach Halina Ginowicz, zastępca kierownika Oddziału Odwykowego w Łukowie oraz Henryk Kę-

dzierski, dyrektor WOTUiW w Stanominie. Jacek Moskalewicz i Janusz Sierosławski z IPiN przedstawili wyniki badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków i alkoholu oraz dane z lecznictwa stacjonarnego. Prezentowane wyniki budzą niepokój zarówno lekarzy jak i specjalistów terapii uzależnień. Z jednej strony mamy do czynienia z rosnącą liczbą osób używających środków psychoaktywnych oraz zgłaszających się do leczenia, z drugiej zaś z coraz poważniejszymi rozmiarami szkód zdrowotnych spowodowanych ich używaniem.

Ostatnie z wystąpień podczas sesji plenarnej poświęcone było omówieniu wyników badań na temat wzoru konsumpcji alkoholu wśród pacjentów objętych programem leczenia substytucyjnego w IPiN w Warszawie (niepublikowana praca doktorska Heleny Furgi - Baran). H. Furga - Baran podkreślała, że wśród osób objętych badaniem zaobserwowano tendencję do zwiększenia ilości i częstotliwości picia alkoholu w pierwszym roku leczenia substytucyjnego. Pomimo występujących z tego powodu szkód zdrowotnych (trudnych do bezpośredniego zdiagnozowania z powodu wcześniejszych licznych powikłań zdrowotnych - HIV, HCV, HBS) pacjenci odnosili korzyści z leczenia substytucyjnego poprzez fakt dłuższego utrzymywania się w leczeniu, co korelowało ze zmniejszeniem poziomu przestępczości, zmniejszeniem liczby iniekcji oraz poprawą ogólnego stanu zdrowia.

Istotnym punktem programu konferencji były sesje warsztatowe, które służyły bliższemu poznaniu się uczestników, a także poznaniu ich problemów w pracy z klientem uzależnionym oraz znalezieniu płaszczyzn współpracy dla podjęcia komplementarnych działań. Uczestnicy zwracali uwagę na rosną-

cą liczbę osób poniżej 18 r.ż. używających środków psychoaktywnych wymagających specjalistycznych oddziaływań ambulatoryjnych i stacjonarnych. Wskazywano, że programy terapii osób dorosłych, uzależnionych od alkoholu są mało skuteczne w leczeniu uzależnionej młodzieży.

Elżbieta Rachowska, która w 2001 r. uruchomiła pododdział młodzieżowy w WOTU-iW w Toruniu, podkreślała, że oddziaływania terapeutyczne kierowane do tej grupy wiekowej w większym zakresie powinny opierać się na bezpośredniej aktywności młodzieży, a nie ograniczać się do behawioralno - poznawczego podejścia. W dyskusji zwracano uwagę, że środowisko terapeutyczne powinno umożliwiać pełny i naturalny rozwój młodego człowieka, a nie tylko oddziaływać na zmianę dysfunkcyjnych wzorów funkcjonowania wynikających z uzależnienia. Zwracano także uwagę na istniejące w obu sektorach leczenia stereotypy dotyczące modelu pracy z klientem i stosowanych oddziaływań. Podkreślano rolę ruchów samopomocowych w zdrowieniu osób uzależnionych, które mogłyby wspomagać proces zdrowienia osób uzależnionych od narkotyków tam, gdzie brak grup AN. Kolejnym obszarem, który może być platformą współpracy to leczenie ambulatoryjne. Specjalistycznych placówek tego typu, w szczególności dla osób uzależnionych od narkotyków, jest ciągle zbyt mało. Nawiązanie współpracy z poradniami leczenia uzależnienia od alkoholu mogłoby przyczynić się do budowania bogatszej i łatwiej dostępnej oferty ambulatoryjnej dla narkomanów. Ponadto zwracano uwagę na nurt działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych, który w systemie leczniczym dla osób uzależnionych od narkotyków ma w Polsce już swoją tradycję. Kwe-

stia powyższa w odniesieniu do konsumentów alkoholu nadal jest niedoceniana i pomijana.

Podsumowanie

Konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem. Z wypowiedzi uczestników wynikało, że osiągnięto cele konferencji, a jednym z postulatów było powtórzenie podobnego spotkania w niedalekiej przyszłości, co świadczy, że udało się stworzyć platformę do wymiany doświadczeń w zakresie terapii pacjentów uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz zachęcić do ściślejszej współpracy między obydwojema typami leczenia odwykowego.

