



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 2 (21) 2003

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE POSTAWY I ZACHOWANIA

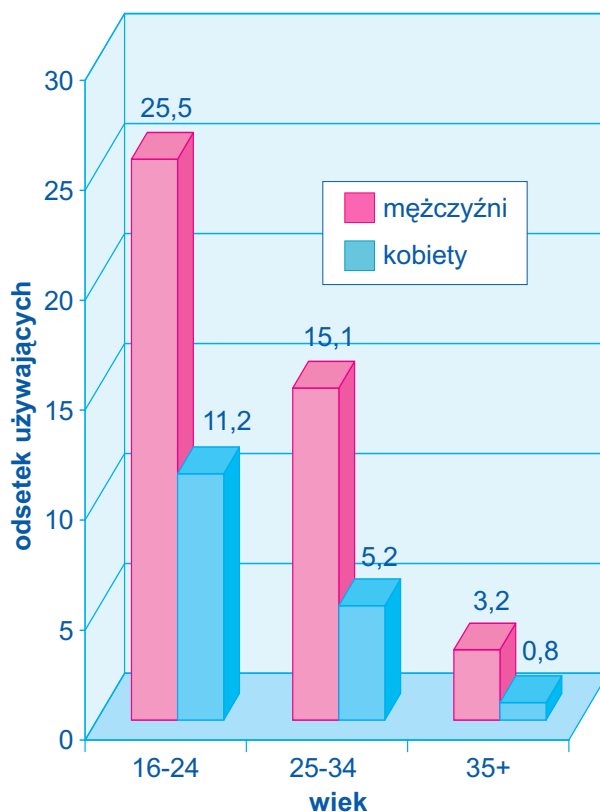
UŻYWANIE NARKOTYKÓW WŚRÓD DOROSŁYCH

Wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego 2002

WPROWADZENIE

Kwestia używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń wielokrotnie była w naszym kraju przedmiotem badań, zarówno lokalnych, jak ogólnopolskich. Badania ograniczały się jednak tylko do młodzieży, głównie szkolnej. Ostatnie takie badania na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej młodzieży szkół ponadpodstawowych zrealizowano w 1999 roku w ramach międzynarodowego projektu badań szkolnych (ESPAD). Ich wyniki pokazały znaczny zasięg eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi zarówno nielegalnymi, jak legalnymi. Już wcześniejsze ogólnopolskie badania podejmowane w latach dziewięćdziesiątych wskazały na znaczny wzrost rozpowszechnienia sięgania po te substancje. Brak badań wśród dorosłych wynikał z przeświadczenia o nikłym zainteresowaniu tymi środkami starszego pokolenia. Zarówno dane jakościowe, jak potoczna obserwacja życia społecznego jednoznacznie wskazywały na brak akceptacji narkotyków wśród dorosłej części społeczeństwa.

Używanie marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu według płci i wieku badanych



SPIS TREŚCI

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POSTAWY I ZACHOWANIA

Używanie narkotyków wśród dorosłych

Ogólnopolskie badanie ankietowe, 2002 r.

Janusz Sierosławski str: 1

UNIJNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA NARKOMANII

Konferencja na wysokim szczeblu „W kierunku skutecznej polityki przeciwdziałania narkomanii – dowody naukowe, codzienna praktyka i wybór polityki”; Ateny, 6-8 marca, 2003 r.

Piotr Jabłoński str: 21

Unijny plan działania oraz strategia przeciwdziałania narkomanii - dotychczasowe postępy oraz dalsze wyzwania w świetle oceny średnioterminowej

Ateny, 6-8 marca 2003 r. str: 25

Przegląd osiągnięć w ramach polityki przeciwdziałania narkomanii - propozycje dalszych działań

Ateny, 6-8 marca 2003 r.

Alison Jamieson str: 31

W jakim kierunku zmierza europejska polityka wobec narkotyków?

Uwagi na tle konferencji w Atenach

Krzysztof Krajewski str: 35

LECZENIE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW JAKO ELEMENT FRANCUSKIEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Bogusława Bukowska, Janusz Sierosławski str: 42

STAN PRZYGOTOWAŃ POLSKI DO CZŁONKOSTWA W UNII EUROPEJSKIEJ W OBSZARZE REAGOWANIA NA PROBLEM NARKOTYKÓW

Bruksela, 3-4 lutego 2003 r.

Janusz Sierosławski str: 48

OGŁOSZENIE

o rozstrzygnięciu 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. str: 51

Pytania o doświadczenia z narkotykami zadawane przy okazji ogólnopolskich badań nad wzorami picia napojów alkoholowych w 1984 roku i 1989 roku, potwierdzały brak takich doświadczeń. W kilkutysięcznych próbach znajdowało się najwyżej kilka osób, które próbowały narkotyków, zwykle przy okazji pobytu za granicą. Obecnie, na początku nowego tysiąclecia, można spodziewać się zmiany tego stanu rzeczy. Wskazać można co najmniej dwie przyczyny po temu: wchodzenie w wiek dorosły ludzi, których wiek dorastania przypadał na początek poprzedniej dekady oraz zmiany stosunku młodszej części dorosłych do niektórych narkotyków w miarę przenikania wpływów kultury zachodniej, szczególnie tej liberalnie nastawionej do „miękkich” narkotyków. Otwarta pozostaje kwestia atrakcyjności narkotyków dla ludzi starszych pokoleń. Wprawdzie nie należy spodziewać się rewolucyjnych zmian, ale nie można wykluczyć powolnej ewolucji.

W krajach Zachodniej Europy i Ameryki Północnej problem narkotyków dawno przestał być problemem tylko młodzieży. Badania ankietowe wśród dorosłych mieszkańców dużych europejskich metropolii pokazują na znaczny poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, głównie przetworów konopi. Także badania ogólnokrajowe identyfikują problem narkotyków, potwierdzając jego obecność także na terenach słabiej zurbanizowanych.

Młodzi ludzie, których proces dojrzewania przypadał na okres wzrastającej popularności narkotyków, zapewne myślą o nich inaczej niż starsza generacja. Niektórzy z nich mają własne doświadczenia wyniesione z tego okresu, inni obserwowali je u swoich kolegów. Narkotyki są dla nich czymś znacznie bardziej zwyczajnym, zjawisko obcości kulturowej narkotyków wydaje się zatem w ich przypadku być

znacznie mniej nasilone. Otwarte pozostaje pytanie, czy doświadczenia z narkotykami to coś, z czego się wyrasta, czy też istnieje tendencja do ich powtarzania również wtedy, gdy wejdzie się już w życie dorosłe?

Mass-media i liczni działacze alarmują, że obniża się granica wieku sięgania po substancje psychoaktywne. Nie wchodząc w to, na ile jest to trafna obserwacja, warto zadać również interesujące i ważne z perspektywy profilaktyki pytanie o to, czy nie jest tak, że ta granica jednocześnie się podnosi. Innymi słowy, czy prawdą jest, że po narkotyki zaczynają sięgać również dorośli, którzy w młodości nie mieli z nimi do czynienia. Jeśli byłoby tak w istocie, to nie wystarcza działaniami profilaktycznymi obejmować młodzież szkolną, ale trzeba by również przygotować ofertę dla dorosłych.

Ważna z praktycznego punktu widzenia jest kwestia stosunku dorosłych do narkomanii i narkomanów. System pomocy osobom uzależnionym, działania z zakresu ograniczania szkód (*harm reduction*), wreszcie zakres represji w walce z tym zjawiskiem muszą mieć oparcie w społecznej akceptacji. Istotną kwestią wydaje się też widoczność społeczna problemu narkomanii i jego usytuowanie w rankingu innych problemów społecznych. Wprawdzie narkomania należy do jednego z najbardziej nagłaśnianych problemów społecznych, to jednak jego zasięg nie jest tak duży, jak się powszechnie sądzi i nie dotyka bezpośrednio większości mieszkańców. Wiedza o tym, na ile problem ten angażuje uwagę opinii publicznej znaleźć może zastosowanie zarówno w edukacji publicznej jak i w planowaniu działań profilaktycznych i zaradczych.

Potrzeba znalezienia odpowiedzi na te wszystkie pytania legła u podstaw podjęcia badań ankietowych wśród dorosłych mieszkańców naszego kraju. Badania zostały zrealizowane

w lecie 2002 roku przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Cele badania są ściśle praktyczne, mają dostarczyć danych do budowy strategii zapobiegania narkomanii.

Przedmiotem tego artykułu jest jedynie kwestia używania narkotyków, rozumianych tu jako środki nielegalne plus substancje wziewne. Zaprezentowane zostaną zatem wyniki odnoszące się do rozpowszechniania używania narkotyków w skali kraju oraz w Warszawie. Dane zgromadzone w 2002 roku w Warszawie zostaną zestawione z danymi z analogicznego badania przeprowadzonego w stolicy w 1997 roku. Wyniki odnoszące się do pozostałych zagadnień objętych badaniem, publikowane będą w kolejnych numerach Serwisu.

METODA I MATERIAŁ BADAWCZY

Badania zostały przeprowadzone metodą wywiadów kwestionariuszowych realizowanych przez ankierów.

Kwestionariusz składał się z pytań zamkniętych. Przy jego konstruowaniu zadbano o porównywalność wyników z badaniami szkolnymi (ESPAD) w części dotyczącej postaw wobec narkotyków oraz doświadczeń z ich używaniem, a także z wcześniejszymi badaniami lokalnymi wśród dorosłych w części dotyczącej postaw wobec narkomanii. W kwestionariuszu zastosowano wskaźniki zgodne ze standardem wypracowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*).

Do pomiaru używania substancji nielegalnych zastosowano pytania zamknięte. Respondentom przedstawiono w ankiecie listę środków

z prośbą o zaznaczenie tych, których kiedykolwiek używali. Ponadto proszono ich o zaznaczenie środków, które przyjmowali w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem oraz ostatnich 30 dni przed badaniem. Potwierdzenie używania danego środka kiedykolwiek w życiu oznacza, że badany ma już za sobą pierwsze doświadczenia, nie przesądza natomiast kwestii aktualnego używania narkotyków. Za wskaźnik aktualnego używania przyjmuje się zwykle używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Używanie narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego, chyba że wiąże się z uzależnieniem. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy badani, którzy zadeklarowali kontakt z danym środkiem w czasie ostatnich 30 dni na pewno używają go co najmniej raz w miesiącu. Można jednak założyć, z dużym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są zbliżone do proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu proporcja używających w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem odpowiadałaby w bardzo dużym przybliżeniu proporcji używających co najmniej raz na miesiąc.

Badanie zostało zrealizowane w lecie (czerwiec – lipiec) 2002 roku na próbie losowej osób w wieku 16 lat i więcej. Część terenową badania przeprowadziła Sopotcka Pracownia Badań Społecznych. W instrukcji dla ankietatorów zwrócono szczególną uwagę na kwestie anonimowości badań oraz na konieczność nieujawniania respondentom własnego stosunku do używania substancji - niezależnie czy jest on

Tabela 1. Liczby ankiet zrealizowanych w poszczególnych województwach, miastach i w ramach próby ogólnopolskiej oraz liczebność ważonej próby ogólnopolskiej

Warszawa	671
Poznań	719
Wrocław	753
mazowieckie bez Warszawy	429
wielkopolskie bez Poznania	501
lubelskie	1043
reszta kraju	2224
RAZEM	6340
ważona próba ogólnopolska	3148

pozytywny, czy negatywny – ze względu na możliwość wypaczenia wyników.

Zastosowano trzystopniowy schemat doboru próby. Najpierw wylosowane zostały w losowaniu warstwowym gminy. Warstwy utworzone zostały wedle skrzyżowania dwóch kryteriów: województwa (16 warstw) oraz klasy wielkości miejscowości (4 warstwy). W efekcie otrzymano 60 warstw i w każdej z nich niezależnie i proporcjonalnie do jej wielkości losowano gminy. Operatorem losowania był tu zbiór wszystkich gmin. W drugim etapie losowania operatorem był rejestr PESEL. W wylosowanych gminach dokonano losowania adresów lokali, gdzie poszukiwano respondentów. W trzecim etapie losowania dobierano losowo jedną osobę, spośród mieszkających pod danym adresem. Ten etap losowania przeprowadzany był przez ankietera z zastosowaniem siatki Kisha. Pierwszym krokiem procedury było wpisanie w tabele siatki Kisha inicjałów wszystkich osób zamieszkałych pod

Tabela 2. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Marihuana lub haszysz	6,5	2,4	1,1
LSD	1,0	0,4	0,0
Amfetamina	1,7	0,6	0,2
Grzyby halucynogenne	0,7	0,2	0,0
Ecstasy	0,6	0,2	0,2
Crack	0,2	0,0	0,0
Kokaina	0,4	0,1	-
Astrolit	0,4	-	-
Heroina	0,2	-	-
Metadon	0,1	-	-
„Kompot”	0,1	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	0,3	0,1	0,0
Substancje wziewne	0,6	0,1	0,0
Inne	0,9	0,0	0,0

wylosowanym adresem, które ukończyły 16 lat. Spisywane osoby uporządkowane były w następujący sposób: najpierw wszyscy mężczyźni w kolejności od najstarszego, a następnie wszystkie kobiety począwszy od najstarszej. Siatka Kishy przyporządkowuje wszystkim osobom liczby losowe, przy których użyciu dokonywana jest selekcja jednej osoby, z którą przeprowadzany jest wywiad. W przypadku, gdy wylosowana osoba była niedostępna (wyjazd, choroba, odmowa udzielenia wywiadu, itp.) nie losowano następnej.

Badaniami objęto próbę ogólnopolską, 3 próby wojewódzkie oraz 3 próby miast (tabela 1).

Wyniki dla poszczególnych miast i województw są przedmiotem odrębnych opracowań. Ankiety z prób wojewódzkich i miejskich weszły do próby ogólnopolskiej z odpowiednimi wagami wyrównującymi dysproporcje wynikające z doreprezentowania jednostki terytorialnej, w której prowadzono badania. Wagami wyrównywano także dysproporcje w rozkładach podstawowych cech społeczno-demograficznych (płeć, wiek, województwo, miasto-wieś) wynikłe w trakcie realizacji badania.

Realizacja badań przebiegła bez zakłóceń. Ankieterzy w większości spotykali się z życzliwym przyjęciem przez respondentów, a tematyka

badania budziła żywe zainteresowanie. Wbrew obawom, pytania ankiety w większości przypadków nie były odbierane jako drażliwe, a odpowiedzi uznać można za szczere.

Używanie narkotyków w 2002 roku WYNIKI OGÓLNOPOLSKIE

Dane z rozkładami odpowiedzi na pytanie o używanie poszczególnych środków kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni zawarto w tabeli 2.

Na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się przetwory konopi indyjskich, czyli marihuana lub haszysz. Chociaż raz w życiu próbowało ich 6,5% badanych. Do aktualnych użytkowników zalicza się 2,4%, a do przyjmowania w ostatnich 30 dniach przyznało się 1,1%. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia lokuje się amfetamina – ok. 2% eksperymentujących, 0,6% użytkowników i 0,2% używających często. Trzecie miejsce należy do LSD - odpowiednio 1,0%, 0,4% i poniżej 0,05%. Pozostałe środki nie przekraczają granicy 1%, gdy chodzi o eksperymentowanie. Niektóre ze środków (metadon, heroina), pojawiają się tylko w doświadczeniach z całego życia, nie występują natomiast w ogóle w odpowiedziach na pytanie o ostatnie 12 miesięcy. Nie oznacza to oczywiście, że w Polsce nie ma w ogóle osób używających aktualnie tych środków, jest ich jednak na pewno tak niewiele, że nawet przy zastosowaniu bardzo dużej próby są oni nie do uchwycenia.

Jak pokazują dane z tabeli 3 rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależy od płci. W przypadku praktycznie

Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu według płci badanych

	Mężczyźni	Kobiety
Marihuana lub haszysz	10,0	3,4
LSD	1,4	0,6
Amfetamina	2,7	0,7
Grzyby halucynogenne	1,0	0,4
Ecstasy	1,0	0,2
Crack	0,3	0,0
Kokaina	0,6	0,2
Astrolit	0,1	0,0
Heroina	0,5	0,0
Metadon	0,3	0,0
„Kompot”	0,3	0,0
Sterydy anaboliczne	0,5	0,1
Substancje wziewne	1,0	0,2
Inne	1,5	0,4

wszystkich substancji mężczyźni częściej deklarują próby ich używania. Warto zauważyć, że o doświadczeniach ze sterydami anabolicznymi wspominają nie tylko mężczyźni.

Jeszcze silniejsze zróżnicowanie wprowadza wiek (tabela 4). W przypadku niemal wszystkich środków najwięcej doświadczeń zebrały osoby w wieku 16–24 lat. Nieco mniej trochę starsi, 25–34 lat. Odsetki osób po trzydziestym piątym roku życia, które używały kiedykolwiek poszczególnych substancji są już znikome. Wyjątkiem od tej reguły jest relatywnie najbardziej rozpowszechniony środek – tj. przetwory konopi. Wprawdzie jeśli patrzemy na osoby do trzydziestego roku życia to tu również

obserwujemy znajomą prawidłowość, jednak po trzydziestym piątym roku życia nadal utrzymuje się dość wysoki odsetek osób, które co najmniej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. Odsetek ten równomiernie spada wraz z wiekiem, osiągając poziom poniżej 1% wśród najstarszych. Warto również zauważyć, że w kategorii wieku 16–24 blisko jedna piąta respondentów ma za sobą doświadczenia z przetworami konopi. Innym odstępstwem od przytoczonej wcześniej reguły są substancje o najniższym, niemal śladowym, rozpowszechnieniu, takie jak substancje wziewne lub „kompot”, czyli opiaty domowego wyrobu produkowane ze słomy makowej. W ich przypadku rozpowszechnienie nie jest zróżnicowane ze względu na wiek.

Analizując dane z *tabeli 5*, możemy prześledzić wpływ wieku na eksperymentowanie z poszczególnymi substancjami osobno dla mężczyzn i kobiet. Ze względu na rosnącą liczbę kategorii, przy analizie płci i wieku jednocześnie wiek trzeba było zagregować do trzech kategorii. Wśród środków o relatywnie większym rozpowszechnieniu, tj. przetworów konopi, amfetaminy i LSD obserwujemy podobne tendencje u mężczyzn, co i u kobiet, z tą różnicą, że u kobiet wraz z wiekiem rozpowszechnienie spada szybciej niż u mężczyzn. W przypadku ekstazy znaczący odsetek notuje się tylko u mężczyzn do 24 roku życia. Pozostałe środki trudno jest analizować ze względu na znikome rozpowszechnienie.

Tabela 4. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg wieku badanych

	16-24	25-34	35-44	45-54	55+
Marihuana lub haszysz	18,6	10,3	3,4	1,7	0,8
LSD	3,5	1,3	0,4	0,0	0,1
Amfetamina	5,2	2,9	0,6	0,2	0,0
Grzyby halucynogenne	2,1	1,0	0,4	0,0	0,0
Ecstasy	2,2	0,6	0,2	-	0,0
Crack	0,4	0,2	0,2	-	0,0
Kokaina	1,3	0,3	0,3	-	0,1
Astrolit	0,0	0,2	0,2	-	0,0
Heroina	0,3	0,7	0,2	-	0,0
Metadon	0,2	0,2	0,4	-	0,0
„Kompot”	0,2	0,3	0,2	0,1	0,0
Sterydy anaboliczne	0,6	0,5	0,5	0,0	0,0
Substancje wziewne	1,5	0,6	0,7	0,2	0,1
Inne	1,5	0,9	1,3	0,7	0,3

Tabela 5. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg płci i wieku badanych

	Mężczyźni			Kobiety		
	16-24	25-34	35+	16-24	25-34	35+
Marihuana lub haszysz	25,5	15,1	3,2	11,2	5,2	0,8
LSD	4,3	2,0	0,2	2,6	0,6	0,1
Amfetamina	7,6	4,9	0,4	2,7	0,8	0,1
Grzyby halucynogenne	2,6	1,4	0,3	1,6	0,6	-
Ecstasy	3,9	0,8	0,2	0,5	0,3	-
Crack	0,6	0,4	0,1	0,2	-	-
Kokaina	1,6	0,5	0,3	0,9	-	-
Astrolit	-	0,4	0,1	0,1	-	-
Heroina	0,6	1,4	0,2	0,1	-	-
Metadon	0,3	0,4	0,3	0,1	-	-
„Kompot”	0,3	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0
Sterydy anaboliczne	1,1	0,9	0,2	0,1	-	0,2
Substancje wziewne	2,2	1,2	0,6	0,7	0,1	0,1
Inne	2,6	1,4	1,1	0,4	0,4	0,4

Dotychczas przyglądaliśmy się dokładniej używaniu poszczególnych środków kiedykolwiek w życiu. Zobaczmy teraz, jak kształtuje się rozpowszechnienie ich okazjonalnego używania, czego wskaźnikiem jest przyjęcie środka w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Z dalszych analiz zostaną wyłączone środki o najmniejszym rozpowszechnieniu (crack, metadon, „kompot”, sterydy anaboliczne). W tabeli 6 zestawiono w podziale na płeć odsetki osób używających pozostałych środków.

Podobnie jak w przypadku używania eksperymentalnego wyższe rozpowszechnienie obserwujemy wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

Największa, bo dziesięciokrotna różnica występuje przy amfetaminie. W przypadku przetworów konopi odsetek mężczyzn-użytkowników okazjonalnych jest niemal czterokrotnie wyższy niż analogiczny odsetek wśród kobiet.

Podobnie jak w przypadku używania kiedykolwiek w życiu, jeszcze większe zróżnicowanie wprowadza wiek badanych. Dane zawarte w tabeli 7 pokazują, że okazjonalne używanie narkotyków dotyczy praktycznie osób w wieku do 34 lat. W starszych kategoriach wiekowych zdarza się zupełnie wyjątkowo. Wśród osób po trzydziestym piątym roku życia, poza przetworami konopi, odsetki okazjonalnych użytkowników każdego z pozostałych środków

Tabela 6. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg płci badanych

	Mężczyźni	Kobiety
Marihuana lub haszysz	4,0	1,1
LSD	0,6	0,2
Amfetamina	1,1	0,1
Grzyby halucynogenne	0,3	0,1
Ecstasy	0,3	0,1
Crack	0,1	-
Kokaina	0,1	0,0
Sterydy anaboliczne	0,2	0,0
Substancje wziewne	0,1	0,0
Inne	-	0,0

nie przekraczają 0,2%. Przy każdym ze środków najwyższe odsetki obserwujemy w kategorii wieku 16–24 lat.

Łączna analiza płci i wieku używających okazjonalnie poszczególnych środków (tabela 8) wskazuje, że starszych użytkowników narkotyków spotykamy przede wszystkim wśród mężczyzn. Wśród kobiet po 24 roku życia pojawiają się jedynie, w bardzo niewielkim odsetku, przetwory konopi i amfetamina.

Dotychczasowa analiza pokazała nam rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji. Teraz wprowadźmy ogólny wskaźnik okazjonalnego używania jakiejkolwiek substancji nielegalnej. Do tak określonej grupy użytkowników zaliczać będziemy osoby, które w czasie ostatnich 12 miesięcy przyjęły, chociaż raz, jakąkolwiek nielegalną substancję psychoaktywną. Takich osób było w próbie 2,6%. Nie trudno zauważyć, że odsetek ten jest niewiele większy niż odsetek

Tabela 7. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg wieku badanych

	16-24	25-34	35-44	45-54	55+
Marihuana lub haszysz	9,2	2,9	0,4	0,3	0,2
LSD	1,6	0,3	-	-	-
Amfetamina	2,1	1,0	-	-	-
Grzyby halucynogenne	1,0	0,2	-	-	-
Ecstasy	0,9	0,1	-	-	-
Crack	0,2	-	-	-	-
Kokaina	0,4	-	-	-	-
Sterydy anaboliczne	0,4	0,3	-	0,0	-
Substancje wziewne	0,1	-	0,2	-	-
Inne	0,0	0,0	-	-	-

Tabela 8. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg płci i wieku badanych

	Mężczyźni			Kobiety		
	16-24	25-34	35+	16-24	25-34	35+
Marihuana lub haszysz	13,2	5,4	0,4	5,0	0,5	0,1
LSD	2,2	0,6	-	1,0	0,0	-
Amfetamina	3,8	1,8	-	0,3	0,3	-
Grzyby halucynogenne	1,2	0,4	-	0,7	-	-
Ecstasy	1,4	0,2	-	0,4	-	-
Crack	0,5	-	-	-	-	-
Kokaina	0,7	-	-	0,2	-	-
Sterydy anaboliczne	0,7	0,5	-	-	-	0,0
Substancje wziewne	0,2	-	0,1	0,1	-	-
Inne	-	-	-	0,1	0,1	-

okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu. Tylko 0,2% badanych należało do grupy osób, które w czasie ostatnich 12 miesięcy nie używały przetworów konopi, a używały innych nielegalnych środków.

W tabeli 9 znajdujemy dane dotyczące rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków w różnych grupach wyróżnionych ze względu na cechy społeczno-demograficzne.

Jak przekonują dane z tabeli, okazjonalne używanie substancji nielegalnych jest bardzo silnie zróżnicowane ze względu na cechy społeczno-demograficzne badanych.

Mężczyźni w niemal czterokrotnie większym odsetku niż kobiety zaliczają się do grona okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Rozpowszechnienie okazjonalnego używania wiąże się z wiekiem. Z najwyższym rozpowszechnieniem mamy do czynienia przed 25 rokiem życia. Między 25 a 34 rokiem życia

odsetek używających jest niemal trzykrotnie mniejszy. Po trzydziestym czwartym roku życia okazjonalnych użytkowników spotyka się już tylko sporadycznie. Badana cecha zależy też od stanu cywilnego badanych. Osoby używające narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy spotykamy przede wszystkim wśród kawalerów i panien.

Istotnym statystycznie czynnikiem okazjonalnego używania narkotyków jest też wielkość miejscowości zamieszkania respondentów. Wyraźnie wyższe rozpowszechnienie spotykamy w miastach liczących powyżej 200 tys. mieszkańców. W mniejszych miastach i na wsi rozpowszechnienie jest słabo zróżnicowane i ponad trzykrotnie niższe niż w dużych miastach.

Wykształcenie badanych wprowadza istotne statystycznie zróżnicowanie. Okazjonalnych użytkowników narkotyków znajdujemy w najwyższym odsetku wśród osób z wykształceniem średnim.

*Tabela 9. Używanie substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy
wg cech społeczno-demograficznych*

Ogółem	2,6	Dla pracujących - stanowisko	
Płeć *		Szeregowie	1,8
Mężczyzna	4,2	Kierownicze	1,5
Kobieta	1,1	Samodzielne	3,0
Wiek *		Przynależność społeczno-zawodowa *	
16-24	9,6	rolnik	0,5
25-34	3,4	pracownik fizyczny niewykwalifikowany	2,6
35-44	0,4	pracownik fizyczny wykwalifikowany	2,2
45-50	0,4	pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	2,8
55 i więcej	0,2	pracownik umysłowy z wyższym wykształcenia	3,6
Stan cywilny *		przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec	4,2
Kawaler/panna	6,9	pozostali	5,5
Żonaty/zamężna	0,7	Posiadanie dzieci *	
Rozwiedziony/rozwódka	1,9	posiadający dziecko	0,5
Wdowiec/wdowa	0,3	bezdietni	5,9
Wielkość miejscowości zamieszkania*		Miejsce wychowania, w mieście czy na wsi *	
wieś	1,6	na wsi	1,1
miasto do 50 tys. mieszkańców	1,8	w mieście	4,2
miasto pow. 50 tys. do 200 tys.	1,0	Dochody na osobę w rodzinie *	
miasto pow. 200 tys. mieszkańców	4,9	do 499 zł	1,4
Wykształcenie *		500–999 zł	1,5
Podstawowe lub niższe	2,4	1000–1499 zł	1,6
Zasadnicze zawodowe	1,0	1500 zł i więcej	5,2
Średnie	3,9	Ocena sytuacji materialnej *	
Wyższe	2,6	dochody nie są wystarczające	1,0
Status zawodowy *		dochody są wystarczające	2,5
Praca zawodowa	2,2	dochody są więcej niż wystarczające	5,6
Rencista, emeryt	0,2		
Uczeń, student	10,4		
Gospodyni domowa	0,4		
Bezrobotny	2,7		

* różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

W podziale według statusu zawodowego warto zwrócić uwagę na jedną kategorię o zdecydowanie najwyższym rozpowszechnieniu, tj. uczniów i studentów. Wśród pracujących, okazjonalnych użytkowników spotykamy z podobną częstotliwością na stanowiskach kierowniczych, szeregowych i samodzielnych (różnice nie są istotne statystycznie).

Okazjonalne używanie narkotyków wiąże się w istotny sposób z przynależnością społeczno-zawodową. Najwyższe rozpowszechnienie obserwujemy wśród osób z rodzin przedsiębiorców oraz kategorii niemieszczańskich w klasyfikacji. Nieco niższe rozpowszechnienie notujemy wśród osób z rodzin pracowników umysłowych z wyższym wykształceniem. Najniższym odsetkiem okazjonalnych użytkowników odznaczają się badani z rodzin rolników.

Bardzo silne różnice wprowadza też fakt posiadania dzieci. Osoby bezdziejne prawie dwunastokrotnie częściej niż posiadające dzieci zaliczają się do grona użytkowników narkotyków.

Miejsce wychowania różnicuje badanych – wśród tych, którzy wychowywali się w mieście, spotykamy niemal czterokrotnie więcej osób używających narkotyków, jak wśród tych, którzy wychowywali się na wsi.

Spośród dwóch wskaźników sytuacji materialnej, oba w podobny sposób wiążą się statystycznie z okazjonalnym używaniem narkotyków. W miarę wzrostu poziomu dochodów rośnie odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Pewnym uzupełnieniem powyższych analiz są dane zawarte w tabeli 10, które pokazują zależność okazjonalnego używania narkotyków od dwóch zmiennych z zakresu postaw, tj. stosunku do religii i aktywności obywatelskiej

mierzonej udziałem w wyborach parlamentarnych oraz zmiennej charakteryzującej poziom niepewności socjalnej mierzonej obawą przed utratą pracy.

Zarówno stosunek do religii jak i aktywność obywatelska okazały się różnicować wskaźnik okazjonalnego brania narkotyków. Wśród osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków jest niemal ośmiokrotnie niższy niż wśród pozostałych badanych. Osoby o wyższym poziomie aktywności obywatelskiej mierzonej udziałem w wyborach parlamentarnych odznaczają się niższym udziałem okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Tabela 10. Używanie substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg stosunku do religii, obawy przed utratą pracy i udziału w ostatnich wyborach parlamentarnych

Stosunek do religii *	
Wierzący i praktykujący	0,9
Pozostali	7,0
Obawa przed utratą pracy *	
zdecydowanie tak	2,5
raczej tak	3,9
raczej nie	4,2
zdecydowanie nie	2,4
rodzina bez pracy	1,0
Udział w ostatnich wyborach parlamentarnych *	
tak	2,1
nie	3,6

Tabela 11. Używanie substancji psychoaktywnych w Warszawie kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Marihuana lub haszysz	15,9	6,3	3,8
LSD	3,2	0,6	0,2
Amfetamina	4,0	1,3	0,7
Grzyby halucynogenne	2,2	0,9	0,1
Ecstasy	2,0	1,1	1,0
Crack	0,6	0,4	0,2
Kokaina	1,7	0,6	-
Astrolit	-	-	-
Heroina	0,4	-	-
Metadon	0,2	-	-
„Kompot”	0,1	-	-
Sterydy anaboliczne	0,7	0,2	0,1
Substancje wziewne	0,8	0,3	-
Inne	1,0	0,1	0,1

Rozpowszechnienie okazjonalnego używania narkotyków okazało się także zależne od poziomu niepewności socjalnej. Odsetki osób używających narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem są wyższe w grupach osób, które raczej obawiając się utraty pracy lub raczej są pewne stałości zatrudnienia. W grupach o skryzalizowanych oczekiwaniach, a więc tych, które zdecydowanie obawiają się utraty pracy, albo są zdecydowanie pewni stałości zatrudnienia, rozpowszechnienie okazjonalnego używania narkotyków jest niższe. Najniższym odsetkiem używających narkotyków odznaczają się osoby z rodzin pozostających bez

pracy. Trzeba dodać, że rodziny bez pracy to nie tylko rodziny bezrobotnych, ale także rodziny emerytów i rencistów.

Używanie narkotyków w 2002 roku WYNIKI W WARSZAWIE

Poddanie badaniu osobnej próby mieszkańców Warszawy umożliwia ocenę rozpowszechnienia używania substancji w stolicy na tle kraju. Narkotyki to problem przede wszystkim wielkich miast. Można zatem spodziewać się, że w Warszawie będzie on znacznie bardziej rozpowszechniony. Dowodzą tego dane zawarte w tabeli 11.

Odsetki badanych, którzy używali poszczególnych substancji kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni są znacznie wyższe w Warszawie niż średnio w kraju, natomiast ranking popularności poszczególnych środków jest podobny. Najbardziej rozpowszechnione są doświadczenia z marihuaną lub haszyszem. Doświadczenia z używaniem tych substancji ma 15,9% mieszkańców Warszawy, a w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem używało ich 6,3%. Wskaźnik częstego używania lokuje się na poziomie 3,8%. Warto zauważyć, że odsetek aktualnych użytkowników przetworów konopi w Warszawie jest zbliżony do wskaźnika eksperymentowania na po-

ziomie kraju. Z jeszcze większymi różnicami mamy do czynienia w przypadku amfetaminy, LSD, czy ecstasy. Rozpowszechnienie używania niektórych innych substancji jest także w Warszawie większe niż średnio w kraju, ale różnice są znacznie mniejsze. Wynika to z ogólnie bardzo niskiego rozpowszechnienia używania tych substancji.

Podobnie jak na poziomie kraju, silne zróżnicowanie doświadczeń z substancjami związane jest z wiekiem. Dane na ten temat zawiera tabela 12.

Silne zróżnicowanie doświadczeń z substancjami ze względu na wiek powoduje, że w niektórych grupach wiekowych rozpowszechnienie jest bardzo wysokie. Na przykład przetwory

Tabela 12. Używanie substancji psychoaktywnych w Warszawie kiedykolwiek w życiu według wieku badanych

	16-24	25-34	35-44	45-54	55+
Marihuana lub haszysz	47,9	28,4	17,9	4,9	-
LSD	14,5	3,3	2,0	-	-
Amfetamina	17,7	5,6	2,0	-	-
Grzyby halucynogenne	9,7	2,2	2,0	-	-
Ecstasy	9,7	1,7	1,0	-	-
Crack	3,7	-	-	-	-
Kokaina	8,9	0,6	-	-	0,6
Astrolit	-	-	-	-	-
Heroina	2,3	-	-	-	-
Metadon	1,5	-	-	-	-
„Kompot”	0,8	-	-	-	-
Sterydy anaboliczne	3,1	-	1,0	-	-
Substancje wziewne	2,3	0,6	2,0	-	-
Inne	-	3,4	3,2	-	-

konopi używane były chociaż raz w życiu przez blisko połowę mieszkańców Warszawy w wieku 16–24 lata. Także rozpowszechnienie eksperymentowania z takimi substancjami jak amfetamina i LSD jest w tej grupie wysokie i oscyluje wokół 15%. Blisko 10% warszawiaków w wieku 16–24 lat miało do czynienia z grzybami halucynogennymi, ecstasą lub kokainą. Odsetki w starszych grupach wiekowych są znacznie niższe, chociaż wśród osób w wieku 25–35 jeszcze znaczące. Warto zauważyć, że nawet w grupie wiekowej 35–44 lat doświadczenia z przetworami konopi stały się udziałem blisko 18% osób, a doświadczenia z takimi substancjami jak grzyby halucynogenne, amfetamina, LSD, czy ecstasa miało 1–2%.

Podobnie zróżnicowane jest używanie poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy (tabela 13). Aktualne używanie poszczególnych substancji w zasadzie koncentruje się w najmłodszej grupie wiekowej (16–24 lata).

Tylko używanie przetworów konopi w starszych grupach wiekowych lokuje się na poziomie 1–2%. Pozostałe środki w zasadzie nie pojawiają się w starszych grupach wiekowych. Trzeba zauważyć, że próba warszawska była znacznie mniejsze niż próba ogólnopolska, stąd nie udało się uchwycić w badaniu nawet pojedynczych przypadków.

Zmiany w używaniu narkotyków między 1997 i 2002 rokiem (wyniki w Warszawie)

Jak już wspomniano, badanie ogólnopolskie z 2002 roku było pierwszym przeprowadzonym w naszym kraju na reprezentatywnej próbie obejmującej także dorosłych mieszkańców. Nie możemy zatem na jego podstawie nic powiedzieć na temat dynamiki rozpowszechnienia używania narkotyków. Możemy natomiast prześledzić zmiany, jakie zaszły w czasie ostatnich czterech

Tabela 13. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem według wieku badanych

	16-24	25-34	35-44	45-54	55+
Marihuana lub haszysz	27,5	10,1	2,0	1,0	-
LSD	3,7	-	-	-	-
Amfetamina	7,6	0,6	-	-	-
Grzyby halucynogenne	5,4	0,6	-	-	-
Ecstasy	5,9	1,1	-	-	-
Crack	2,3	-	-	-	-
Kokaina	3,7	-	-	-	-
Sterydy anaboliczne	1,5	-	-	-	-
Substancje wziewne	0,8	-	1,0	-	-
Inne	-	0,6	-	-	-

lat w Warszawie, bowiem w stolicy podobne badanie zostało zrealizowane w 1997 roku. Wyniki obu badań mogą być porównywane, bowiem zastosowano w nich takie same procedury badawcze, tj. narzędzia badawcze i sposób doboru próby. Jedyna znacząca różnica między tymi badaniami sprowadza się do odmiennego zdefiniowania populacji objętych badaniem. W 1997 roku były to tylko osoby w wieku 18–50 lat, a w 2002 roku osoby w wieku 16 lat i więcej. Dlatego porównania wyników muszą się ograniczyć tylko do grupy w wieku 18–50 lat.

W tabeli 14 zestawiono wyniki badania z 1997 i 2002 roku odnoszące się do używania poszczególnych substancji kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie

ostatnich 30 dni przed badaniem. Jak wynika z danych zebranych w tabeli, wszystkie wskaźniki używania przetworów konopi wykazują przynajmniej niewielki trend wzrostowy. W istotny sposób wzrosły odsetki używających tej substancji chociaż raz w życiu. Wzrost pozostałych wskaźników jest tak niewielki, że właściwie można mówić o stabilizacji. Odsetki używających amfetaminy i LSD nieznacznie spadły. Rozpowszechnienie pozostałych środków utrzymuje się na podobnym poziomie. O rozmiarach i dynamice problemu narkotyków tak naprawdę decyduje to, co dzieje się z marihuaną, bowiem jest to zdecydowanie najbardziej rozpowszechniony środek.