Spotkanie zakończyło się sformułowaniem wniosków i postulatów zgłoszonych w trakcie prac warsztatowych. Najważniejsze z nich dotyczyły:

- Możliwości kontynuowania w przyszłości spotkań przedstawicieli leczenia dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków
- Zorganizowania na poziomie województw analogicznych konferencji, które umożliwiłyby nawiązanie bezpośrednich kontaktów i współpracy w tym zakresie
- Poszerzenia istniejącego systemu szkoleń o moduły dotyczące problematyki narkomanii
- Stworzenia bazy adresowej obejmującej wszystkie istniejące ośrodki leczenia uzależnień w Polsce
- Stworzenie atmosfery współpracy, która sprzyjałaby rozproszeniu lęków, wątpliwości i różnego rodzaju stereotypów w myśleniu ludzi pracujących zarówno z narkomanami jak i alkoholikami, a także wzajemne zainteresowanie metodami pracy stosowanymi przez obydwie strony.

(red.)

NARKOMANI W WIĘZIENIACH

W ostatniej dekadzie XX wieku w Polsce dwukrotnie zwiększyła się liczba osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Od 1997 r. gwałtownie wzrosła liczba narkomanów uzależnionych od najgroźniejszych narkotyków, w tym heroiny. W jednostkach penitencjarnych rośnie liczba osadzonych uzależnionych od środków odurzających oraz przypadki przenikania narkotyków przez mury więzień.

Na ten temat dyskutowano podczas międzynarodowej konferencji zorganizowanej w Popowie z udziałem przedstawicieli więziennictwa 10 krajów Europy Środkowowschodniej i kierowników 22 oddziałów terapeutycznych z polskich jednostek penitencjarnych. Przygotowanie spotkania było możliwe dzięki pomocy Fundacji Batorego, Agencji CNZ ds. Rozwoju (UNDP), Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i organizacji pozarządowych zajmujących się sprawami uzależnień - także w więzieniach.

Problem uzależnień od środków psychoaktywnych dotyka wszystkie państwa, niezależnie od poziomu ich rozwoju. Doniesienia przedstawione na konferencji stworzyły możliwość zapoznania się z zasięgiem problemu w zakładach karnych w krajach środkowowschodniej Europy. Czeskie ustawodawstwo przewiduje, że o konieczności leczenia uzależnionego skazanego decyduje sąd - w wyroku. W ośmiu więzieniach estońskich przebywa 4,3 tys. więźniów. W ciągu ostatnich dwóch lat blisko tysiąc z nich trafiło za kratki za przestępstwo popełnione pod wpływem narkotyków i alkoholu. W Rosji na milion więźniów 15 tys. zakażonych jest wiru-

sem HIV - 80 procent z nich to narkomani. Rosyjskie prawo przewiduje obowiązek testowania każdego więźnia w kierunku HIV. Podobnie zdecydował ustawodawca w Kazachstanie, w którym na 75 tys. osadzonych, 5 tys. objętych jest leczeniem alkoholizmu, a 2,5 tys. objętych terapią uzależnień od narkotyków. Przez Kirgizję prowadzą drogi narkobiznesu, dlatego w ostatnich latach kraj został dotknięty epidemią narkomanii. Na 15 tys. więźniów 15 procent uzależnionych od narkotyków zakwalifikowanych jest do leczenia przymusowego. Od czasu otwarcia granic Mongolii także tam biznes alkoholowy i narkotykowy staje się zjawiskiem o coraz szerszym zasięgu. Spożycie alkoholu ocenia się na 25 l, jakie przypada na jednego mieszkańca. W 15 zakładach penitencjarnych przebywa 6 tys. osadzonych. Tylko jeden z nich jest zakładem przymusowego leczenia alkoholików.

W Polsce szacuje się, że problem uzależnienia od narkotyków dotyka 30-60 tys. osób. Na kontynencie europejskim dostrzega się proces homogenizacji zjawiska i tendencję do ujednoczenia się populacji osób nadużywających narkotyków, wzorów używania i rodzaju substancji psychoaktywnych - stwierdził Janusz Sieroślawski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przewidująca penalizację posiadania narkotyków, spowodowała wzrost liczby osadzonych uzależnionych. W polskich zakładach karnych przebywa 613 narkomanów, z tego blisko 60 procent uzależnionych jest od opiatów, w tym heroiny. Niemal połowa więź-

niów przyznaje się do zażywania narkotyków w trakcie pobytu w jednostce penitencjarnej. Janusz Sierosławski stwierdził, że nie ma na świecie tak szczelnego więzienia, do którego nie przenikają narkotyki, a sami skazani twierdzą, że w więzieniu są one łatwiej dostępne niż alkohol.