Tabela 14. Używanie substancji psychoaktywnych wśród badanych w wieku 18-50 lat w Warszawie kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem

	Kiedykolwiek w życiu		W czasie ostatnich 12 miesięcy		W czasie ostatnich 30 dni	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Marihuana lub haszysz	19,5	25,1	8,9	10,1	5,8	6,2
LSD	6,0	5,1	2,7	1,0	0,5	0,4
Amfetamina	7,7	6,4	3,5	2,1	1,7	1,2
Crack	0,3	1,0	0,1	0,6	-	0,4
Kokaina	2,2	2,4	1,6	1,0	0,8	-
Astrolit	-	-	-	-	-	-
Heroina	1,3	0,6	1,1	-	0,1	-
Ecstasy	3,6	3,2	2,3	1,8	1,1	1,6
Metadon	0,1	0,4	-	-	-	-
„Kompot”	0,5	0,2	-	-	-	-
Sterydy anaboliczne	1,7	1,1	0,7	0,4	0,2	0,2
Inny	1,5	1,6	0,6	0,1	0,2	0,1

Nieznaczny wzrost rozpowszechnienia używania marihuany w powiązaniu ze spadkiem popularności amfetaminy i LSD składa się w sumie na podobne w obu badaniach rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych, traktując je jako pewną całość.

Jak przekonują dane z *tabeli 15*, zarówno w 1997 jak i w 2002 roku niemal identyczne odsetki badanych (ok. 10%) używało jakiegokolwiek substancji nielegalnej w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Dane z *tabeli 15* pokazują także zróżnicowania rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków ze względu na cechy społeczno-demograficzne w Warszawie w 1997 i 2002 roku.

Dane z tabeli przekonują, że mężczyźni w 1997 roku w blisko trzykrotnie wyższej proporcji niż kobiety zaliczali się do grona okazjonalnych użytkowników narkotyków. W 2002 roku zróżnicowanie ze względu na płeć okazało się nieznacznie wyższe. Stało się tak, bowiem odsetek używających narkotyków wśród mężczyzn trochę wzrósł, zaś wśród kobiet nie uległ zmianie.

Rozpowszechnienie okazjonalnego używania wiąże się z wiekiem. Zarówno w 1997, jak i w 2002 roku z najwyższym rozpowszechnieniem mamy do czynienia przed 25 rokiem życia. Między 25 a 34 rokiem życia odsetek używających jest znacznie mniejszy. Po trzydziestym czwartym roku życia okazjonalnych użytkowników spotyka się już tylko sporadycznie. W okresie 1997–2002 niewielki wzrost nastąpił w starszych grupach wiekowych, tj. po 25 roku życia, a w grupie młodszych nastąpił lekki spadek.

Stan cywilny zarówno w 1997, jak i w 2002 roku w podobny sposób różnicował badanych. Okazjonalni użytkownicy narkotyków koncentrowali się wśród kawalerów i panien. W tej grupie między 1997 i 2002 rokiem nastąpił lekki spadek rozpowszechnienia, natomiast z nieznacznym

wzrostem mamy do czynienia w pozostałych grupach.

Dynamika zróżnicowania wprowadzonego przez wykształcenie jest mało klarowna, chociaż różnice są istotne statystycznie. W 1997 roku osoby używające narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem pojawiały się najczęściej w kategorii wykształcenia zasadniczego zawodowego, a najrzadziej wśród osób z wyższym wykształceniem. W 2002 roku z najwyższymi odsetkami mamy do czynienia w grupie osób z wykształceniem podstawowym lub niższym, a następnie wśród osób z wykształceniem średnim. Najniższe rozpowszechnienie występuje wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym.

W podziale według statusu zawodowego warto zwrócić uwagę na jedną kategorię o najwyższym rozpowszechnieniu, tj. uczniów i studentów. W 2002 roku odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków w tej grupie trochę spadł. Lekki spadek odnotować też trzeba wśród bezrobotnych. Ze wzrostem mamy do czynienia w grupie pracujących oraz wśród kobiet niepracujących zawodowo, zajmujących się domem.

W 1997 roku wśród pracujących na stanowiskach kierowniczych praktycznie nie spotykaliśmy okazjonalnych użytkowników narkotyków. Pojawiali się oni z podobną częstotliwością wśród osób pracujących na stanowiskach szeregowych i samodzielnych. Różnice te jednak nie były istotne statystycznie, bowiem analiza ogranicza się tu do grupy zatrudnionych, która jest zbyt mała, by mogły się ujawnić niewielkie różnice. W 2002 roku stanowisko także nie różnicowało w sposób istotny statystycznie badanych pod względem używania narkotyków.

Przynależność do grupy społeczno-zawodowej określana na podstawie zawodu respondenta, a w przypadku nie pracujących – zawodu głowy

Tabela 15. Używanie substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy według cech społeczno-demograficznych

	1997	2002
Ogółem	10,0	10,3
Płeć		
Mężczyzna	14,8*	16,1*
Kobieta	5,3	5,0
Wiek		
18-24	28,2*	28,0*
25-34	8,8	10,6
35-44	0,7	2,0
45-50	0,6	1,4
Stan cywilny		
Kawaler/panna	24,9*	23,2*
Żonaty/zamężna	1,4	2,6
Wdowiec/wdowa, rozwódziona/rozwódka	2,3	5,8
Wykształcenie		
Podstawowe lub niższe	10,1*	24,9*
Zasadnicze zawodowe	14,2	4,7
Średnie	11,5	10,5
Wyższe	3,1	7,1
Status zawodowy		
Praca zawodowa	5,4*	7,4*
Rencista, emeryt	2,2	-
Uczeń, student	25,6	22,3
Gospodyni domowa	-	2,9
Bezrobotny	21,6	18,1

	1997	2002
Dla pracujących - stanowisko		
Szeregowie	7,2	8,0
Kierownicze	-	5,8
Samodzielne	6,8	7,5
Przynależność społeczno-zawodowa		
pracownik fizyczny niewykwalifikowany	8,0	5,5
pracownik fizyczny wykwalifikowany	9,9	10,1
pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	11,6	11,9
pracownik umysłowy z wyższym wykształcenia	8,1	10,0
przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec, itp.	5,8	6,8
Inne	13,3	15,9
Posiadanie dzieci		
Tak	2,3*	2,9*
Nie	21,8	18,9
Miejsce wychowania, w mieście czy na wsi		
W mieście	11,3*	11,2
Na wsi	2,9	5,4

* różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

rodziny, nie różnicowała badanych pod względem rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków ani w 1997 roku, ani w 2002.

Istotne różnice wprowadza natomiast fakt posiadania dzieci. Z czasem ulegają one jednak zmianom. W 1997 roku osoby bezdzietne dziewięć i pół raza częściej niż posiadające dzieci zaliczały się do grona użytkowników narkotyków, w 2002 r. już tylko sześć i pół raza częściej.

Podobnie dzieje się z miejscem wychowania. Wśród tych, którzy wychowywali się w mieście, spotykamy znacznie mniej osób używających narkotyków, niż wśród tych, którzy wychowywali się na wsi. Różnica ta zmniejszyła się w czasie ostatnich pięciu lat. W 1997 roku była ona jeszcze istotna statystycznie, w 2002 – już nie.

Pewnym uzupełnieniem powyższych analiz są dane zawarte w tabeli 16, które pokazują zależność okazjonalnego używania narkotyków od dwóch zmiennych z zakresu postaw, tj. stosunku do religii i aktywności obywatelskiej mierzonej udziałem w wyborach parlamentarnych.

Tabela 16. Używanie substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg stosunku do religii i udziału w ostatnich wyborach parlamentarnych

	1997	2002
Stosunek do religii		
Wierzący i praktykujący	3,4*	3,7*
Pozostali	15,3	15,1
Udział w ostatnich wyborach parlamentarnych		
Tak	8,6*	7,7*
Nie	11,9	15,3

* różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$

Zarówno stosunek do religii, jak i aktywność obywatelska okazały się różnicować wskaźnik okazjonalnego brania narkotyków zarówno w 1997 jak w 2002 roku. Wśród osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków był w obu badaniach czterokrotnie niższy niż wśród pozostałych badanych. Nie nastąpiły tu żadne zmiany.

Osoby o wyższym poziomie aktywności obywatelskiej mierzonej udziałem w wyborach parlamentarnych odznaczają się niższym udziałem wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków. W 2002 roku w stosunku do 1997 udział okazjonalnych użytkowników narkotyków nieznacznie spadł wśród osób o wyższym poziomie aktywności obywatelskiej i wzrósł wśród osób o niższym poziomie aktywności obywatelskiej.

PODSUMOWANIE

Badanie ankietowe zrealizowane w 2002 roku na próbie losowej mieszkańców Polski w wieku 16 lat i powyżej wykazało, że:

1. Narkotyki wkroczyły w świat dorosłych w sposób widoczny już na poziomie całego kraju.
2. Spośród substancji nielegalnych przetwory konopi są relatywnie najpowszechniej używane, zarówno na poziomie eksperymentowania, jak i używania okazjonalnego.
3. Wśród środków używanych przez mieszkańców kraju względnie często pojawiają się też amfetamina i LSD – pozostałe środki są znacznie mniej popularne.
4. Używanie poszczególnych substancji nielegalnych występuje najczęściej w kategorii wiekowej 16–24 lat. Zdarza się bardzo rzadko po dwudziestym czwartym roku życia, niemal nie występuje wśród osób w wieku 35 lat i więcej.

5. Używanie substancji nielegalnych jest powszechniejsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet.
6. Ponadto okazjonalnemu używaniu narkotyków sprzyjają w sensie statystycznym takie cechy, jak stan cywilny (kawaler, panna), bezdzietność, zamieszkiwanie w dużym mieście (powyżej 200 tys. mieszkańców), średnie wykształcenie, status ucznia lub studenta, wysokie dochody w rodzinie (co najmniej 1500 zł na osobę) oraz niezaangażowanie religijne.

Analagiczne badanie przeprowadzone w 2002 roku w Warszawie pokazało:

1. Wielokrotnie wyższe rozpowszechnienie zarówno eksperymentowania z narkotykami, jak ich okazjonalnego używania w stolicy niż średnio w kraju.
2. Podobne zróżnicowanie używania narkotyków wprowadzane przez wiek i płeć badanych, przy czym odsetki użytkowników w kategorii wiekowej 25–34 lata są dość wysokie.
3. Porównanie wyników w Warszawie uzyskanych w 2002 roku z wynikami z 1997 wskazuje w zasadzie na stabilizację rozpowszechnienia problemu okazjonalnego używania narkotyków. Ponadto zaobserwować można nieznaczny wzrost rozpowszechniania problemu w starszych grupach wiekowych.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wyniki badania dowodzą, że problem narkotyków przestaje być w Polsce problemem tylko nastolatków. Sformułowana we wprowadzeniu hipoteza, że po narkotyki sięgają również dorośli znalazła potwierdzenie w uzyskanych wynikach. Zjawisko używania narkotyków nie

ogranicza się też tylko do młodych dorosłych pobierających naukę w szkołach lub na uczelni. Dotyczy ono, jak się wydaje, szerszych kręgów młodych dorosłych. Chociaż okazjonalne używanie narkotyków jest najbardziej rozpowszechnione w młodszych kategoriach wiekowych (do 24 roku życia), to widoczne jest również wśród nieco starszych (25–34 lat). Jest tak szczególnie w Warszawie, i jak można przypuszczać, w innych wielkich miastach, gdzie problem ten jest znacznie bardziej rozpowszechniony niż średnio w kraju. Wydaje się zatem, że nadszedł czas na objęcie działaniami profilaktycznymi nie tylko młodzieży w wieku szkolnym, ale także przynajmniej młodych dorosłych.

Stabilizacja rozpowszechnienia używania narkotyków w Warszawie, jaką odnotowano w czasie ostatnich czterech lat zdaje się świadczyć o zjawisku pewnego nasycenia „nowością”, jaką są narkotyki. Trudno orzec, czy stabilizacja obserwowana w Warszawie między 1997 a 2002 rokiem odzwierciedla dynamikę problemu na poziomie kraju. Można przypuszczać, że w skali ogólnopolskiej mamy do czynienia ze wzrostem, który następuje z pewnym opóźnieniem. Problem narkotyków jest stosunkowo nowy, rozwija się na zasadzie dyfuzji wzoru kulturowego z zachodu Europy. Wielkie miasta, a szczególnie stolica, zdają się bardziej podatne na taki proces. Dlatego też pewnie tu należałoby skoncentrować działania profilaktyczne adresowane do osób sięgających już po narkotyki. Na poziomie całego kraju warto zaś pomyśleć o ofercie z zakresu wczesnej profilaktyki skierowanej do dorosłych.

Janusz Sierosławski

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

UNIJNA STRATEGIA ZAPOBIEGANIA NARKOMANII

Konferencja na wysokim szczeblu

„W kierunku skutecznej polityki przeciwdziałania narkomanii – dowody naukowe, codzienna praktyka i wybór polityki”

Ateny, 6–8 marca 2003

Celem konferencji w Atenach, zorganizowanej pod auspicjami greckiej Prezydencji Unii Europejskiej było dokonanie przeglądu obecnego stanu podejść wobec narkotyków i narkomanii obowiązujących w różnych państwach, instytucjach i organizacjach europejskich oraz wykreowanie forum, które służyłoby dyskusji nad obecnymi i przyszłymi modelami rozwiązań. Już sam tytuł spotkania *Towards an effective policy on drugs: Scientific evidence, day-to-day practice and policy choices* zawierał postulat podejmowania efektywnych działań, w których równą wagę i miarę przykładą się do naukowej teorii, praktyki codziennej i wyborów politycznych.

Organizatorzy, pragnąc stworzyć warunki do spontanicznej i otwartej dyskusji, zaprosili do udziału w konferencji osoby reprezentujące państwa i instytucje Unii Europejskiej, przedstawicieli krajów kandydujących do Unii, polityków różnych orientacji, przedstawicieli świata nauki, organizacje pozarządowe, reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego.

Prezentowane poglądy były często skrajnie przeciwstawne, kontrowersyjne, ale łączyło je poszukiwanie recept i konstruktywnych rozwiązań dotyczących problemu narkomanii, a także w zakresie ograniczenia produkcji i handlu narkotykami. Podkreślano znaczenie takiej dyskusji w związku ze zbliżającą się 46. Sesją Komisji

ds. Narkotyków ONZ, która poświęcona miała być realizacji przez państwa-sygnatariuszy konwencji międzynarodowych, respektowania postanowień tych konwencji, a także ich relatywizacji w polityce poszczególnych państw, przede wszystkim europejskich.

Sesje konferencji poświęcone były następującym tematom:

- polityka Unii Europejskiej,
- polityka międzynarodowa i rola Konwencji ONZ,
- problematyka zdrowia i wsparcia socjalnego,
- prawo kryminalne,
- ograniczanie podaży substancji psychoaktywnych i egzekwowanie prawa,
- praktyka merytorycznej pracy codziennej,
- przyszłe rozwiązania i wybory polityczno-społeczne.

W trakcie dyskusji o realizacji polityki Unii Europejskiej stwierdzono, że osiągnięty został znaczący postęp w realizacji celów wytyczonych przez Plan Działania (*Action Plan*) na lata 2000–2004. Najlepsze rezultaty odnotowano w dziedzinie koordynacji polityki antynarkotkowej zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym. Znacznie wzrosła dostępność do rzetelnych danych nt. używania narkotyków, prewencja i leczenie traktowane są priorytetowo, udoskonalono formy współpracy instytucji egzekwujących

prawo, rozwinięto inicjatywy zmierzające do zapobiegania problemom niesionym przez narkotyki syntetyczne oraz zaostrzono i wzmocniono formy walki z tzw. praniem brudnych pieniędzy pochodzących z przestępstw narkotykowych.

Jednocześnie, wobec faktu nasilania się nowych, niekorzystnych zjawisk na scenie narkotykowej, takich jak wzrost używania syntetyków czy dostęp do substancji nielegalnych poprzez internet, potwierdzono potrzebę rozwijania pragmatycznych i różnorodnych podejść do problematyki narkotykowej, w tym innowacyjnego podejścia do terapii i ograniczania szkód generowanych przez narkotyki.

Potwierdzone zostały i wypunktowane jako racjonalne i skuteczne te rozwiązania, które włączają przeciwdziałanie narkomanii w całość problematyki ochrony zdrowia publicznego.

Szczególnie podkreślono potrzebę pełnego włączenia metod terapeutycznych i programów rehabilitacyjnych w system ochrony zdrowia i opieki społecznej. W związku z tym dyskutowano również o potrzebie upowszechnienia narkotykowych programów edukacyjnych dla lekarzy i innych profesjonalistów pracujących w systemie zdrowia i pomocy społecznej. Rozpatrywano również możliwości przeciwdziałania skutkom narkomanii, jakie daje podejście związane z filozofią ograniczania szkód. Poważne zagrożenia dla stanu zdrowia społecznego i bezpieczeństwa, jakie niosą ze sobą narkomania i narkotyki, spowodowało, że w kilku krajach europejskich wprowadzone zostały eksperymentalne metody leczenia czy ograniczania ryzyka używania narkotyków. Ich wartość praktyczna jest często podważana z pozycji etycznych czy prawnych. Do metod takich należą na przykład leczenie substytucyjne heroiną czy pokoje bezpiecznego podawania narkotyków (*injection rooms*). Jednocześnie w trakcie dyskusji konstatowano

fakt, że pewne metody do niedawna również uważane za kontrowersyjne są obecnie akceptowane i prawie rutynowo realizowane w wielu krajach – na przykład wymiana igieł.

Znaczną część obrad poświęcono problemowi narkotyków w zakładach karnych. W wielu krajach około 50% populacji więźniów stanowią osoby, które bądź używają narkotyków, bądź uczestniczą w obrocie nimi. W związku z tym ważnym zadaniem stało się przeciwdziałanie rozpowszechnieniu narkotyków na terenie aresztów i więzień, a także psychosomatycznym problemom i chorobom związanym z narkotykami, w tym chorobom zakaźnym, jakimi zagrożeni są więźniowie w związku z obecnością substancji psychoaktywnych w tych instytucjach.

Próby skutecznej odpowiedzi na problem narkotyków za murami upatrywano w rozwoju metod, które stworzą alternatywę dla osadzania osób uzależnionych w placówkach penitencjarnych. Wśród możliwych rozwiązań wskazywano na zastępowanie karania dostępnością do terapii i leczenia, wsparcie, edukację oraz rehabilitację i programy społecznej integracji.

W trakcie dyskusji wielokrotnie podkreślano, że pewne elementy wspólnego myślenia czy działania nie stoją i nie mogą stać w opozycji do prawa poszczególnych krajów do swobodnego wyboru tych metod, które uznają one za najlepsze w ich warunkach kulturowych czy społeczno-prawnych.

Omawiając sprawy kreowania polityki opartej na danych naukowych, rzetelnych informacjach i systematycznej ocenie podejmowanych działań, zwrócono uwagę – z jednej strony – na potrzebę tworzenia narzędzi i metodologii gromadzenia i analizowania danych, z drugiej strony zaś na niebezpieczeństwo dublowania i powielania wielu projektów monitorujących czy ewaluacyjnych. Rolę wiodącą w tworzeniu i koordynacji projektów monitorujących bezdyskusyjnie pełnią

instytucje unijne i z ich strony należy oczekiwać wsparcia politycznego i finansowego w tym zakresie, szczególnie adresowanego do krajów wstępujących do Unii Europejskiej. Priorytetowym zadaniem w tym obszarze jest tworzenie krajowych centrów informacyjnych ds. narkotyków i narkomanii (*National Focal Point*), ściśle współpracujących i tworzących krajowe zaplecze dla Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii w Lizbonie (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*).

Istotne zagrożenie dla przyszłego stanu zdrowia i bezpieczeństwa publicznego w Europie wynikają z nietrudnych do przewidzenia problemów, jakie niesie ze sobą – dyskutowana w trakcie spotkania – wizja społeczeństwa, w którym narkotyki (głównie syntetyczne) stanowią nie tylko przedmiot szerokiego zainteresowania młodzieży, ale też zmieniają postawy wobec narkotyków modernistycznego społeczeństwa. Narkotyki syntetyczne i ich używanie to wielkie wyzwanie, z którym będzie musiała się zmierzyć w przyszłości społeczność europejska – dlatego już dziś musi zacząć szukać dróg skutecznego radzenia sobie z tym zagrożeniem. Wielokrotnie podkreślano, że żaden kraj i żadna społeczność nie może sobie pozwolić na luksus teoretyzowania w tej dziedzinie i że należy efektywniej poszukiwać praktycznych i realistycznych rozwiązań.

Rozwiązanie tak zarysowanego problemu narkotyków wymaga udoskonalenia współpracy międzynarodowej w celu wspólnego realizowania ponadkrajowych planów działań i respektowania prawa międzynarodowego.

Nawiązując do obrad Komisji ds. Narkotyków ONZ potwierdzono znaczący wpływ konwencji międzynarodowych na rozwijanie tzw. zrównoważonego podejścia do narkotyków (równorządnie traktującego znaczenie ograniczania podaży i ograniczania popytu) czy standaryzację metod

zbierania danych opisujących sytuację narkotykową, wyrażającą się harmonizacją raportów i używanych wskaźników oraz promowaniem uzgodnionych metodologii pracy. Działania takie uznawane są za podstawę tworzenia poprawnej polityki informacyjnej, będącej bazą dla tworzenia projektów mających oparcie w obiektywnych danych i dowodach badawczych (*evidence based drug policy*).

Nie negując wartości konwencji międzynarodowych, część uczestników Konferencji zwracała jednak uwagę, że nie są one bytem niezmiennym i powinny być nowelizowane czy udoskonalane z powodu konieczności uwzględniania nowych zjawisk, których społeczność międzynarodowa nie doświadczała w latach 70. czy 80. Szczególną wartość miałoby włączenie w system prawa międzynarodowego koncepcji ograniczania szkód, która jest codzienną praktyką w wielu krajach świata. Część wystąpień dotyczyła potrzeby zmiany podejścia do osób używających narkotyki – dostrzeżenia w nich ludzi potrzebujących pomocy i w stosunku do których należy dopuścić możliwość innych rozwiązań, niż bezwarunkowe karanie czy osadzanie w więzieniu.

Postulowano również, aby różnice i sprzeczności w interpretacji konwencji rozstrzygać w otwartej dyskusji, której filarami byłyby badania naukowe i doświadczenia praktyczne wyniesione z pola medycyny i terapii. Podkreślono również konieczność przedyskutowania, do jakiego stopnia państwa członkowskie winny respektować prawo międzynarodowe, a do jakiego uwzględniać własne lokalne uwarunkowania. Pomimo braku jakiegokolwiek konsensusu w powyższych kwestiach, wszystkie strony dyskusji podkreślały potrzebę respektowania w rozwiązaniach wewnątrz krajowych własnych uwarunkowań kulturowych, religijnych, prawnych i rozwojowych. Podkreślano również wielokrotnie

konieczność kontynuowania dialogu na temat polityki europejskiej, jej kreowania i harmonizowania z postanowieniami prawa międzynarodowego. Istotnym celem tej polityki powinna być oparta na dowodach, skuteczna praktyka, a także powszechne uznanie używania substancji psychoaktywnych za problem społeczny, co mogłoby przyczynić się do przezwyciężenia tendencji do odrzucania i wykluczania osób uzależnionych i zagrożonych narkotykami z życia społecznego.

Przegląd rozwiązań uznanych za priorytetowe w Polsce na tle dyskusji europejskiej pozwala na wyciągnięcie kilku istotnych wniosków i sformułowanie ewentualnych rekomendacji na najbliższą przyszłość. Polska ratyfikowała wszystkie trzy konwencje międzynarodowe regulujące problematykę narkotyków, ale również w naszym kraju widoczne są próby przezwycięzania sprzeczności pomiędzy twardą literą prawa a potrzebami pacjentów i potrzebą tworzenia efektywnego, korzystnego dla społeczeństwa systemu pomocy i leczenia. Z tym większym smutkiem należy przyjąć, że na gruncie 46 Sesji Specjalnej Komisji ds. Narkotyków ONZ fiaskiem zakończyła się – zainicjowana przez Grupę Pompidou Rady Europy i ONZ – próba dyskusji i implementacji bardziej nowoczesnych rozwiązań regulujących zagadnienia leczenia substytucyjnego.

Większość dyskutowanych w trakcie konferencji w Atenach podejść i rozwiązań jest obecna w polskiej praktyce terapeutycznej i w ogólnych założeniach polityki antynarkotykowej państwa. Zarówno rozwiązania generalne (jak uznawanie narkotyków za problem zdrowia publicznego czy równoważne traktowanie ograniczania popytu i podaży), jak i rozwiązania szczegółowe (np. powołanie do życia Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii czy wprowadzenie systemu certyfikowanych szkoleń dla kadr terapeutycznych) znajdują odzwierciedlenie w naszych wewnętrz-

nych regulacjach prawnych i rzeczywiście realizowanych działaniach.

Współpraca międzyresortowa i koordynacja działań realizowane są głównie poprzez pracę Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii, powołanej przez premiera RP w lipcu ubiegłego roku, ale również poprzez wiele inicjatyw szczegółowych podejmowanych przez różne instytucje i organizacje działające na polu narkomanii (np. Rada Społeczna ds. Narkomanii skupiająca organizacje pozarządowe zajmujące się zapobieganiem narkomanii).

Niewątpliwie i w Polsce potrzebna jest otwarta dyskusja na temat roli i miejsca przeciwdziałania narkotynom i narkomanii w systemie ochrony zdrowia publicznego i wzmocnienia bezpieczeństwa społecznego. Ostatnie lata, szczególnie burzliwe dla systemu ochrony zdrowia, udowodniły, że wytworzony w naszym kraju model terapii i opieki nad osobami z problemami narkotykowymi jest skuteczny zarówno merytorycznie, jak i organizacyjnie i jest odporny na zmienne koleje losu systemu ochrony zdrowia.

Nowe wyzwania, przed którymi stajemy, takie jak obserwowana niska skuteczność oddziaływań profilaktycznych, nieadekwatna do potrzeb dostępność do leczenia ambulatoryjnego czy substytucyjnego, wzrost zagrożenia narkomanią w więzieniach, nowe wzory używania narkotyków, zmieniające się postawy grup społecznych w stosunku do substancji psychoaktywnych, otwarcie granic i rynku wewnętrznego, wzrost zagrożeń dla bezpieczeństwa publicznego ze strony zorganizowanej przestępczości, wymagają skoordynowanej ze społecznością międzynarodową reakcji, dla której bazą i podstawą muszą się stać przełamujące stereotypy multidyscyplinarne działania wewnętrzne.

Piotr Jabłoński

*Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

UNIJNY PLAN DZIAŁANIA ORAZ STRATEGIA PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – – DOTYCHCZASOWE POSTĘPY ORAZ DALSZE WYZWANIA W ŚWIECIE OCENY ŚREDNIOTERMINOWEJ

Ateny, 6–8 marca 2003

Szanowny Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, Panie i Panowie.

Mam przyjemność być gościem w Atenach na dzisiejszej Konferencji na Wysokim Szczeblu poświęconej przeciwdziałaniu narkomanii i omawiać wspólnie z Państwem wyniki średnioterminowej oceny *Unijnego Planu Działania w zakresie Przeciwdziałania Narkomanii* oraz czekające nas dalsze wyzwania.

Od momentu przyjęcia Unijnej Strategii Przeciwdziałania Narkomanii w 1999 roku oraz Planu Działania w czerwcu 2000 roku, byliśmy świadkami znacznych postępów we wdrażaniu planu działania dokonanych przez wszystkich sygnatariuszy we wszystkich dziedzinach. Tym niemniej, wciąż wiele pozostaje do zrobienia w celu osiągnięcia ambitnych celów postawionych przez głowy państw i rządy UE na lata 2000–2004. Jest to jeden z podstawowych wniosków Komunikatu ze średnioterminowej oceny Unijnego planu działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, przyjętego przez Komisję UE w listopadzie 2002 roku.

Średnioterminowa ocena to zaledwie pierwszy krok w szerszym procesie, który w ciągu półtora roku zostanie zrealizowany przez Komisję we współpracy z jej partnerami (EMCDDA – Europejskim Centrum ds. Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków, Europol, grupą kierowniczą ds. oceny ostatecznej), w efekcie powstanie końcowa ocena Unijnego planu działania i strategii prze-

ciwdziałania narkomanii. Po zakończeniu tego procesu Unia Europejska będzie dysponować wszystkimi elementami niezbędnymi do przygotowania przyszłych działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, począwszy od roku 2005.

W komunikacie z listopada, Komisja dokonała oceny dotychczasowych postępów w dziedzinach wymagających dalszych działań na szczeblu krajowym i europejskim. Przedstawię Państwu główne wnioski z tej oceny.

Na szczeblu krajowym, na wzmiankę zasługuje szereg osiągnięć.

- Koordynacja polityki przeciwdziałania narkomanii na szczeblu rządowym jest uznawana za istotną przez wszystkie państwa członkowskie. Większość państw członkowskich przyjęło krajowy plan oraz/lub strategię przeciwdziałania narkomanii.
- Poprawiła się dostępność i jakość danych na temat narkotyków w państwach członkowskich. Państwa członkowskie, w ścisłej współpracy z Europejskim Centrum ds. Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków (EMCDDA), pracują nad opracowaniem porównywalnych i wiarygodnych danych, w szczególności, dotyczących pięciu kluczowych wskaźników¹. Z drugiej strony EMCDDA i Europol przedstawiły, po raz pierwszy, podstawowe dane za rok 1999 dotyczące popytu i podaży narkotyków.

W celu dokonania ostatecznej oceny Planu Działania te dane podstawowe zostaną porównane z danymi za rok 2003 przedstawionymi przez państwa członkowskie EMCD-DA i Europolowi. Umożliwi to dokonanie analizy zmieniającej się sytuacji związanej z narkotykami w Unii Europejskiej.

- W niektórych krajach trwają prace nad ustaleniem skutecznego monitoringu i oceny działań w walce z przestępczością narkotykową oraz przeprowadzane są oceny. Jednakże ewaluacja nie jest przeprowadzana systematycznie we wszystkich krajach.
- Państwa członkowskie zwróciły większą niż dotąd uwagę na prewencję i leczenie i zastosowały się do wytycznych określonych w Planie Działania. Wszystkie państwa członkowskie traktują poważnie opracowanie szeroko zakrojonych programów prewencyjnych obejmujących zarówno narkotyki legalne, jak i nielegalne. W państwach członkowskich realizowanych jest wiele programów leczenia, obejmujących dostarczanie igieł, program leczenia substytucyjnego z wykorzystaniem metadonu, poradnictwo oraz pomoc potrzebną. Organizacje pozarządowe często zajmują się wdrażaniem takich programów. Program dostarczania igieł oraz program substytucyjnego leczenia metadonem są częstymi działaniami podejmowanymi w państwach członkowskich w celu ograniczenia ryzyka związanego z uzależnieniem od narkotyków. Również poważnie traktowane jest leczenie narkomanów w więzieniach. Państwa członkowskie podejmują aktywne działania zmierzające do wprowadzenia rozwiązań alternatywnych dla narkomanów przebywających w więzieniach. Wysuwane są nowatorskie pomysły, takie jak two-

rzenie specjalnych sądów zajmujących się wyłącznie sprawami związanymi z narkotykami. Jednym z przykładów jest pilotażowy Sąd ds. Narkotyków w Irlandii. Ten pilotażowy projekt zostanie poddany ocenie.

- Policja odgrywa istotną rolę we wszystkich państwach członkowskich w zakresie zapobiegania przestępczości narkotykowej.
- Współpraca pomiędzy organami ścigania różnych państw członkowskich w celu bardziej skutecznego zwalczania ponadnarodowego handlu narkotykami została udoskonalona. Przykładami takiej współpracy może być mechanizm regionalny Hazel-donk (Francja, Belgia, Holandia i Luksemburg) obejmujący regionalne sieci ds. zwalczania handlu narkotykami, wspólne operacje nadzoru, przekazywanie danych o handlarzach narkotyków na główne lotniska międzynarodowe oraz tworzenie wspólnych zespołów.
- Wdrożono różne inicjatywy mające na celu połączenie baz danych sądowych i organów ścigania w celu przeciwdziałania produkcji i handlowi narkotyków syntetycznych. W ramach tych inicjatyw wszystkie kraje Unii Europejskiej rozważają wdrożenie jako priorytetowego zadania projektu CASE (Powszechne Działanie w Zwalczaniu Syntetycznych Narkotyków w Europie - dotyczy charakterystyki zanieczyszczeń amfetamin). Projekty dotyczące ekstazy opracowywane są w Niemczech, Belgii, Danii i Finlandii; Francja, z kolei wprowadza działania mające na celu ujednolicenie metod analizy narkotyków syntetycznych, zapewniające większą porównywalność wyników i udoskonalające wymianę informacji. Z drugiej strony, Europol ocenił i udoskonił swój system Ekstazy LOGO, umożliwiający

przetwarzanie przez Europol danych nieosobowych i zdjęć narkotyków syntetycznych pochodzących z konfiskaty przez państwa członkowskie, w celu ułatwienia identyfikacji powiązań i kontaktów.

- W zakresie zwalczania procederu prania brudnych pieniędzy wzmocniono krajowe mechanizmy koordynacji i wprowadzono nowe struktury. Rozwijane są niektóre inicjatywy współpracy pomiędzy jednostkami wywiadu finansowego (FIU) oraz inicjatywy dwustronne (podjęły je na przykład Holandia, Wielka Brytania, Francja, Luksemburg i Włochy) oraz projekty pilotażowe dla sieci FIU.

Na poziomie Unii Europejskiej odnotowano istotne osiągnięcia. W latach 2000-2002 Rada Europy przyjęła 28 instrumentów w dziedzinie narkotyków: 10 decyzji, 6 rozporządzeń oraz jedną dyrektywę, a ponadto uchwały, zalecenia i deklaracje. Inicjatywy te obejmują szeroki zakres dziedzin bezpośrednio i pośrednio związanych ze zjawiskiem narkomanii i narkotyków.

- Przyjęcie programu działania wspólnotowego w dziedzinie zdrowia publicznego (2003-2008). W programie tym, zapobieganie narkomanii jest częścią podejścia horyzontalnego.
- Europejska Sieć Zapobiegania Przestępczości (ECPN) została oficjalnie utworzona w maju 2001 roku. Celem Sieci jest udział w różnych aspektach zapobiegania przestępczości na poziomie Unii Europejskiej oraz wspierania działań mających na celu zapobieganie przestępczości na poziomie lokalnym i krajowym. Obejmując różne typy przestępczości, działalność Sieci koncentruje się szczególnie na przestępczości

młodocianych, przestępczości w miastach oraz przestępczości narkotkowej.

- W zakresie zapobiegania niezgodnego z przeznaczeniem użycia substancji chemicznych-prekursorów odnotowano poprawę współpracy z przemysłem chemicznym, która w różnych regionach Wspólnoty stała się bardziej spójna. Komisja wydała szereg wytycznych dla przemysłu chemicznego. Ich celem jest poprawa stopnia zrozumienia aktów ustawodawczych, lepsza współpraca z właściwymi organami krajowymi oraz zwiększenie wiedzy o nowych trendach i środkach chemicznych stosowanych przy nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych. Ponadto, wzmocniono ustawodawstwo unijne w tym zakresie. W ustawodawstwie wprowadzono poprawki uwzględniające między innymi zmiany w Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych z 1988 roku w sprawie Nielegalnego Handlu Narkotykami i Środkami Psychotropowymi (obecnie istnieją 23 planowane prekursory) oraz wyjaśniające odniesienia do mieszanek i informacji przedeksportowych. Szereg państw członkowskich oraz Komisja prowadzą aktywne działania w ramach bieżących międzynarodowych operacji, których celem jest zapobieganie niezgodnemu z przeznaczeniem wykorzystaniu prekursorów, są to „Operacja Purpura” i „Operacja Topaz”. „Operacja Purpura” jest ochotniczą inicjatywą międzynarodową, której celem jest śledzenie tras dostaw przesyłek nadmanganianu potasu w celu zapobiegania przedostaniu się do nielegalnego obrotu surowca do produkcji kokainy. „Operacja Topaz” jest podobną inicjatywą, której celem jest śledzenie tras dostaw przesyłek bezwodnika kwasu octowego w celu zapobiegania

przedostaniu się do nielegalnego obrotu surowca do produkcji heroiny. Bierzemy również udział w niedawno zainicjowanej operacji zwanej „Operacją Pryzmat”, koncentrującej się na wycofywaniu narkotyków z nielegalnego obrotu.

- Należy również wspomnieć o Wspólnym Działaniu z czerwca 1997 roku w zakresie nowych narkotyków syntetycznych, które jest ważnym mechanizmem wymiany informacji na temat takich narkotyków w obrębie Unii Europejskiej. Od 2000 roku, zbadano pięć narkotyków syntetycznych w oparciu o powyższe postanowienia. Dwa z nich (4-MTA oraz PMMA) zostały poddane działaniom kontrolnym na terenie całej Unii Europejskiej. Przyjęte zostały również wnioski Rady dotyczące GHB i ketaminy, zalecające Europolowi i Europejskiemu Centrum ds. Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków (EMCDDA) ścisłą kontrolę nadużyć obu substancji przez okres jednego roku. Oceny Wspólnego Działania z 1997 roku dokonał niezależny konsultant (raport przedstawiono w październiku 2002 roku), a w drugiej połowie 2003 roku Komisja przedstawi odpowiednią propozycję w tym zakresie uwzględniając wnioski z zewnętrznej oceny.
- W zakresie współpracy sądowniczej istotnym krokiem jest powołanie wspólnych zespołów śledczych. Podjęto również szereg istotnych inicjatyw mających na celu promocję współpracy sądowniczej w sprawach istotnych z punktu widzenia zwalczania narkomanii; są to: Europejska Sieć Sądowa, Eurojust oraz Europejski Nakaz Aresztowania.
- Należy również wspomnieć o wzmocnieniu ustawodawstwa wspólnotowego dotyczącego procederu prania brudnych pieniędzy,

obejmującym przyjęcie instrumentów prawnych rozszerzających definicję prania brudnych pieniędzy oraz grono organów jakie zostaną powołane zgodnie z ustawodawstwem dotyczącym zwalczania procederu prania brudnych pieniędzy (Dyrektywa 2001/97/EC w sprawie zapobiegania wykorzystania systemu finansowego dla celów prania brudnych pieniędzy została przyjęta w grudniu 2001 roku. Rozszerzyła ona zakres Dyrektywy Rady 91/308/EEC w sprawie procederu prania brudnych pieniędzy).

Obecnie na poziomie Rady rozważanych jest kilka istotnych propozycji.

- Decyzja ramowa, określająca minimalne postanowienia w sprawie elementów działań przestępczych i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami. Celem propozycji jest walka z nielegalnym handlem narkotykami, będącym źródłem narkotyków i środków psychotropowych w naszym społeczeństwie.
- Zalecenia Rady w zakresie zapobiegania i ograniczenia ryzyka związanego z uzależnieniami od narkotyków. Celem proponowanego Zalecenia jest znaczne ograniczenie – w ciągu pięciu lat – poziomu szkód zdrowotnych spowodowanych nadużyciem narkotyków dzięki zastosowaniu skutecznych środków ograniczenia ryzyka. Propozycja obejmuje akcje informacyjne i poradnictwo, program pomocy potrzebującym, zaangażowanie rówieśników, pomoc doraźną, agencje sieciowe, integrację systemu opieki zdrowotnej i społecznej oraz szkolenie i akredytację specjalistów.