Niemal wszyscy uzależnieni od alkoholu i narkotyków mają zaburzoną osobowość - potwierdził na podstawie badań prof. Mieczysław Radochoński z Uniwersytetu Rzeszowskiego. Obecność dodatkowych zaburzeń wpływa negatywnie na efektywność terapii. Dlatego należy postawić dokładną diagnozę przyczyn używania środków psychoaktywnych, aby myśleć o leczeniu uzależnienia.

W Polsce wykryto do tej pory ponad 7 tys. przypadków zakażenia wirusem HIV podała Grażyna Cholewińska, ordynator Szpitala Zakaźnego w Warszawie, konsultant więziennictwa ds. AIDS. Od

1998 r. więźniowie w Polsce muszą wyrazić zgodę na badanie w kierunku HIV. Pozytywny wynik badań stwierdzono u 418 więźniów przebywających obecnie w zakładach penitencjarnych. Większość z nich zaraziła się przed pobytem w więzieniu. Szacuje się jednak, że przez nasze jednostki przewija się rocznie 1200-1500 nosicieli.

Konferencja w Popowie została zaplanowana w ramach projektu przeciwdziałania narkomanii i epidemii HIV w więzieniach opracowanego przez Kajetana Dubiela, dyrektora Biura Społeczno-Penitencjarnego i Marka Zygadło, prezesa Krakowskiego Towarzystwa Pomocy Uzależnionym. Projekt realizowany jest przez dwa lata ze środków wyasygnowanych przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Redukcji Szkód.

*Na podstawie artykułu Jadwigi Cegielskiej
Forum Penitencjarne nr 5*

PROGRAM EDUKACYJNY DLA PERSONELU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ*

Nowy system opieki zdrowotnej kładzie duży nacisk na zagadnienia promocji zdrowia i profilaktyki z uwagi na fakt, że lekarze i pielęgniarki stanowią dla pacjentów wiarygodne źródło informacji na temat zachowań prozdrowotnych. Przeprowadzone kilka lat temu badania postaw lekarzy polskich dowiodły, że lekarze przykładają znaczną wagę do stosowania profilaktyki i promocji zdrowia w codziennej praktyce, a jednocześnie

nisko oceniają możliwość osiągnięcia sukcesów na tym polu, głównie ze względu na brak umiejętności praktycznych. Potwierdził to przeprowadzony w listopadzie i grudniu ubiegłego roku sondażowy program edukacyjny dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, który wskazał na duże zainteresowanie możliwościami wczesnego rozpoznawania i przeciwdziałania problemom związanym z używaniem środków odurzających. Wycho-

* Informacje o sesjach szkoleniowych w ramach tego programu znajdują się na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w dziale „Szkolenia”

dząc naprzeciw zapotrzebowaniu środowiska medycznego Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii wspólnie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego rozpoczęło w bieżącym roku cykl szkoleń dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej. Projekt obejmuje wspólne szkolenie lekarzy i pielęgniarek dla podkreślenia potrzeby współpracy obydwu grup zawodowych na tym polu. Na program szkolenia składają się cztery sesje, w których udział zostanie potwierdzony certyfikatem. Program ten adresowany jest głównie do placówek z terenu Warszawy i traktowany będzie jako pilotażowy przed wdrożeniem go w innych regionach kraju. Metoda wczesnej interwencji nastawiona jest na wyłanianie z populacji tych osób, które jeszcze nie są uzależnione, ale używają środków odurzających w sposób zwiększający ryzyko uzależnienia lub powstania szkód

zdrowotnych. Jak dowiodły liczne badania międzynarodowe ryzyko to można znacznie zmniejszyć przy pomocy tanich i nieskomplikowanych procedur. Naszym celem jest przybliżenie lekarzom i pielęgniarkom metody wczesnej interwencji oraz zachęcenie ich do stosowania w codziennej praktyce. Ważny element całego systemu stanowią testy przesiewowe, przy pomocy których można wstępnie ocenić ryzykowne i szkodliwe używanie substancji lub uzależnienie. Kolejnym etapem będzie wypracowanie płynnej współpracy pomiędzy POZ a placówkami specjalistycznymi tak, aby lekarze i pielęgniarki umieli odpowiednio kierować i motywować swoich pacjentów do podjęcia właściwej dla nich terapii.