O ile przegląd średnioterminowy wykazał istotne osiągnięcia na poziomie Unii Europejskiej,

wskazał on również dziedziny, w których **konieczny jest dalszy postęp**. Obejmują one następujące kwestie:

- Sprawa narkotyków syntetycznych pozostaje priorytetowa dla Unii Europejskiej i państw członkowskich, zgodnie z wnioskami przedstawionymi na posiedzeniu Ministrów Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych Unii Europejskiej w Danii we wrześniu 2002 roku.
- Ewaluacja działalności związanej z przeciwdziałaniem narkomanii ma być w dalszym ciągu promowana na szczeblu krajowym i unijnym i systematycznie realizowana na wszystkich szczeblach. Współpraca z Euro-polem i Europejskim Centrum ds. Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków (EMCDDA) jest niezwykle ważna z punktu widzenia dalszego opracowywania odpowiednich narzędzi oceny. W tym zakresie badania odgrywają istotną rolę w przyjęciu podejścia opartego na rzetelnej wiedzy o zjawisku.
- Znaczenie Unijnej Strategii i Planu Działania w zakresie zwalczania narkomanii jako modelu krajowej – globalnej, wyważonej i zintegrowanej – polityki w zakresie zwalczania narkomanii w państwach członkowskich podkreśla Wspólna Deklaracja Państw Członkowskich, Komisji i Krajów Kandydujących, podpisana 28 lutego 2002 roku. Program PHARE okazał się szczególnie pomocny w stopniowym zapoznawaniu krajów kandydujących z dorobkiem unijnym. Umożliwił on prowadzenie intensywnej współpracy z tymi krajami zarówno w zakresie ograniczenia popytu, jak i podaży. Odnotowano dużą rolę projektów bliźniaczych, w których eksperci z państw członkowskich niosą krajom kandydującym pomoc w danej dziedzinie. W ramach pro-

gramu PHARE 2000 przeznaczono łącznie 20 milionów euro na działania związane z kontrolą i zwalczaniem narkomanii. Kolejne dwa miliony euro przeznaczono na wspólny projekt EMCDDA-PHARE mający na celu przygotowanie krajów kandydujących do udziału w pracach Europejskiego Centrum ds. Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków EMCDDA. Konieczna jest motywacja do zintensyfikowania działań, w tym rozwiązań administracyjnych i współpracy wielu agencji, zwłaszcza w zakresie narkotyków syntetycznych i prekursorów.

- W dziedzinie współpracy międzynarodowej Komisja koncentruje swoje wysiłki na krajach i regionach, będących miejscem produkcji i tranzytu narkotyków, w szczególności na dwóch głównych trasach przemytu narkotyków na teren Unii Europejskiej: trasie przemytu heroiny z Afganistanu przez Azję Środkową, Iran, Kaukaz, Turcję, Europę Wschodnią i Bałkany; oraz trasie przemytu kokainy z Ameryki Łacińskiej przez Karaiby. Około połowy projektów zwalczania narkomanii (i około 80% środków przeznaczonych na finansowanie tych projektów) wdrożonych przez Unię Europejską i państwa członkowskie w krajach rozwijających się dotyczy Ameryki Łacińskiej i Karaibów. Druga połowa to projekty wdrażane na trasie przemytu heroiny. I tak na przykład Plan Działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii we współpracy pomiędzy Unią Europejską i Azją Środkową został przyjęty przez Unię Europejską i cztery republiki Azji Środkowej (Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan i Uzbekistan). Pakistan dołączył do krajów korzystających z preferencji handlowych związanych z promocją eksportu i działalności zarobkowej będących

alternatywą dla produkcji i handlu narkotykami w ramach Generalnego Systemu Preferencji – *Drugs regime* (GSP). Należy również podkreślić, że w różnych krajach Azji i Afryki prowadzone są inne projekty wspierane przez Unię Europejską. Nie sposób nie wspomnieć o Afganistanie. Zadaniem Unii Europejskiej jest pomoc rządowi afgańskiemu w eliminacji upraw maku – surowca do produkcji opium. W tym celu konieczne będzie zlikwidowanie siatek producentów i przemytników, położenie kresu zależności ekonomicznej i społecznej od opiatów oraz ograniczenie zapotrzebowania na opiaty i inne narkotyki w Afganistanie i w całym regionie Azji Południowo-Wschodniej.

Od chwili obecnej do zakończenia bieżącego Planu Działania (2004) główne wyzwania, przed jakimi stoimy to rozszerzenie Unii, problem narkotyków syntetycznych oraz ocena działalności związanej z przeciwdziałaniem narkomanii.

Rozszerzenie Unii Europejskiej spowoduje zmiany w środowisku, którego dotyczy unijna polityka przeciwdziałania narkomanii. Powinniśmy stale zachęcać kraje kandydujące do udzielania wsparcia politycznego sprzyjającego tworzeniu stabilnych podstaw prawnych i instytucjonalnych dla działań operacyjnych w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Kraje Unii Europejskiej są głównym producentem narkotyków syntetycznych; należy więc stale pamiętać o rosnącym zagrożeniu, jakim jest produkcja i konsumpcja tych narkotyków.

Jak już wspomniałem, do końca 2004 roku Komisja przedstawi ostateczną ocenę Unijnego Planu Działania i Strategii Przeciwdziałania Narkomanii oraz odpowiednie propozycje rozwoju unijnej polityki przeciwdziałania narkomanii od roku 2005. Ocena ta, po raz pierwszy umożliwi określenie wpływu działań podejmowanych w ramach Planu Działania i Strategii na sytuację w zakresie narkotyków. Współpraca wszystkich państw członkowskich jest niezbędna do osiągnięcia sukcesu w tym zakresie.

Ostateczna ocena Planu Działania i Strategii oraz przedstawienie propozycji rozwoju unijnej polityki przeciwdziałania narkomanii, poczynając od 2005 roku, powinny umożliwić Unii Europejskiej bardziej skuteczne rozwiązywanie problemów związanych z narkotykami, takich jak wciąż wysoki poziom narkomanii, handel narkotykami oraz szkody wyrządzane społeczeństwu w wyniku przestępczości narkotykowej, problemy zdrowotne oraz wyłączenie ze społeczeństwa.

wystąpienie **Gustaafa Borchardta**
przedstawiciela Komisji Europejskiej

¹ Pięć kluczowych wskaźników to:

- zakres i schemat narkomanii wśród społeczeństwa ogółem,
- występowanie problematycznej narkomanii,
- zapotrzebowanie na leczenie wśród narkomanów,
- liczba zgonów spowodowanych narkomanią i śmiertelność wśród narkomanów,
- współczynnik występowania chorób związanych z narkomanią (HIV, zapalenie wątroby).

PRZEGLĄD OSIĄGNIĘĆ W RAMACH POLITYKI PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – – PROPOZYCJE DALSZYCH DZIAŁAŃ

Ateny, 6–8 marca 2003

Wprowadzenie

Jak Państwu wiadomo, Specjalna Sesja Walnego Zgromadzenia Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNGASS) postawiła sobie w 1998 roku ambitne zadania w zakresie kontroli narkomanii.

Niektórzy uważają te cele za nierealne, zbyt ambitne, nawet niepożądane. Moim zdaniem, nadmierne podkreślanie realizacji w określonym przedziale czasowym celów związanych z eliminacją hodowli surowców do produkcji narkotyków, oraz hasło „świat wolny od narkotyków – możemy to zrobić!” przesłoniły pewne nowatorskie elementy, jakie wyłoniły się w trakcie spotkania.

Postęp w realizacji celów UNGASS

Z dostępnych dotychczas dowodów wynika, że przegląd średnioterminowy, który ma odbyć się w przyszłym miesiącu ujawni postępy w realizacji niektórych celów – w niektórych regionach i krajach – oraz w zakresie niektórych narkotyków. Główne trendy będą odznaczać się jednak raczej zmianami pod względem geograficznym oraz w zakresie produkcji, handlu i konsumpcji produktów, a nie osiągnięciem wymiernych celów ogólnego spadku czy ogra-

niczenia narkomanii. Na przykład, w krajach Azji Południowo-Wschodniej uzależnienie od heroiny spadło, jednakże wzrastają problemy związane z substancjami podobnymi do amfetaminy (ATS). Uzależnienie od kokainy i cracku spada w Stanach Zjednoczonych, lecz wzrasta w Europie Zachodniej. Europa Wschodnia i Azja Środkowa wciąż borykają się z poważnymi problemami związanymi z heroiną oraz łączącym się z tym wzrostem zakażeń HIV. W Kolumbii uprawa koki spada, lecz wzrasta uprawa maku do produkcji opium. Peru i Boliwia odnotowują niewielki wzrost upraw koki (po kilku latach ciągłej tendencji spadkowej) oraz coraz większą niechęć do wymuszonej eliminacji upraw. Laos i Pakistan znacznie ograniczyły produkcję opium i mają szansę osiągnąć cele postawione na rok 2008. W zeszłym roku Pakistan odzyskał pozycję największego nielegalnego producenta opium wytwarzającego około 3400 ton surowca.

Istnieje wiele problemów związanych z realizacją celów UNGASS – niektóre z nich mogą być faktycznie nierealne; wśród trudności należy wymienić: ograniczone środki (zarówno ze strony ONZ, jak rządów), kryzysy gospodarcze, biedę, konflikty, walkę z terroryzmem, słabe lub skorumpowane rządy; brak zrozumienia podstawowych problemów. Można by jeszcze wymienić wiele innych.

Nowatorskie aspekty UNGASS

Pragnę przedstawić niektóre nowatorskie aspekty UNGASS:

1. Nowe podejście do obniżenia podaży i popytu: kraje są obecnie odpowiedzialne za swoje wysiłki w zakresie ograniczenia podaży i popytu i będą musiały poświęcić nieco więcej środków na ten cel.
2. Koncentracja wysiłków na poprawie i standaryzacji danych dotyczących narkotyków. Jest to z pewnością najważniejszy z pojedynczych aspektów. Lepsza sprawozdawczość, harmonizacja wskaźników oraz rozpowszechnienie najlepszych praktyk metodologicznych w sieciach wymiany informacji z pewnością poprawią jakość i zakres globalnej bazy danych. Powinno to doprowadzić do powstania polityki przeciwdziałania narkomanii opartej na lepszych informacjach i dowodach, mniej podatnej na manipulacje polityczne i mniej zabarwionej emocjonalnie.
3. Trzecią innowacją jest wymóg zapewnienia przez rządy i ONZ obiektywnej oceny realizowanej polityki i wdrażanych projektów. Zgodnie z dokumentami Biura ONZ ds. Kontroli Narkotyków (UNODC), projekty powinny „zapewniać lepsze zrozumienie działających mechanizmów”. Nacisk na najlepsze praktyki powinien oznaczać rozpowszechnianie praktyk skutecznych i odstępowanie od praktyk nieskutecznych.
4. Od czasu UNGASS pojawiły się nowe paradygmaty kontroli narkomanii nieoparte na podejściu „wskazać i zawstydzić”. Pragnę w tym miejscu nawiązać do unijnego podejścia do HIV/AIDS – opartego na zasadzie włączania zagrożonych do społeczeństwa,

przewycięzania piętna i ukrywania się. Wymiana igieł/strzykawek, dobrowolne i poufne testy na HIV, zapewnianie różnych opcji leczenia – wszystkie te elementy stanowią integralną część programów redukcji zapotrzebowania wprowadzanych przez UNODC; oraz do Mechanizmu Wzajemnej Oceny (MEM) stworzonego przez Inter-amerykańską Komisję ds. Kontroli Narkomanii (CICAD), organ antynarkotykowy Organizacji Stanów Ameryki. Na podstawie kwestionariuszy dotyczących 83 wskaźników, eksperci z każdego kraju oceniają postępy innych krajów i wysuwają zalecenia dotyczące działań. Z realizacji tych działań sporządzane są odpowiednie raporty. Jak dotąd, udało się wiele osiągnąć dzięki temu procesowi oceny bez stosowania sankcji; w przyszłości powinien on zastąpić pozostawiający dużo do życzenia system certyfikacji.

Wpływ europejskiej polityki przeciwdziałania narkomanii na ramy prawne Unii Europejskiej

Wszyscy Państwo znacie zasady działania wdrażane w niektórych krajach UE oraz Szwajcarii, Kanadzie i Australii, które mogą wydawać się sprzeczne z duchem i literą konwencji UE w sprawie przeciwdziałania narkomanii. Obejmują one:

- depenalizację posiadania wszystkich lub niektórych rodzajów narkotyków przeznaczonych do użytku osobistego;
- depenalizację handlu narkotykami na niewielką skalę, szczególnie handlu konopiami indyjskimi;

- zakładanie pomieszczeń do wstrzykiwania narkotyków;
- testy na narkotyki w klubach i na imprezach.

W przypadku każdej z powyższych praktyk można przedstawić argumenty przemawiające za jej zgodnością i za niezgodnością z konwencjami unijnymi, nie czas jednak omawiać ich zalety i wady. Jednakże ewentualne wprowadzenie przez Szwajcarię i Kanadę niedawnych propozycji parlamentarnych, dotyczących zalegalizowania produkcji konopi indyjskich, będzie stanowić naruszenie postanowień traktatów.

Stoimy więc przed pytaniem: co teraz? Nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z rozciąganiem granic konwencji. Jaki będzie kolejny krok?

Konwencja ONZ i przegląd średnioterminowy: Potwierdzenie słuszności czy reformy? Sugestie i propozycje

Pozwolę sobie przypomnieć Państwu wszystkie trzy aspekty konwencji:

NB1: Podstawowe cele konwencji z 1961 i 1971 roku obejmowały zapewnienie wystarczającej ilości narkotyków oraz środków psychotropowych do celów medycznych i naukowych oraz niedopuszczenie, by trafiały one na rynek nielegalny. Trudno sobie wyobrazić rezygnację z tych podstawowych celów (a zatem i z samych konwencji).

NB2: Formalnie panuje prawie uniwersalna zgoda w sprawie trzech konwencji o narkotykach: do konwencji z 1961 roku przystąpiły 174 kraje, do konwencji z 1971 r. przystąpiło 168 krajów, natomiast do konwencji z 1988 roku przystąpiło 161 krajów. Stanowi to 85% wszystkich państw członkowskich.

NB3: Jak napisałem w poprzednim dokumencie WDR, konwencje nie są wykute w kamieniu i mogą zostać zmienione jeśli życzą sobie tego rządy. (Choć wprowadzenie zmian wcale nie jest proste). To nie Międzynarodowe Biuro ds. Kontroli Narkotyków (INCB) czy Komisja ds. Narkotyków (CND) nie dopuszczają do zmian: powodem jest brak aktywności rządów. W ostatnich latach żaden rząd nie zgłosił żadnej poprawki ani nie zwrócił się o zmianę klasyfikacji substancji zgodnie z bardziej liberalnym podejściem do narkotyków. Zamiast winić ONZ za nieposuwanie się z duchem czasów, powinniśmy lepiej zrozumieć mechanizmy zmian i intencje ich adwokatów.

Pragnę przedstawić następujące sugestie do naszej debaty:

1. Powinien zostać przeprowadzony nowy przegląd trzech konwencji w sprawie narkotyków – z uwzględnieniem ich celów historycznych, zadań i ich wartości dla nauk medycznych i ścisłych.
2. Należy zidentyfikować oraz przedyskutować, w świetle nowych odkryć medycznych i naukowych, punkty rozbieżności i kontrowersje, wystrzegając się podejścia politycznego.
3. Należy przedyskutować zakres swobody dopuszczany przez konwencje w celu znalezienia punktu równowagi pomiędzy podejściem uniwersalnym a różnorodnością. Jeśli brak zgody w sprawie dowolnej poprawki do traktatów (pamiętajmy, że poprawka może zostać zablokowana jednostronnie), wówczas należy uzgodnić nowe porozumienie w sprawie elastyczności („przestrzeni manewrowej”) z uwzględnieniem różnorodności kulturowej, religijnej i prawnej na poziomie krajowym

i lokalnym. W procesie tym należy pamiętać o konsekwencjach zmiany zasad dla innych państw, dla ich systemów prawnych i gospodarczych, a także dla ich własnych problemów z narkotykami. Tu, w Atenach, musimy wystrzegać się eurocentryzmu: choć system holenderski dobrze funkcjonuje w Holandii, brak podstaw, by zakładać, że funkcjonowałby równie dobrze w Nigerii, Meksyku czy Tadżykistanie. Nie wolno nam zakładać, że Marokańczycy pragną legalizacji konopi, choć niektórzy spośród obecnych tutaj uważają, że taki jest właśnie prawidłowy kurs dla Maroka i dla nas.

4. Poszukiwanie wspólnych podstaw do działania – na przykład dotychczasowa współpraca pomiędzy Wiedniem a Lizboną w zakresie opracowywania wskaźników oraz dzielenia się informacjami dotyczącymi najlepszych zasad postępowania; podobnie ONZ-owski program walki z HIV/AIDS. Wspólny grunt jest następujący: polityka w zakresie narkotyków musi ograniczać ryzyko zarażenia HIV przez użytkowników narkotyków, a nie przyczyniać się do jego wzrostu; oraz działania mające na celu walkę z HIV nie mogą być mylnie odbierane jako promocja używania narkotyków. Czy podobnego podejścia nie można by zastosować do innych problemów związanych z narkotykami?
5. Wzmożenie badań naukowych i prac analitycznych. Również na tym polu UE może odegrać pewną rolę. Rygorystycznie przeprowadzane i oceniane badania mogą sprawić, że przyjęte zostanie to, co dziś wydaje się być „nie do przyjęcia”. Spójrzmy na stopniową zmianę podejścia – dostarczanie igieł jednorazowych, heroina na receptę, medyczne zastosowania konopi. Po 3 latach testów klinicznych w Wielkiej Brytanii w tym roku

prawdopodobnie zostanie wydana licencja na sprzedaż leku opartego na konopiach. Doprowadzi to do konieczności rozważenia zmiany klasyfikacji konopi i kannabinolów w konwencjach z 1961 i 1971 roku.

6. Więcej uwagi należy poświęcić statusowi liści koka – zgodnie z wnioskiem zgłoszonym przez Boliwię i Peru. Kwestie te mają znaczenie nie tylko dla krajów andyjskich, lecz również dla UE.
7. Znalezienie wspólnej definicji ograniczania szkód. ONZ znajduje się w niekomfortowej sytuacji z powodu następującej niejasności: w jakim stopniu ONZ powinna zniechęcać do używania narkotyków i zachęcać do abstynencji. Konsensus w tej sprawie może i powinien zostać znaleziony – UE może mieć swój wkład w ten proces.
8. Odejdźcie od kultury „wstydu i winy”. Można to osiągnąć wyłącznie poprzez ograniczenie, w jakikolwiek sposób, upolitycznienia działań Biura ds. Kontroli Narkotyków ONZ (UNODC). Biuro, na mocy swojego mandatu, zobowiązane jest do przestrzegania konwencji, jednak dla niektórych z działań Biura, zwłaszcza dla prac badawczych, korzystne byłoby oddzielenie od INCB i CND (nie jest jasne, w jaki sposób można to zrealizować ponieważ CND określa działania związane z narkotykami i program badań). Gdyby okazało się to możliwe, UNODC zaczęłoby wypełniać swą prawdziwą rolę – rolę podstawowej instytucji prowadzącej prace badawcze i wspierającej je, dostarczającej wiedzę na tematy związane z narkotykami i przedstawiającej najlepsze zasady postępowania na całym świecie.

wystąpienie *Alison Jamieson*
(eksperta-badacza)

W JAKIM KIERUNKU ZMIERZA EUROPEJSKA POLITYKA WOBEC NARKOTYKÓW?

Uwagi na tle konferencji w Atenach

W dniach 6–8 marca 2003 roku z inicjatywy greckiej Prezydencji Unii Europejskiej odbyła się konferencja zatytułowana *Towards an effective policy on drugs: Scientific evidence, day-to-day practice and policy choices*. W konferencji tej, poza przedstawicielami organów europejskich, takich jak Komisja Europejska, czy Europejskie Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*), a także oficjalnymi przedstawicielami krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz krajów kandydujących do tego członkostwa (reprezentującymi najczęściej tzw. krajowe *focal points* w ramach struktury EMCDDA), udział wzięło także liczne grono zaproszonych ekspertów reprezentujących tak kręgi akademickie, jak i praktykę – organy ONZ, Europol, Radę Europy, Parlament Europejski, a także rozmaite organizacje pozarządowe.

Spotkanie to miało pod wieloma względami dość niezwykły charakter. Była to bowiem jedna z pierwszych konferencji międzynarodowych o oficjalnym charakterze, w ramach której doszło do spotkania i wymiany poglądów pomiędzy zwolennikami różnych opcji w polityce wobec narkotyków, a mianowicie zwolennikami istniejącego *status quo* oraz zwolennikami zmian. Rzecz w tym, że dotychczas obie strony spotykały się najczęściej we własnym gronie, co na pewno trudno uznać za sytuację zdrową. Wypowiedzi uczestników konferencji dotyczyły niezwykle szerokiego kręgu zagadnień i dlatego trudno tu omawiać

wszystkie prezentowane poglądy i poruszone kwestie, które zresztą dla osób obeznanych z kwestiami polityki wobec narkotyków i narkomanii nie są niczym nowym. Wypadnie więc skoncentrować się na jednym problemie, który przewijał się zresztą w szeregu wypowiedzi, a mianowicie próbie odpowiedzi na pytanie, na ile wymogi globalizacji i postępującej integracji europejskiej powinny prowadzić do ujednolicania i unifikacji rozwiązań, tak w zakresie zwalczania nielegalnej podaży narkotyków, jaki i redukcji popytu na nie, a w jakim powinna zostać zachowana swoboda kształtowania tej polityki na szczeblu narodowym czy nawet lokalnym.

Proces ujednolicania polityki wobec narkotyków i narkomanii w skali światowej, zapoczątkowany przyjęciem w roku 1912 w Hadze pierwszej konwencji opiumowej, traktować można nie tylko jako prototyp współczesnych procesów globalizacji, ale także procesów globalizacji szeroko akceptowanej. W każdym razie, jeśli przyjrzeć się stanowi poparcia dla podejścia do problemu narkotyków i narkomanii reprezentowanego przez trzy obecnie obowiązujące konwencje ONZ z lat 1961, 1971 oraz 1988, a wyrażającego się aktem ich ratyfikacji przez poszczególne państwa, to można odnieść wrażenie, iż mamy tu do czynienia z poparciem niemalże powszechnym. Na 191 członków ONZ Konwencję jednolitą o środkach odurzających z roku 1961 ratyfikowały bowiem dotychczas 174 państwa, konwencję o substancjach psychotropowych z roku 1971 – 168 państw,

a konwencję Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi – 161 państw, a także UE jako podmiot prawa międzynarodowego. Niewątpliwie żadna inna konwencja nie uzyskała aż tak masowego poparcia. Taki stan rzeczy zdaje się nie pozostawiać wątpliwości co do istnienia całkowitej jedności społeczności międzynarodowej wobec problemu narkotyków i narkomanii. Jest to jednak wyłącznie złudzenie.

Rzecz w tym, iż w trwającej od lat debacie na temat polityki wobec narkotyków i narkomanii, konwencjom ONZ coraz częściej zarzuca się jednostronność i brak dostatecznej elastyczności przyjmowanych rozwiązań. Twierdzi się przede wszystkim, iż przyjmują one bardzo jednostronne podejście do narkotyków, traktując redukcję rozmiarów używania tych substancji oraz abstynencję, jako absolutne priorytety, a represję karną jako niezwykle istotny, często wręcz najistotniejszy mechanizm realizacji powyższych celów, uzupełniany jedynie działaniami profilaktycznymi czy terapeutycznymi. Inaczej mówiąc, w ramach tego podejścia narkotyki i narkomania to przede wszystkim problem polityki kryiminalnej. Tymczasem od szeregu lat rośnie liczba zwolenników tezy, iż podejście takie zabrnęło w ślepy zaułek. Jest ono nie tylko nieefektywne, o czym świadczy to, że tak problem nielegalnego obrotu narkotykami jaki i rozmiary ich używania bynajmniej nie maleją. Jest ono także pod wieloma względami szkodliwe przede wszystkim dla użytkowników narkotyków. Dlatego zakres odwoływania się do działań represyjnych powinien być – na tyle, na ile jest to możliwe – zredukowany i zastąpiony działaniami ze sfery polityki zdrowotnej i społecznej. „Społeczeństwo wolne od narkotyków” jest utopią, a celem polityki wobec tych substancji powinna być nie tylko abstynencja, ale także redukcja, ograniczanie szkód (*harm reduction*)

wynikających stąd, że używania narkotyków przez pewne grupy ludzi stało się we współczesnych społeczeństwach – niestety smutnym – ale stosunkowo częstym faktem. Inaczej mówiąc problem używania narkotyków powinien stać się przede wszystkim problemem ze sfery zdrowia publicznego, a nie polityki kryiminalnej. Konwencje ONZ ze względu na wspomniane jednoznacznie abstynencyjne podejście i przykładanie istotnej wagi do represji, również w stosunku do użytkowników narkotyków, uważane są często za istotną przeszkodę na drodze rozwoju strategii redukcji szkód. Dotyczy to przede wszystkim przepisu art.3 ust. 2 konwencji z 1988 roku, który nakłada obowiązek penalizacji posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek, ale także wielu innych postanowień, na których opiera się odrzucanie takich rozwiązań, jak terapia podtrzymująca heroiną, tzw. pomieszczenia higieniczne do iniekcji narkotyków, testowanie zawartości chemicznej narkotyków syntetycznych dla bywalców dyskotek, czy nawet niechętny w wielu wypadkach stosunek do programów wymiany igieł i strzykawek bądź programów substytucji metadonowej. Krytyczny, często wręcz jednoznacznie negatywny stosunek corocznych raportów Międzynarodowego Organu Kontroli Narkotyków (*International Narcotics Control Board*) do takich rozwiązań opiera się najczęściej na twierdzeniu, iż nawet jeśli nie naruszają one litery konwencji ONZ, to na pewno naruszają ich ducha, jako że nie traktują abstynencji jako zasadniczego celu postępowania wobec użytkowników narkotyków i mogą w gruncie rzeczy przyczyniać się do wzrostu rozmiarów używania tych substancji.

Twierdzi się często – głosy takie miały miejsce także w Atenach – iż krytyka konwencji pochodzi z reguły z kręgów akademickich oraz rozmaitych organizacji, których wpływ na praktykę polityki wobec narkotyków i narkomanii jest

ograniczony bądź wręcz żaden. Rządy większości krajów świata stoją natomiast na gruncie konwencji, a zwolennicy ich radykalnej zmiany lub wręcz całkowitej likwidacji stanowią margines. Nie tylko nigdy nie będą w stanie zebrać większości państw niezbędnej do ich nowelizacji, ale nie są nawet w stanie takiej nowelizacji zainicjować. Przebieg konferencji w Atenach wskazuje jednak na to, że twierdzenia takie niekoniecznie odpowiadają prawdzie, a rozwój sytuacji w Unii Europejskiej w ostatnich latach zdaje się to potwierdzać. Oczywiście UE posiada swoją własną politykę wobec problemu narkotyków, czego przejawem są m.in. pięcioletnie plany działania w walce z narkotykami (*Action Plans to Combat Drugs*), przygotowywane od roku 1990. Istnieją także struktury unijne, w postaci wspomnianego EMCDDA czy też Europolu, posiadające istotne kompetencje w tym zakresie. Kompetencje te mogą zresztą w przyszłości być rozszerzane. W trakcie konferencji postulowano na przykład, aby EMCDDA uzyskało nowe kompetencje, nie tylko w zakresie gromadzenia danych epidemiologicznych, ale także odnośnie do ewaluacji polityki prowadzonej przez poszczególne kraje. Trzeba jednak powiedzieć, że w porównaniu z wieloma innymi obszarami wspólnej polityki unijne *acquis* dotyczące narkotyków jest skromne, a zasadnicze kompetencje w tym zakresie pozostają wciąż w rękach państw członkowskich. I jeśli przyjrzeć się podejściu do problemu narkotyków funkcjonującemu w krajach członkowskich UE to tym, co natychmiast rzuca się w oczy jest – paradoksalnie – jej daleko posunięte zróżnicowanie, szczególnie w zakresie podejścia do popytu i użytkowników. Na jednym biegunie znajdują się kraje skandynawskie (za wyjątkiem Danii) oraz Francja prowadzące relatywnie restrykcyjną politykę unika-

jącą jakichkolwiek eksperymentów. Na drugim biegunie znajduje się niewątpliwie Holandia ze swoją polityką *quasi*-legalizacji *cannabis* i szerokim odwoływaniem się do programów redukcji szkód, z najbardziej kontrowersyjnym podtrzymywaniem heroiny i pomieszczeniami higienicznymi do iniekcji włącznie. W podobnym kierunku od kilku lat zmierza zresztą – pozostająca oczywiście poza UE – Szwajcaria. Pomiędzy tymi skrajnościami mieści się jednak wiele krajów, takich jak Hiszpania, Włochy, Niemcy, do których ostatnio dołączyła Portugalia i Belgia, które coraz to wyraźniej poszukują nowych rozwiązań i eksperymentują z nieortodoksyjnymi rozwiązaniami, takimi jak depenalizacja, czy dekryminalizacja użytkowników, szeroka dostępność programów substytucji, a nawet podtrzymywania heroiny, programy wymiany igieł i strzykawek, pomieszczenia higieniczne, itp. W świetle tendencji integracyjnych, tak europejskich, jak i światowych, jest to niewątpliwie paradoks. Unia Europejska, a przynajmniej wielu jej członków, zaczyna bowiem być niejednokrotnie postrzegana, jako swoista ostoja „liberalizmu” w polityce wobec narkotyków i jest przeciwstawiana w tym zakresie nie tylko amerykańskiej polityce bezwzględnej „wojny z narkotykami”, ale także podejściu reprezentowanemu przez konwencje ONZ i ich organy. Taki stan rzeczy ma jednak dość schizofreniczny charakter: z jednej strony obowiązują bowiem konwencje ONZ i ich restrykcyjna wykładnia przez INCB, z drugiej zaś strony spora liczba krajów europejskich prowadzi swoją własną politykę, nie zważając na to, iż w ostatnich latach INCB w swoich rocznych raportach kilkakrotnie wypowiadał się jednoznacznie negatywnie na ten temat.

Takiej sytuacji nie sposób uznać za zdrową. Dlatego zainicjowanie przez grecką Prezydencję

dyskusji na ten temat uznać należy za inicjatywę szczególnie cenną tym bardziej, że w kwietniu w Wiedniu ma mieć miejsce sesja Komisji Środków Odurzających ONZ (*Commission on Narcotic Drugs*), której przedmiotem ma być właśnie dokonanie przeglądu implementacji konwencji i innych dokumentów ONZ dotyczących narkotyków i narkomanii. Oczywiście konferencja w Atenach nie wypracowała żadnego jednolitego stanowiska w tej kwestii (przygotowano jedynie raport z jej przebiegu), nie mówiąc nawet o jakimś zaczątku wspólnego stanowiska UE. Trudno byłoby zresztą się czegoś takiego spodziewać. Być może jednak zapoczątkuje ona szerszą rzeczową dyskusję nie tylko na temat kierunków polityki wobec narkotyków i narkomanii, ale także racji i sensu globalizacji i daleko posuniętej unifikacji w tym zakresie.

Dyskusja na temat kwestii narkotyków i narkomanii ma często emocjonalny charakter i jest silnie uwikłana w spory natury ideologicznej. W związku z tym język, jakiego używają obie strony, nie zawsze sprzyja próbom dialogu. Widoczne to było także w Atenach, kiedy Bernard Leroy z Biura ONZ w Wiedniu o krytykach konwencji mówił, jako o „uczniach czarnoksiężnika”, którzy traktują konwencje międzynarodowe jako odpowiedzialne za wszelkie zło i są gotowi narzucić swoje utopijne koncepcje grając w „rosyjską ruletkę” z przyszłością naszych dzieci”. Z drugiej strony równie emocjonalne tony pojawiały się w wystąpieniu Emmy Bonino, posła do Parlamentu Europejskiego z ramienia włoskiej partii radykalnej. Trzeba jednak przyznać, że większość uczestników starała się unikać takich sformułowań i na każdym kroku podkreślała konieczność „odideologizowania” i „odemocjonalizowania” dyskusji, oparcia jej przede wszystkim na faktach. Wyrażało się to zresztą w podtytułach konferencji: przewyciężanie przeszkód we

wprowadzaniu opartej na faktach polityki wobec narkotyków.

Przeciwnicy jakichkolwiek zmian w podejściu do narkotyków i narkomanii bardzo często podejrzewają obóz „liberałów” o dążenie do legalizacji narkotyków, przede wszystkim zaś *cannabis*. Nie można zaprzeczyć, że wśród zwolenników zmian jest wielu, którzy uważają legalizację za rozwiązanie słuszne, czego przykładem może być właśnie włoska partia radykalna, co popierali niektórzy obecni na konferencji eksperci. W swoim przemówieniu w trakcie konferencji Honorowy Sekretarz Generalny Interpolu Raymond Kendall podkreślił jednakże z całą mocą, iż alternatywa: albo obecny stan rzeczy, albo legalizacja jest całkowicie fałszywa. Pomiedzy tymi dwoma skrajnościami jest cała masa pragmatycznych rozwiązań pośrednich, które nie negując szkodliwości indywidualnej i społecznej narkotyków i nie rezygnując z ich generalnie nielegalnego statusu, starają się wyciągnąć wnioski z niepowodzeń dotychczasowej polityki. Nawiasem mówiąc, stanowisko Kendalla, jednoznacznie krytyczne wobec opartej o konwencje ONZ polityki wobec narkotyków jest znamienne. Jako wysokiej rangi funkcjonariusz policji był on przez wiele lat na pierwszej linii „wojny z narkotykami”. Doświadczenia z tym związane doprowadziły go jednak najwyraźniej do istotnego przewartościowania poglądów. Kendall nie był zresztą jedyną osobą, która wyraźnie przyznała się do zmiany poglądów. Stwierdziła to także Dora Bakoyanni, burmistrz Aten, opowiadając się za strategią redukcji szkód. W każdym razie Raymond Kendall wyraźnie postrzega konwencje ONZ jako dokumenty niedostatecznie elastyczne, w sposób zbyt daleko idący i niepotrzebny krępujące poszczególne państwa członkowskie w prowadzeniu swojej własnej, dostosowanej

do lokalnych potrzeb polityki. W tym kontekście stwierdzić wypadnie, że niemalże aprioryczne odrzucanie przez konwencje i organa ONZ wielu nieortodoksyjnych rozwiązań w polityce wobec narkotyków może prowadzić do wniosku, że nie chodzi tutaj o rozwiązywanie problemów, lecz o forsowanie „jedynie słusznej linii”. W konsekwencji można odnieść wrażenie, że demokratycznie wybrane rządy Szwajcarii, Holandii, Niemiec, Belgii czy Portugalii podejmują w ostatnich latach nieodpowiedzialne kroki, zmierzające do zguby własnych społeczeństw, a ONZ jest jedyną zaporą przed takimi działaniami. Nawet jeśli „eksperymentatorzy” błędzą, wyniki ich działań nie powinny być odrzucane *a priori*, lecz oceniane w oparciu o obiektywne fakty. Póki co nie wydaje się, aby działania wyżej wymienionych rządów przynosiły w ich krajach jakieś zgubne efekty.

Cały problem wydaje się sprowadzać to tego, iż konwencje ONZ nie są dokumentami pierwszej młodości. Szczególnie dwie pierwsze powstały w okresie, kiedy terapia podtrzymująca metadonem była jedynie pomysłem, o HIV/AIDS, wymianie igieł i strzykawek czy pomieszczeniach higienicznych nikt nie słyszał, a problem używania środków syntetycznych przez uczestników dyskotek nie istniał. Również rozpowszechnienie używania narkotyków nie było tak duże i systemom wymiaru sprawiedliwości nie groził zawał z powodu dramatycznego wzrostu liczby przypadków drobnego posiadania narkotyków. W takiej sytuacji u progu XXI stulecia powstają dwie możliwości: albo należy odstąpić od restrykcyjnej wykładni konwencji, dając stronom więcej swobody w kształtowaniu własnego podejścia, albo też rozpocząć proces nowelizacji owych dokumentów lub wręcz zastąpienia ich całkowicie nowymi. Niektórzy uczestnicy konferencji stali na stanowisku, iż konwencje dają możliwość ich dosta-

tecnie elastycznej wykładni. Co ciekawe, wbrew krytycznym uwagom INCB, na stanowisku takim stoją na przykład Niemcy, które uważają, że ich rozmaite ostatnie inicjatywy nie naruszają konwencji, a tym samym nie wymagają one zmiany. Takie stanowisko przedstawione w trakcie konferencji przez Ingo Michaela jest być może słuszne. Problem w tym, że INCB nie zdaje się przejawiać w swojej interpretacji konwencji żadnej skłonności do takiej elastyczności, nawet tam, gdzie jest ona oczywiście możliwa. Wbrew stanowisku prezentowanemu przez niektórych uczestników konferencji interpretacja konwencji przez INCB i stopień tolerancji dla „nowinek” mógłby być większy. Nie dotyczy to oczywiście ewentualnej legalizacji podaży, która byłaby rzeczywiście problematyczna i wymagała wcześniejszej nowelizacji konwencji. Nie to jest jednak – z wyjątkiem *cannabis* – podstawowym przedmiotem sporu. Prawdą jest oczywiście to, że konwencje zostały ratyfikowane przez przytłaczającą liczbę krajów, co może stwarzać wrażenie daleko posuniętego konsensu, a także to, że żaden kraj czy grupa krajów nigdy właściwie nie podjęły prób zainicjowania procesu ich nowelizacji. Co do pierwszej kwestii stwierdzić jednak wypadnie, iż wiele aktów ratyfikacji miało miejsce lata temu w zupełnie odmiennej sytuacji. Równocześnie proces zmiany konwencji jest na tyle skomplikowany, że może skutecznie odstraszać od prób jego podejmowania. Jest tak tym bardziej, że INCB – wbrew temu, co w trakcie konferencji twierdziła Alison Jamieson – nie jest wyłącznie wykonawcą woli stron konwencji. Jest także istotnym aktorem na scenie sporu o politykę wobec narkotyków reprezentującym określone stanowisko. W konsekwencji, jak pokazuje przykład Europy, wiele krajów próbuje raczej różnych nowych inicjatyw, nie oglądając się specjalnie na konwencje.