Paweł Święcki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

RAPORT MIĘDZYNARODOWEJ RADY KONTROLI NARKOTYKÓW ZA ROK 2001

W lutym b.r. Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków (International Narcotic Control Board - INCB) opublikowała Raport za rok 2001. INCB funkcjonuje w strukturze ONZ, a jej głównym celem kontrola przestrzegania międzynarodowych konwencji regulujących kwestie narkotyków przez państwa - sygnatariuszy.

W raporcie odniesiono się do kilku ważnych zagadnień. Rozdział I poświęcony został nowym zagrożeniom związanym z przestępstwami narkotykowymi popełnianymi za pomocą elektronicznych mediów. Zwrócono uwagę, że „cyberprzestępstwa” są stosunkowo łatwe do popełnienia w wirtualnym świecie, w którym nie ma żadnych granic a prawdopodobieństwo wykrycia jest znacznie zminima-

lizowane. Podkreślono także, że ustawodawstwa wielu krajów stoją przed poważnym wyzwaniem opracowania narzędzi prawnych umożliwiających skuteczne ściganie tego typu przestępczości. Sformułowano także postulat podjęcia prac nad międzynarodową konwencją, która w sposób całościowy regulowałaby kwestie związane z przestępczością z użyciem elektronicznych mediów. W Internecie znaleźć można oferty dotyczące sprzedaży narkotyków, strony propagujące używanie środków odurzających czy też szczegółowe informacje na temat uprawy cannabis. Przestępstwa te znane są także Policji polskiej. Przeciwdziałanie im w najbliższych latach będzie wymagało znacznych nakładów finansowych oraz rozwoju środków technicznych. Zwró-

cono także uwagę na konieczność szerszego niż dotychczas wykorzystania Internetu dla propagowania stylu życia wolnego od narkotyku.

W części II raportu omówiono kwestię przestrzegania międzynarodowych konwencji, w szczególności w odniesieniu do cannabis, przez państwa - sygnatariuszy. Rada wyraziła opinię, że zniesienie w niektórych krajach sankcji prawnych za uprawę konopi indyjskich i ich posiadanie dla osobistego użytku znacznie osłabia możliwość redukcji popytu na środki odurzające do 2008 r. co stanowi cel programu Narodów Zjednoczonych. Ponadto w raporcie z niepokojem odnotowano zmiany wprowadzone w ustawodawstwach niektórych krajów idące w kierunku liberalizacji przepisów w szczególności w odniesieniu do przetworów konopi. Niektóre kraje wprowadziły bowiem dekryminalizację używania i uprawy cannabis na własny użytek (Portugalia, Hiszpania, Włochy, Luxemburg, Szwajcaria). W krajach tych przewiduje się za wyżej wymienione czyny wyłącznie możliwość zastosowania sankcji administracyjnych. Autorzy raportu pod-

kreślili rosnące rozbieżności pomiędzy deklarowaną polityką rządów poszczególnych krajów a implementacją międzynarodowych przepisów.

Część III poświęcona jest analizie sytuacji międzynarodowej w aspekcie trendów w obszarze popytu i podaży nielegalnych środków odurzających. Odrębny rozdział został poświęcony każdemu z kontynentów. Z zadowoleniem odnotowano fakt, że w niektórych rejonach, udało się ograniczyć w latach 1996 - 2000 areał nielegalnych upraw. Choć dane za rok 2001, w szczególności w Azji, wskazują na ponowny trend wzrostowy w tym zakresie. Równocześnie z niepokojem odnotowano fakt rosnącej podaży narkotyków syntetycznych oraz rozwijającej się kultury techno. Problem narkotyków syntetycznych jest dobrze znany w Polsce zarówno w obszarze rosnącej konsumpcji oraz ich produkcji. Polska jest jednym z głównych producentów amfetaminy na potrzeby rynku krajów Europy Zachodniej.

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

tel.: 641-15- 01, fax: 641-15-65

e-mail: bdsnark@medianet.pl

<http://www.medianet.pl/~bdsnark>

Pismo jest bezpłatne

Adres redakcji:

ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**

Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**

Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**

tel./fax (022) 616 12 58, 617 13 04

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

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

Jacek Morawski (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski (Instytut Psychatrii i Neurologii)

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

Włodzimierz Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)