Na tym tle intencja konferencji w Atenach zainicjowania poważniejszej dyskusji nie tylko na temat europejskiej polityki wobec narkotyków i narkomanii, ale także na temat ewentualnych zmian w konwencjach ONZ zasługuje na jednoznaczne poparcie. Podkreślić należy jedno. Konwencje ONZ, a także wspólny wysiłek UE w zakresie polityki wobec narkotyków są niezbędne i nie można tutaj pozwolić sobie na całkowitą samodzielną poszczególnych państw. Dotyczy to przede wszystkim sfery podaży narkotyków. Wobec autentycznie globalnego i międzynarodowego charakteru współczesnego nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi odbywającego się najczęściej pomiędzy krajami producentami i krajami konsumentami ścisła nawet współpraca i koordynacja w tym zakresie są niezbędne. Jest tak tym bardziej, że jest to w znacznym stopniu problem działań organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, aczkolwiek nie można zapominać, że tak naprawdę zlikwidowanie problemu nielegalnej produkcji narkotyków w krajach producentach to także kwestia ich rozwoju ekonomicznego i społecznego. Czym innym jest natomiast kwestia polityki wobec użytkowników. Jeśli ma to być przede wszystkim kwestia polityki społecznej i zdrowotnej, poszczególne państwa muszą dysponować w tym zakresie stosunkowo dużą swobodą uciekania się do rozmaitych środków takich, jakie mogą mieć sens w ich lokalnych warunkach. Jest rzeczą oczywistą, że model holenderski czy portugalski nie musi nadawać się dla Kazachstanu czy Tajlandii, a nawet Polski. To oznacza jednak, że należy tym krajom dać możliwość kształtowania takiego podejścia, jakie uznają one za słuszne, a nie krępować je narzucaniem „jedynie słusznej linii”. Wbrew niektórym twierdzeniom konwencje ONZ i stanowisko INCB popierają dzisiaj pewną konkretną wersję restrykcyjnej po-

lityki wobec narkotyków. W sytuacji, kiedy krytyka takiego podejścia przestaje ograniczać się do wąskiej grupy „narkotykowych radykałów” i zaczyna wyrażać się w polityce rządów wielu krajów, ONZ powinna uznać, że „jedynie słuszne” podejście do problemu narkotyków nie istnieje. Ponawiane przez niektórych, również w Atenach, postulaty pełnej implementacji konwencji, mogą jedynie powiększać napięcia i wspomnianą „schizofrenię”: rozbieżność pomiędzy konwencjami a rzeczywistością w niektórych krajach.

Dyskusja na temat narkotyków i narkomanii jest sama przez się dostatecznie burzliwa. Powinno się więc pozwolić na to, aby demokratycznie wybrane rządy mogły w większym zakresie same decydować o tym, jak postępować z osobami uzależnionymi i innymi użytkownikami narkotyków. Tylko w takich warunkach będzie możliwa rzeczywista dyskusja na temat polityki wobec narkotyków i narkomanii oraz dokonywanie pragmatycznych wyborów w oparciu o fakty i zgromadzoną wiedzę empiryczną, a nie w oparciu o emocje. Tym bardziej, że dzisiaj wszelka dyskusja wewnętrzna na ten temat (z czym mieliśmy także do czynienia w Polsce), jest często przecinana argumentem o niezgodności z konwencjami ONZ. W takiej sytuacji argumenty merytoryczne tracą wszelki sens, a konwencje przestają być pragmatycznym instrumentem współpracy międzynarodowej w obszarze narkotyków i narkomanii. Stają się one „stroną” w sporze o politykę w tym zakresie, co na pewno nie przysparza im poparcia. Inaczej mówiąc, wobec faktu, iż uzyskanie konsensu (tak międzynarodowego, jak i wewnętrznego) w kwestii polityki wobec narkotyków jest współcześnie niezwykle trudne, albo możliwe tylko w ograniczonym zakresie na stosunkowo wysokim poziomie ogólności, zmiana konwencji lub przynajmniej zmiana wykładni niektórych ich postanowień wydaje się być niezbędna. Dotyczyć to powinno przede wszyst-

kim odejścia od obowiązku kryminalizacji drobnego posiadania zawartego w art.3 ust.2 konwencji z 1988 roku, a także jednoznacznego uregulowania statusu i dopuszczalności rozmaitych programów redukcji szkód, jako równouprawnionego z abstynencją podejścia do problemu narkomanii. Trzeba zresztą przyznać, iż w trakcie konferencji wielu ekspertów – w tym także ci związani z ONZ – stwierdzało wyraźnie, że konwencje nie są dokumentami ustalonymi raz na zawsze, co na pewno stwarza podstawy do pewnego optymizmu.

Oczywiście nie można zaprzeczyć, że z realizacją powyższych postulatów może łączyć się szereg problemów. Nie można na przykład lekceważyć argumentu, że postulat „decentralizacji” pewnych przynajmniej aspektów polityki wobec narkotyków stanowi przejaw wąskiego eurocentryzmu czy też szerzej - odpowiada interesom krajów konsumenckich. Jak zauważył w związku z tym wspomniany Bernard Leroy liberalizacja polityki wobec narkotyków, szczególnie wobec *cannabis*, w krajach Unii Europejskiej może prowadzić do podważania sensu wysiłków krajów producentów (np. afrykańskich krajów produkujących *cannabis*) zmierzających do likwidacji tych upraw. W tym kontekście stwierdzić wypadnie, iż prawdą jest, że globalna polityka wobec narkotyków coraz bardziej sprowadza się do poszukiwania równowagi obowiązków krajów producentów w zakresie redukcji podaży i krajów konsumentów w zakresie redukcji popytu. Poszukiwanie takiej równowagi nie może stanowić jednak dogmatu, a dążenie do redukcji podaży nie może być realizowane w sposób przynoszący ewidentnie negatywne konsekwencje nie tylko w krajach producentach, ale także w krajach borykających się z problemem używania narkotyków, co jest jednym z podstawowych problemów dotychczasowej polityki prohibicji.

Postulat przyznania państwom większej swobody w kształtowaniu ich polityki wobec użytkowników narkotyków może być uznany za nieco paradoksalny w dzisiejszych czasach, czasach globalizacji, integracji, harmonizacji i unifikacji. Dotyczy to niewątpliwie przede wszystkim sytuacji w Europie, gdzie procesy integracyjne przebiegają ze szczególną intensywnością. Trzeba jednak pamiętać, że integracja nie zawsze musi oznaczać unifikację. Dotyczy to zwłaszcza zagadnień spornych, kontrowersyjnych, w których brak jest jednoznacznego konsensu, a polaryzacja stanowisk wyraźna. Próby unifikacji w takich obszarach muszą być zawsze odczytywane jako próby narzucania pewnych rozwiązań przez jednych innym. Wypada w związku z tym stwierdzić, iż w trakcie obrad konferencji wspomniano o dyskusji na temat polityki wobec narkotyków i narkomanii w ramach konwentu europejskiego i potrzebie umieszczenia jakichś zapisów w tym zakresie w przyszłej „konstytucji” europejskiej. Nie jest to na pewno pomysł zły, zależy jednak, w jaki sposób zostanie zrealizowany. Jeśli przybierze on kształt zapisów odzwierciedlających jedną tylko opcję polityczną w tym zakresie (tak jak to jest dzisiaj w znacznym stopniu w przypadku konwencji ONZ), to na pewno nie jest to pomysł dobry. W tej dyskusji na szczeblu europejskim nie powinno być ani „zwycięzców”, ani „pokonanych”. Powinno być natomiast wskazanie na znaczenie problemu narkotyków we współczesnych społeczeństwach, który to problem może być rozwiązywany na rozmaite sposoby. Decyzje w tym zakresie powinny jednak w możliwie maksymalnym stopniu uwzględniać lokalne warunki społeczne, kulturowe i lokalną tradycję i nie być podejmowane niejako *in abstracto*.

prof. Krzysztof Krajewski
Katedra Kryminologii UJ

LECZENIE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW JAKO ELEMENT FRANCUSKIEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Wprowadzenie

Polska jako kraj kandydujący do członkostwa w Unii Europejskiej w 2004 roku uczestniczy w programie PHARE 2000, którego celem jest wspieranie krajów kandydujących w rozwoju struktur administracyjnych oraz przystosowaniu prawodawstwa krajowego do standardów prawa krajów „piętnastki”. W ramach powyższego programu w 2003 roku zostało podpisane porozumienie pomiędzy Francją a Polską o realizacji wspólnego projektu ukierunkowanego na wzmocnienie struktur instytucjonalnych odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zapobiegania narkomanii w Polsce, w szczególności Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Krajowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Celem projektu jest także transfer francuskich doświadczeń w zakresie wielu szczegółowych kwestii dotyczących zarówno ogólnie pojętej polityki przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych, jak i konkretnych rozwiązań organizacyjnych. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie francuskich doświadczeń w obszarze ograniczania używania substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia uzależnień. Kwestii tej poświęcone było seminarium, które odbyło się w dniach 17–21 marca 2003 r. w Kazimierzu Dolnym.

Narkotyki i narkomania we Francji

Rozmiary problemu używania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych we Francji należą do jednych z większych w Europie. Wyniki badań szkolnych prowadzonych w 1995 i 1999 roku wykazały, że młodzież najczęściej eksperymentuje z alkoholem, tytoniem i przetworami konopi. Abstynenci, tzn. młodzi ludzie, którzy nie mieli kontaktu z żadną z substancji psychoaktywnych, stanowili około 11% badanych w wieku 14 lat i około 5% w wieku 18 lat. Substancje psychoaktywne są często używane łącznie w różnych kombinacjach. Najczęściej stosowaną kombinacją jest tytoń i przetwory konopi. Zjawisko współwystępowania różnych substancji we wzorach używania substancji potwierdzają także dane z leczenia – wśród pacjentów leczonych z powodu uzależnienia 54% stanowią osoby uzależnione od co najmniej 2 substancji.

Najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną wśród mieszkańców Francji są przetwory konopi. Liczba użytkowników marihuany lub haszyszu systematycznie rośnie i obecnie szacuje się, że wynosi około 2 mln, z czego 10% stanowią tzw. użytkownicy problemowi. Liczba użytkowników heroiny w ostatnich latach ustabilizowała się, a nawet można mówić o pewnym spadku. Obecnie szacuje się, że jest

około 150 tys. osób uzależnionych od heroiny, z czego około 100-120 tys. znajduje się w leczeniu substytucyjnym. W ostatnich latach obserwuje się natomiast wzrost konsumpcji kokainy, pochodzącej głównie z Ameryki Południowej. Szybko rośnie także liczba użytkowników narkotyków syntetycznych.

W odniesieniu do innych substancji mamy do czynienia ze wzrostem konsumpcji mocnych alkoholi oraz liczby upić wśród młodych osób pomiędzy 15 a 19 rokiem życia, pomimo że w ciągu ostatnich 25 lat średnie spożycie alkoholu we Francji spadło prawie dwukrotnie. Konsumpcja tytoniu pozostaje na stabilnie wysokim poziomie: 35% osób powyżej 18 roku życia pali papierosy oraz 29% w wieku od 12 do 19 lat przyznaje się do palenia od czasu do czasu. Ogólnie jednak po wprowadzeniu restrykcyjnych regulacji prawnych w 1991 r., liczba palaczy spadła. Niepokojącym zjawiskiem jest wzrost liczby użytkowników legalnych leków psychoaktywnych, w szczególności wśród kobiet. Około 9% osób w wieku 12–19 lat przyznaje się do ich używania w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem.

Podstawowe założenia polityki przeciwdziałania narkomanii we Francji

Francja tradycyjnie prowadziła restrykcyjną politykę wobec narkotyków i liberalną wobec alkoholu. Obowiązujące przepisy prawne dotyczące narkotyków należą do jednych z bardziej restrykcyjnych w Europie. W prawodawstwie francuskim posiadanie jakiegokolwiek ilości narkotyku jest karalne, nie stosuje się rozróżnienia pomiędzy tzw. narkotykami miękkimi i twardymi. Karalne jest także używanie narkotyków, co jest rzadkością w Europie (dla

porównania polskie prawo nie penalizuje używania narkotyków). Wobec osób, które z powodu używania narkotyków weszły w konflikt z prawem, możliwe jest zastosowanie środków probacyjnych – zawieszenie kary pozbawienia wolności lub udzielenie warunkowego przedterminowego zwolnienia z odbywania reszty kary pozbawienia wolności. W takich sytuacjach sąd równocześnie kieruje osobę, wobec której zastosowano środek probacyjny do odpowiedniego programu profilaktycznego (ambulatoryjnego) w zależności od tego czy mamy do czynienia z osobą uzależnioną, używającą problematycznie, czy okazjonalnie. Wobec osób nieletnich, podobnie jak w Polsce, prawo przewiduje możliwość orzeczenia przymusowego leczenia. Możliwość taka istnieje także wobec osób dorosłych. Sąd może także umorzyć postępowanie karne wobec osoby uzależnionej, jeśli ta dobrowolnie podda się terapii. Nie przewiduje się natomiast trybu przymusowego leczenia wobec uzależnionych, przebywających w zakładach karnych (odmiennie niż w Polsce). Zrozumiałe jest zatem, że poza detoksykacją, możliwością indywidualnych kontaktów ze służbą medyczną oraz leczeniem substytucyjnym, francuski system penitencjarny nie oferuje uzależnionym więźniom innych form oddziaływań terapeutycznych. Dla porównania – w polskich więzieniach istnieją specjalistyczne oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych od narkotyków (10 oddziałów) oraz uzależnionych od alkoholu (12 oddziałów). Skazani, uzależnieni od substancji psychoaktywnych, mogą zgłaszać się do leczenia dobrowolnie lub być zobowiązani do jego podjęcia przez sąd. W odniesieniu do leczenia substytucyjnego działa tylko jeden program w Areszcie Śledczym w Krakowie. Można go nazwać eksperymentalnym, ponieważ obejmuje zaledwie kilku skazanych.

Pomimo częstego korzystania przez francuski wymiar sprawiedliwości ze środków probacyjnych liczba osób przebywających w więzieniach z powodu przestępczości narkotkowej jest stosunkowo wysoka w porównaniu z innymi krajami Europy. Często są to drobni dilerzy czy konsumenci narkotyków, którzy nie stanowią poważnego zagrożenia dla porządku publicznego. Ich utrzymanie w więzieniach stanowi poważny wydatek dla podatnika francuskiego. Sytuacja taka skłania część opinii publicznej, ekspertów, a nierzadko i polityków do refleksji nad zasadnością obowiązujących przepisów prawnych. Szczególnie ożywiona dyskusja na ten temat miała miejsce w końcu lat 90. Jednak wraz ze zwycięstwem w ostatnich wyborach parlamentarnych konserwatystów wyrażnie straciła ona na znaczeniu. Niemniej jednak coraz częściej można usłyszeć we Francji pogląd formułowany przez przedstawicieli różnych instytucji, a także opinię publiczną, że nie surowość i ciężar kary stanowi o jej odstraszającej funkcji, lecz wykonalność obowiązującego prawa. Wyniki badań przeprowadzonych w 1999 r. wśród mieszkańców Francji wykazały, że ok. 30% badanych byłoby skłonnych zaakceptować możliwość używania przetworów konopi obwarując to jednak różnymi warunkami. Trzeba jednak dodać, że większość badanych była przeciwna legalizacji przetworów konopi.

W kontekście obowiązujących regulacji prawnych zrozumiałe jest, że we francuskiej polityce przeciwdziałania narkomanii od początku lat 60. dominowała strategia oparta na założeniach tzw. społeczeństwa wolnego od narkotyków.

Znajdowało to swój wyraz m.in. w rozwijaniu programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych ukierunkowanych przede wszystkim na kształtowanie zdolności do życia wolnego

od narkotyków przy równoczesnym zaniechaniu rozwijania programów zorientowanych na ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych. Pojawienie się epidemii HIV/AIDS w latach 80. skłoniło rząd Francji, podobnie jak rządy wielu innych krajów, do modyfikacji założeń dotychczasowej strategii. Zaczęto poszukiwać skutecznych strategii zapobiegających nie tylko używaniu substancji i uzależnieniu od nich, ale przede wszystkim chroniących konsumentów narkotyków jak i pozostałą część społeczeństwa przed szkodami zdrowotnymi i społecznymi związanymi z ich używaniem. Dane z lecznictwa substytucyjnego jednoznacznie wskazują na kierunek tych zmian. O ile na początku lat 90. z tej formy terapii korzystało we Francji 50 pacjentów uzależnionych od opiatów, o tyle obecnie liczba osób uczestniczących w tego typu programach wynosi około 120 tys. (około 80 tys. – buprenorfina, 10–20 tys. – kodeina, 12–15 tys. metadon). W nurcie działań ukierunkowanych na ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych pozostają także programy przeciwdziałające marginalizacji społecznej narkomanów. We Francji działa wiele placówek, w których czynni narkomani mogą uzyskać pomoc prawną czy socjalną (na przykład ciepły posiłek, nocleg). Ich nadrzędnym celem pozostaje przywrócenie czynnym narkomanom takich form pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, jaka przysługuje pozostałym obywatelom.

Rola, zadania i budżet MILDT

Polityka wobec substancji psychoaktywnych we Francji realizowana jest w sposób planowy i skoordynowany. Rolę koordynatora pełni Międzyresortowa Misja ds. Walki z Narkotykami i Uzależnieniem (MILDT) utworzona przez

premiera w 1982 roku posiadającą status samodzielnego ministerstwa. Do jej zadań należy wyznaczanie kierunków polityki w obszarze ograniczania używania środków psychoaktywnych oraz koordynacja prac 17 innych resortów, które w swoich kompetencjach posiadają ograniczanie podaży lub popytu na substancje psychoaktywne. MILDT zatrudnia zatem specjalistów – m.in. z resortu zdrowia, edukacji, spraw socjalnych, policji, wymiaru sprawiedliwości czy służb celnych. Do zadań Misji należy także wspieranie w wymienionym obszarze działań władz lokalnych, organizacji pozarządowych oraz instytutów badawczych. Jednak najważniejsze zadania MILDT obejmują przygotowanie i wdrażanie 3 letniej strategii narodowej w zakresie redukcji popytu i podaży na substancje psychoaktywne. Od 1999 roku obejmuje ona zarówno środki nielegalne (narkotyki) jak i substancje legalne – alkohol, tytoń i leki psychotropowe.

Misja dysponuje własnym budżetem (w 2002 roku wynosił on 40 mln. euro). Ze środków tych finansowana jest m.in. działalność francuskiego *focal point*¹ (budżet 4 mln. euro), całodobowy telefon zaufania dla osób zainteresowanych sprawami używania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych – tzw. Czerwona Linia, działania licznych organizacji pozarządowych oraz inicjatywy podejmowane przez różne ministerstwa. Niezależnie od funduszy pozostających w dyspozycji MILDT, każde z ministerstw jest zobowiązane do planowania w ramach posiadanego budżetu specjalnej pozycji na zapobieganie problemom związanym z używaniem substan-

cji psychoaktywnych. Budżet MILDT w porównaniu ze środkami planowanymi na poziomie poszczególnych ministerstw stanowi niewielką kwotę wydatków przeznaczonych na rozwiązywanie problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych.

Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych

Pierwsze ośrodki leczenia dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków powstawały w latach 70. Ustawa z 1970 roku gwarantuje tej grupie pacjentów możliwość korzystania z bezpłatnego i anonimowego leczenia. Oznacza to, że osoba korzystająca z terapii nie musi podawać swoich danych personalnych. Fakt ten ma poważne konsekwencje m.in. dla systemu zbierania danych o liczbie leczonych (ryzyko wielokrotnego liczenia tych samych osób).

Jak wcześniej wspomniano, istotny wpływ na kształt systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków we Francji miała epidemia HIV/AIDS w połowie lat 80. Zainteresowanie praktyków oraz polityków odpowiedzialnych za kreowanie określonych rozwiązań organizacyjno-prawnych przede wszystkim użytkowników heroiny bierze swój początek z głębokiej traumy, jaką przeżyło społeczeństwo francuskie właśnie w tamtej dekadzie. Konsekwencje podjętych wówczas działań widoczne są do chwili obecnej. Stworzony w następnym dziesięcioleciu system pomocy koncentruje się głównie na potrzebach osób uzależnionych od heroiny przy równoczesnej marginalizacji kwestii związanych na przykład z problemowym używaniem

¹ Odpowiednikiem francuskiego *focal point* w Polsce jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, odpowiedzialne za gromadzenie i analizę danych z obszaru narkomanii oraz prowadzenie badań użytecznych dla kreowania polityki przeciwdziałania narkomanii.

przetworów konopi. Stąd we Francji mamy do czynienia z tak dynamicznym rozwojem lecznictwa substytucyjnego, które jest skutecznym środkiem w zahamowaniu rozpowszechnienia epidemii HIV/AIDS i innych chorób zakaźnych. Równocześnie jednak wyraźnie zaniebano rozwój oferty terapeutycznej adresowanej do tych, którzy chcieliby podjąć próbę trzeźwego życia bez użycia środków narkotycznych jako substytutów lub są uzależnieni od innych niż heroina narkotyków. Obecnie liczba miejsc w stacjonarnych placówkach realizujących tzw. programy *drug free* nie przekracza 800–1000 łóżek włączając w to miejsca detoksykacyjne. Dla naszych francuskich partnerów fakt, że w Polsce jest około 2500 łóżek w specjalistycznych oddziałach (łącznie z łózkami detoksykacyjnymi) realizujących programy oparte na paradygmacie abstynencyjnym, stanowił prawdziwy fenomen, podobnie jak informacja, że z lecznictwa substytucyjnego korzysta w Polsce około 800 pacjentów tj. 4–5 % osób uzależnionych od opiatów (we Francji 70–80% populacji heroinistów).

Przyjęte we Francji rozwiązania organizacyjne systemu opieki nad osobami uzależnionymi ulegały w ostatnich latach istotnym przekształceniom. Biorąc pod uwagę występujące zjawisko politoksykomanii, od kilku lat próbuje się we Francji integrować lecznictwo przeciwalkoholowe i adresowane do uzależnionych od narkotyków. Nie jest to proces łatwy. Kilkudziesięcioletnia tradycja odrębnego leczenia osób uzależnionych od różnych substancji spowodowała zakorzenienie określonych stereotypowych wzorów myślenia, których pokonanie wymaga czasu. Istotną cechą systemu opieki nad osobą uzależnioną jest dążenie do zapewnienia kompleksowości oddziaływań: od pierwszego kontaktu ze służbą

zdrowia lub placówką pomocy społecznej do pełnej readaptacji oraz indywidualizacja oddziaływań rehabilitacyjnych w zależności od potrzeb pacjenta (pamiętajmy, że głównie uzależnionego od heroiny). Celom tym służy m.in. powoływanie w niektórych szpitalach specjalnych kilkuosobowych zespołów, których głównym zadaniem jest koordynacja działań medycznych i socjalnych w przypadku pacjenta uzależnionego od środków psychoaktywnych. Doświadczenia wielu krajów, nie tylko Francji, wskazują, że osoba uzależniona to często pacjent „trudny” dla służby zdrowia, wymagający niekiedy skoordynowania działań kilku specjalistów (na przykład pacjent przyjęty do szpitala z powodu doznanych urazów może wymagać zarówno interwencji chirurga jak i psychiatry czy lekarza ogólnego). Szpitalne zespoły łącznikowe mają być pomocne w zorganizowaniu skoordynowanej opieki nad osobami uzależnionymi.

W przyjętym we Francji modelu pomocy osobom uzależnionym szczególnie mocno podkreśla się konieczność wychodzenia naprzeciw potrzebom pacjenta – jakiegokolwiek by one nie były. W praktyce oznacza to, że właściwie nie są realizowane mocno ustrukturalizowane programy terapeutyczne mające swój początek, zakończenie, określone cele i etapy, ukierunkowane na utrzymanie abstynencji i poprawę jakości życia. Wydaje się, że to, co stanowi istotę podejścia realizowanego we Francji, to koncentracja na poprawie jakości życia osób uzależnionych (głównie od heroiny) bez wymogu zachowania abstynencji od środków odurzających. Poprawa jakości życia może być rozumiana bardzo różnie. Zarówno jako zamieszkanie w noclegowni zamiast na dworcu, otrzymanie świadczenia socjalnego czy poprawę stanu somatycznego,

a także osiągnięcie krócej lub dłużej trwającego stanu abstynencji. Oczywiście stanem najbardziej pożądanym jest trwała trzeźwość, jednak tych znacznie skromniejszych wymiarów, na których może nastąpić poprawa jakości życia w żadnym wypadku nie lekceważy się. Fakt ten ma określone implikacje dla relacji pacjent – terapeuta i organizacji systemu pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. Zakładając, że potrzeby każdego pacjenta są mocno zindywidualizowane, uważa się, że kierowanie go do ustrukturalizowanych programów jest niecelowe i mało efektywne.

W postępowaniu terapeutycznym, często ograniczającym się do indywidualnych kontaktów ze specjalistą, uznaje się użyteczność podejścia wywodzącego się z koncepcji behawioralnych i poznawczych oraz psychoanalitycznych. Odwoływanie się zwłaszcza do podejścia psychoanalitycznego, nie powinno stanowić zaskoczenia, jeśli weźmie się pod uwagę bardzo długie i silne związki psychiatrii francuskiej z psychoanalizą.

Podsumowanie

Francuskie podejście do rozwiązywania problemów szeroko pojętej narkomanii skłania do kilku refleksji.

Przed wszystkim wydaje się, że realizowana polityka i wynikające z niej strategie działania traktują jako priorytet ochronę zdrowia publicznego wyrażającą się ograniczaniem jednostkowych i społecznych szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków.

Zwraca uwagę, godne rekomendacji, dążenie do indywidualizacji oddziaływań rehabilitacyjnych i społecznych. Akceptacja ograniczeń

pacjenta w skutecznym radzeniu sobie z problemem, nieoceniająca postawa terapeuty czy lekarza oraz „krojenie” oddziaływań na „miarę” pacjenta zasługują na chwilę zastanowienia, czy aby nie nazbyt często pozostawiamy w Polsce pacjenta samego sobie, gdy nie pasuje on do proponowanego mu, obowiązującego w placówce, programu.

Podkreślenia wymaga także znacznie większa rola, jaką przypisuje się we Francji pomocy społecznej. Dotyczy to zapewnienia odpowiednich świadczeń socjalnych osobom uzależnionym. W Polsce próby zwiększenia zaangażowania tych struktur w opiekę nad osobami uzależnionymi (przynajmniej od narkotyków) od lat nie przynoszą pożądanych rezultatów.

Ostatnia kwestia warta odnotowania to oparcie francuskiego systemu pomocy przede wszystkim na lecznictwie ambulatoryjnym, o co bezskutecznie od lat zabiegamy w Polsce. W rozwiązaniach francuskich nacisk na ambulatoryjne formy pomocy, adresowane głównie do użytkowników heroiny, spowodował jednak także istotne negatywne konsekwencje dla organizacji systemu pomocy dla osób uzależnionych. Brakuje przede wszystkim programów opartych na idei *drug free* oraz oferty adresowanej do użytkowników narkotyków innych niż opiaty. Rozwiązania przyjęte w tym obszarze w naszym kraju były z dużą uwagą analizowane i wysoko ocenione przez partnerów francuskich.

Bogusława Bukowska,

Zastępca Dyrektora Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Janusz Sierosławski,

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

STAN PRZYGOTOWAŃ POLSKI DO CZŁONKOSTWA W UNII EUROPEJSKIEJ W OBSZARZE REAGOWANIA NA PROBLEM NARKOTYKÓW

**Sprawozdanie z posiedzenia Podkomitetu Unia Europejska – Polska nr 8
ds. Ceu, Podatków, Narkotyków i Prania Brudnych Pieniędzy
Bruksela, 3–4 lutego 2003**

W dniach 2–4 lutego 2003 roku odbyło się w Brukseli posiedzenie wspólnego, unijno-polskiego Podkomitetu ds. Ceu, Podatków, Narkotyków i Prania Brudnych Pieniędzy. W posiedzeniu ze strony polskiej brali udział przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Komendy Głównej Policji (CBS), Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej oraz Przedstawicielstwa RP przy Unii Europejskiej. Polskiej delegacji przewodniczył zastępca dyrektora Departamentu Ceu Ministerstwa Finansów. Unię Europejską reprezentowali przedstawiciele Generalnego Dyrektoriatu odpowiedzialnego za proces rozszerzenia Unii oraz innych właściwych Generalnych Dyrektoriatów. Obradom przewodniczył zastępca dyrektora Wydziału z Generalnego Dyrektoriatu ds. Rozszerzenia.

Przedmiotem obrad był przegląd stanu przygotowań Polski do członkostwa w Unii Europejskiej w następujących obszarach:

- podatki,
- sprawy celne,
- audyt i kontrola wewnętrzna,

- współpraca w zakresie zwalczania prania brudnych pieniędzy,
- współpraca w sprawie polityki wobec narkotyków.

W tej ostatniej kwestii, która jest przedmiotem tego opracowania omówiono następujące zagadnienia:

- polityka wobec narkomanii,
- ograniczanie popytu na narkotyki i redukcja ich podaży
- struktury administracyjne

Polityka wobec narkomanii

Strona polska przedstawiła krótką informację na temat realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002–2005 oraz prac przygotowawczych do podjęcia ewaluacji tego programu. Dostarczenie szczegółowych informacji na temat postępów we wdrażaniu Programu będzie możliwe po zakończeniu procesu zbierania danych do sprawozdania za 2002 rok. Pełny oficjalny raport z realizacji programu w 2002 roku ma zostać przyjęty w czerwcu 2003.

Pytania strony unijnej dotyczyły ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001 oraz planów ewaluacji Programu na lata 2002–2005.

Poprzedni Program (na lata 1999–2001) nie był poddawany systematycznej ewaluacji. Obecnie kwestia ewaluacji aktualnego Programu ma dla Polski priorytetowe znaczenie. Ewaluacją Programu będzie zajmowało się Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Prace przygotowawcze podjęte zostały już w 2002 roku, obecnie są one wspierane przez francuskich partnerów umowy bliźniaczej podpisanej w ramach programu PHARE 2000 „Walka z narkotykami” (*Fight against drugs*). Zagadnienie ewaluacji Programu omawiane było w trakcie wizyt studyjnych w Paryżu pod koniec 2002 roku i na początku 2003. Na lipiec 2003 roku planowane jest seminarium w Warszawie, którego celem będzie wypracowanie projektu ewaluacji.

W trakcie dyskusji podniesiona też została sprawa kosztów realizacji aktualnego Programu. Koszty te są trudne do oszacowania, bowiem program nie ma osobnego budżetu, zaś jego zadania realizowane są w ramach budżetów poszczególnych instytucji.

Ograniczanie popytu na narkotyki i redukcja ich podaży

Strona polska przedstawiła informacje o ostatnich zmianach legislacyjnych, m.in. o dokonanej w 2001 roku nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i o rozporządzeniu prezesa RM z 6 marca 2001 w sprawie Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Stronie unijnej zaprezentowane zostały także informacje dotyczące instrumentów praw-

nych będących w dyspozycji Policji, które służą do walki z nielegalną podażą narkotyków, w tym z zorganizowaną przestępczością narkotykową. Zaprezentowane środki prawne mieszczą się w następujących aktach prawnych:

- Ustawie o Policji z dnia 06.04.1990 (znowelizowane Ustawą z dnia 27.07.2001 przepisy dotyczą: art. 19 – kontroli operacyjnej, art. 19a – zakupu i sprzedaży kontrolowanej oraz kontrolowanego przejęcia i wręczenie korzyści majątkowej, art. 19b – przesyłki niejawnie nadzorowanej). Przepisy weszły w życie 19.03.2002;
- Ustawie z dnia 24.04.1997 o przeciwdziałaniu narkomanii (Rozdział VI dot. środków karnych oraz art. 12 ust. 2a zezwalający jednostkom organizacyjnym administracji rządowej wykonujących czynności operacyjno-rozpoznawcze na wchodzenie w posiadanie środków odurzających, substancji psychotropowych i ich preparatów i prekursorów grupy I-R w ilości niezbędnej do przeprowadzenia stosownych badań potwierdzających popełnienie przestępstwa);
- Ustawie z dnia 25.06.1997 o świadku koronnym;
- Kodeksie postępowania karnego (art. 184 wprowadzającym instytucję świadka inco gnito, art. 237 dotyczącym kontroli i utrwalania rozmów przez sąd na wniosek prokuratora);
- Kodeksie Karnym (art. 258 penalizującym działanie w zorganizowanej grupie przestępczej, art. 299 dotyczącym zwalczania procederu prania pieniędzy).

W prezentacji podkreślono współpracę polskiej Policji z organami ścigania i innymi instytucjami zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym, szczególnie jeżeli chodzi

o zwalczanie przemytu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów. W kontekście międzynarodowej współpracy zostały zaprezentowane osiągnięcia polskiej Policji. Szczegółowo omówiono bilateralną operację – SIGISMUND realizowaną razem ze szwedzkimi organami ścigania, Projekt Amfetaminowy realizowany w ramach programu BALTCOM, w którym uczestniczą wszystkie kraje Morza Bałtyckiego. Omawiając międzynarodową współpracę Policji podkreślono również rolę oficerów łącznikowych oraz międzynarodowych zespołów operacyjno-dochodzeniowych powoływanych w szczególnych wypadkach do realizacji konkretnych spraw.

Ekspertom unijnym przedstawiono także informację na temat trendów w zakresie przemytu narkotyków syntetycznych i ich prekursorów, heroiny i kokainy. Podkreślono, że zarówno z analiz dokonanych przez polską Policję, jak i Europejskie Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*) wynika, że utrzymuje się trend wzrostowy przestępstw dotyczących narkotyków syntetycznych (produkcja, sprzedaż, dystrybucja). Przypuszcza się, że przestępstwa dotyczące narkotyków syntetycznych zdominują niebawem obraz przestępczości związanej z narkotykami.

Istotnym problemem zidentyfikowanym w trakcie dyskusji jest brak danych o liczbie konfiskat narkotyków dokonanych przez polskie służby. Jak dotychczas zbierane są jedynie dane o ilościach skonfiskowanych narkotyków. Potrzeba zbierania danych o liczbie konfiskat wynika bezpośrednio ze standardów unijnych oraz znajduje uzasadnienie w wadze tego wskaźnika zarówno dla analiz epidemiologicznych, jak i analiz polityki wobec narkotyków i narkomanii.

Strona polska zaprezentowała nowe tendencje w zakresie szeroko pojętej redukcji popytu na narkotyki, ze szczególnym uwzględnieniem nowych inicjatyw w zakresie ograniczania ryzyka (*risk reduction*) i osiągnięć w zakresie minimalizacji szkód (*harm reduction*). Skoncentrowano się na nowych inicjatywach i osiągnięciach. Obejmują one:

- opracowanie i wdrożenie systemu szkoleń i certyfikacji osób zajmujących się terapią uzależnionych od narkotyków;
- podjęcie pierwszych pilotażowych programów redukcji ryzyka związanego z okazjonalnym używaniem narkotyków;
- opracowanie i upowszechnienie podręcznika do opracowywania i realizacji lokalnych programów profilaktycznych (współpraca z Grupą Pompidou – Rada Europy);
- pojęcie prac nad wprowadzeniem programów substytucji lekowej do placówek penitencjarnych;
- reorientacja programów redukcji szkód (*harm reduction*) w odpowiedzi na zmieniające się wzory używania narkotyków;
- podjęcie prac nad przygotowaniem wskaźników do ewaluacji programów profilaktycznych i terapeutycznych.

Przedstawiciele Komisji Europejskiej szczególnie interesowali się planowanym zasięgiem programów substytucji lekowej w placówkach penitencjarnych.

Struktury administracyjne

Przedmiotem prezentacji była działalność Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii szczególnie w zakresie organizacji i wdrażania systemu informacji o narkotykach

dokończenie na stronie 52

OGŁOSZENIE

O rozstrzygnięciu 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.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zawiadamia, że w wyniku rozstrzygnięcia konkursu niżej wymienione placówki uzyskały 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. Podstawą do podjęcia takiej decyzji była pozytywna opinia Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych, która obradowała pod przewodnictwem prof. Czesława Czabały w dniu 21.05.2003.

L.p.	Nazwa i adres placówki	Kierownik
1.	NZOZ Dla Dzieci i Młodzieży MONAR, ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź	mgr Piotr Adamiak
2.	NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „Mrowisko”, al. Niepodległości 817a, 81-850 Sopot	mgr Jolanta Łazuga- -Koczurowska
3.	NZOZ MONAR Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży, ul. Agrarna 2, 80-298 Gdańsk	mgr Jolanta Łazuga- -Koczurowska
4.	Wojewódzki Ośrodek Psychoterapii Uzależnień Lekowych, ul. Stelmacha 9, 43-500 Czechowice-Dziedzice	mgr Jarosław Straszny
5.	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, Centrum Profilaktyczno-Rehabilitacyjne Sp. z o.o. ul. Dębowa 5, 44-100 Gliwice (placówka rekomendowana dla osób zainteresowanych terapią pacjentów z podwójną diagnozą)	dr Andrzej May-Majewski
6.	SPZOZ Miejski Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży Zagrożonej Narkomanią, ul. Piotrkowska 67, 90-422 Łódź	mgr Tomasz Wolfart
7.	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Toruniu, Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień, ul. Tramwajowa 2, 87-100 Toruń	mgr Elżbieta Rachowska
8.	Ośrodek Rehabilitacji Młodzieży Nieprzystosowanej i Uzależnionej Lekowo, ul. Kaszyska 35, 43-382 Bielsko-Biała	mgr Eugeniusz Makówka
9.	Ośrodek Rehabilitacyjno - Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania”, ul. Leśna 13/14, 42-244 Mstów	ks. bp. prof. Antoni Długosz
10.	SPZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień, 84-221 Smażyno 9	mgr Jacek Sękiewicz
11.	Ośrodek Readaptacyjny Ministerstwa Zdrowia Anielin 2, 05-480 Karczew	ks. Arkadiusz Nowak
12.	Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Zagórz, 05-462 Wiązowna	mgr Krzysztof Markiewicz

dokończenie ze strony 50

i narkomanii (Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – *Polish National Focal Point*) oraz zadania i pierwsze działania podjęte przez Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W prezentacji uwzględniona została rola programu PHARE 2000 *Fight against drugs* w rozwoju każdego z tych filarów zarządzania problemem narkotyków i narkomanii w Polsce. W odpowiedzi na pytanie strony unijnej wyjaśniono relacje między Radą ds. Przeciwdziałania Narkomanii a Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Rada, która ma charakter międzyresortowy i multidyscyplinarny pełni funkcje doradcze dla Prezesa Rady Ministrów, zaś Biuro, podległe Ministrowi Zdro-

wia, pełni rolę koordynacyjną w realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Spotkanie wykorzystano do postawienia stronie unijnej pytań o stan zaawansowania negocjacji nad pełnym członkostwem Polski w EMCD-DA oraz spodziewanego terminu ich zakończenia. Kwestia ta na razie pozostaje nierozstrzygnięta, decyzje mają zapaść do końca lutego 2003.

Próbowano także uzyskać od strony unijnej informacje na temat decyzji co do finansowania programu PHARE 2003: *Balanced Response to Drug Problem*. Odpowiedź ma być udzielona w ciągu najbliższych dni.

Janusz Sierosławski

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

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

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



Serwis Informacyjny Narkomania

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

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

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

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

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

Jacek Morawski (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski (Instytut Psychatrii i Neurologii)

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

Włodzimierz Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne