

Drodzy Czytelnicy

W tym numerze Serwisu prezentujemy wybór artykułów związanych z ograniczaniem podaży narkotyków w Polsce i na świecie, między innymi najnowszy, wyczerpujący raport o przestępczości związanej z narkomanią i rynkiem narkotykowym w Polsce.

Działania związane z ograniczaniem podaży narkotyków są jednym z filarów państwowej strategii antynarkotykowej, ujętej w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Priorytety, zadania i cele nowego Programu na lata 2006 – 2010 przybliży Państwu Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii.

Do skutecznego ograniczania podaży substancji psychoaktywnych oraz zwalczania przestępczości narkotykowej konieczne jest nie tylko ścisłe współdziałanie różnych instytucji państwowych, ale także zakrojona na szeroką skalę współpraca międzynarodowa. Problematykę ograniczania upraw maku oraz likwidacji nielegalnych laboratoriów, produkujących heroinę w Afganistanie, prezentuje Daniel Dudek z Europolu. Z kolei Waldemar Krawczyk z Komendy Głównej Policji wskazuje na doniosłą rolę międzynarodowej wymiany informacji, dotyczących pojawiania się na lokalnych rynkach narkotykowych nowych, syntetycznych substancji psychoaktywnych.

Równie ważne, jak działania instytucji centralnych i międzynarodowych, są lokalne strategie przeciwdziałania narkomanii, odpowiadające konkretnym potrzebom i problemom danego regionu. W dziale Samorządy obowiązującą na Lubelszczyźnie strategię przeciwdziałania narkomanii prezentuje Elżbieta Seredyn, Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Warto również zapoznać się z nowatorskimi metodami terapii, opracowanymi przez Lindę i Marka Sobellów z Uniwersytetu Nova na Florydzie i zaprezentowanymi na autorskich warsztatach w Polsce. Przybliża je w swoim artykule Katarzyna Dąbrowska z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W dalszym ciągu toczą się prace w ramach programu „Opracowanie pakietu metod do stosowania w obszarze uzależnień od narkotyków”. Do tego pakietu włączono bazujący na systemowym ujęciu rodziny kwestionariusz pozwalający określić typ rodziny osoby uzależnionej. Bliżej tę metodę przedstawia prof. Elżbieta Hornowska z Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Liczymy na to, że zaprezentowane w bieżącym numerze Serwisu artykuły okażą się dla Państwa interesujące i przydatne w pracy zawodowej.

REDAKCJA

Spis treści

Programy

Priorytety i zadania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński, Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii str. 3

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych

Wywiad motywacyjny i prowadzone samoleczenie wg Lindy i Marka Sobellów
Katarzyna Dąbrowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami str. 6

Ograniczanie podaży

Przestępczość narkotykowa oraz działania instytucji zaangażowanych w redukcję podaży
Artur Malczewski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii str. 8

Afganistan a światowa, nielegalna produkcja opium
Daniel Dudek, Second Officer SC2 – Drugs Unit, Serious Crime Department, EUROPOL str. 19

Nowe narkotyki syntetyczne
Waldemar Krawczyk, Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Komendy Głównej Policji str. 23

Badania, raporty

Choroby zakaźne związane z używaniem narkotyków
Agnieszka Kolbowska, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii str. 27

Społeczności lokalne, regiony

Transiton Facility – szkolenia dla społeczności lokalnych
Bogusława Bukowska, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii str. 32

Przeciwdziałanie narkomanii na lubelszczyźnie
Elżbieta Seredyn, Ekspert wojewódzki ds. informacji o narkotykach i narkomanii w województwie lubelskim. str. 36

Badania, raporty

Użyteczność badania środowiska rodzinnego osób uzależnionych od narkotyków
Elżbieta Hornowska, Instytut Psychologii UAM, Polskie Towarzystwo Psychologiczne str. 40

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych

Bazy danych w programach redukcji szkód
Artur Malczewski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii..... str. 44

Informacje, różne

..... str. 46

PRIORYTETY I ZADANIA KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII na lata 2006–2010

PIOTR JABŁOŃSKI, DYREKTOR KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Głównym wyznacznikiem celów i obszarów działania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest opracowywany i uchwalany co pięć lat Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN). W nim zawierają się podstawy i priorytety działalności Biura w strategicznych obszarach zapobiegania i walki z narkomanią. Program na lata 2006 – 2010 po raz pierwszy, w dość krótkiej historii strategii antynarkotykowych w Polsce, wydano w formie Rozporządzenia Rady Ministrów. W niniejszym artykule chciałbym przedstawić założenia nowego Programu oraz cele, które stawia on przed Biurem, instytucjami centralnymi, samorządami oraz organizacjami pozarządowymi.

Nowe wyzwania dla Programu

Podstawą prawną do uchwalenia i realizowania Programu jest art. 7 ust. 5 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Podobnie jak latach ubiegłych, Program stanowi podstawową odpowiedź państwa na skalę i wagę problemów generowanych przez narkotyki i narkomanię w naszym kraju. Podsumowanie dorobku Programu z lat 2002 – 2005 pozwala na stwierdzenie, że ostatnie lata przyniosły wzrost pozytywnych tendencji stabilizacyjnych w obszarze

używania substancji psychoaktywnych w Polsce. Jednakże w dalszym ciągu przy tworzeniu i wdrażaniu antynarkotykowej polityki państwa należało brać pod uwagę narastanie różnego rodzaju problemów narkotykowych w skali kraju. Zjawiska takie jak: zmiany rozmiarów rozpowszechniania problemu konsumpcji narkotyków w różnych grupach wiekowych, jakościowe zmiany w obrazie narkomanii, wzrost dostępności narkotyków, zróżnicowanie terytorialne używania substancji czy dyfuzja problemu narkomanii do mniejszych społeczności wymagają skoordynowanej i skutecznej reakcji instytucji publicznych, gwarantujących interdyscyplinarne podejście do problemu oraz partycypację w tych działaniach społeczeństwa obywatelskiego.

Zgodnie z zasadą pomocniczości państwa również w Programie antynarkotykowym występuje podział zadań i kompetencji pomiędzy poszczególne szczeble systemu władzy publicznej. Art. 4 ust. 3 Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego zaleca, by generalna odpowiedzialność za sprawy publiczne przenosiła się przede wszystkim na organy władzy, które znajdują się najbliżej obywateli. Coraz powszechniej uznaje się, że gwarancją efektywności działań antynarkotykowych jest rozwiązy-

wanie problemów związanych z narkomanią na poziomie lokalnym. Władze centralne winny realizować zadania, dla których wykonania organy samorządu

Coraz powszechniej uznaje się, że gwarancją efektywności działań antynarkotykowych jest rozwiązywanie problemów związanych z narkomanią na poziomie lokalnym. Władze centralne winny realizować zadania, dla których wykonania organy samorządu terytorialnego nie posiadają uprawnień lub środków strukturalno – organizacyjnych.

terytorialnego nie posiadają uprawnień lub środków strukturalno – organizacyjnych.

Filary polityki antynarkotykowej

Przyjęty przez Radę Ministrów Program jest w wielu aspektach kontynuacją myśli teoretycznej i praktycznej uprzedniej strategii antynarkotykowej. Podobnie jak Program na lata 2002 – 2005, opiera się on na promowaniu strategii długofalowych, podejmowanych zgodnie z zasadą realizmu w wyznaczaniu celów i możliwości ich osiągnięcia. Program promuje tak zwane zrównoważone podejście do problemu, uwzględniające równowagę i wzajemny wpływ na siebie działań z zakresu redukcji popytu i ograniczania podaży narkotyków. Kluczowymi warunkami koniecznymi do osiągnięcia efektywności Programu są budowanie wobec niego społecznej akceptacji i aktywna partycypacja w nim szerokiego kręgu osób i instytucji.

Istotne znaczenie ma również obecne w Programie postrzeganie problematyki narkotykowej w szerokim spektrum problematyki społecznej, w tym również odnoszenie się do kontekstu problematyki używania innych substancji psychoaktywnych niż te zwyczajowo kojarzone z narkotykami, a więc również substancji legalnych.

Cel główny Programu jest bezpośrednią kontynuacją celu z lat 2002 – 2005 i został zdefiniowany jako „Ograniczanie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych”. Realizacja Krajowego Programu odbywa się w pięciu obszarach. Trzy z nich są filarami polityki antynarkotykowej:

I. Profilaktyka.

II. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna.

III. Ograniczanie podaży.

Dwa pozostałe obszary, IV – Współpraca międzynarodowa oraz V – Badania i monitoring, mają charakter horyzontalny i przejawiają się w każdym z głównych zakresów merytorycznych, czyli dotyczą zarówno profilaktyki, leczenia, jak i ograniczania podaży substancji psychoaktywnych.

Istotną nowością jest stosunek do form współpracy z władzami lokalnymi. W myśl respektowania zasady niezależności struktur samorządowych Program nie narzuca władzom lokalnym zadań do realizacji na podległym im terenie. Wskazuje natomiast priorytetowe kierunki działań, którymi samorządy winny się posługiwać przy tworzeniu wojewódzkich czy gminnych strategii...

W porównaniu z poprzednią wersją Programu w części dotyczącej redukcji popytu uwypuklona została rola integracji społecznej jako czynnika wpływającego dodatnio na utrwalanie pozytywnych skutków terapii osób uzależnionych.

Nowym obszarem wspieranym przez Program jest współpraca międzynarodowa. Została ona wydzielona jako wyspecjalizowany zakres tematyczny. W przypadku Polski szczególnie istotna jest możliwość wpływania na działania antynarkotykowe podejmowane przez instytucje międzynarodowe, a szczególnie przez Unię Europejską. Polska aktywnie podejmuje działania na rzecz rozwoju programów pomocowych skierowanych do krajów byłego Związku Radzieckiego w związku z wpływem, jaki wywołuje w naszym kraju sytuacja narkotykowa i związana z nią epidemia HIV/AIDS w Rosji i na Ukrainie. Udział we współpracy zagranicznej zapewnia Polsce nie tylko możliwości uczestniczenia w międzynarodowym obiegu informacji, ale przede

wszystkim umożliwia akcentowanie i implementowanie polskich potrzeb do polityki i współpracy zagranicznej.

Realizatorzy i ewaluacja strategii

Istotną nowością Krajowego Programu jest stosunek do form współpracy z władzami lokalnymi. W myśl respektowania zasady niezależności struktur samorządowych Krajowy Program Przeciwdziałania Nar-

komunii nie narzuca władzom lokalnym zadań do realizacji na podległym im terenie. Wskazuje natomiast priorytetowe kierunki działań, którymi samorządy winny się posługiwać przy tworzeniu wojewódzkich czy gminnych strategii rozwiązywania problemów narkotykowych. Takie rozwiązanie pozwala na uwzględnienie specyficznych uwarunkowań i problemów, występujących na danym terenie oraz dostosowanie strategii antynarkotykowej do konkretnych potrzeb społeczności lokalnej.

W przypadku jednostek centralnych Krajowy Program wprowadza uszczegółowione wymagania w stosunku do kluczowych dla antynarkotykowej polityki państwa instytucji. Jednostki administracji rządowej zobowiązane są do opracowania i implementacji programów szczególnych w zakresie ograniczania popytu na narkotyki, jak również do przygotowania i wdrożenia strategii zwalczania przestępczości narkotykowej.

Konstrukcja Programu ma na celu umożliwienie skutecznego monitorowania jego realizacji oraz efektywnej ewaluacji. Zgodnie z tymi zasadami dla każdego z obszarów realizacji Programu wyznaczono cel główny i wskaźniki jego monitorowania oraz określono kierunki i rodzaje działań przewidzianych do realizacji przez resorty i podmioty właściwe do podejmowania działań. Kierunki i rodzaje działań również posiadają konsekwentnie przyporządkowane sobie wskaźniki monitoringu i terminy realizacji oraz ministerstwa i podmioty właściwe do wdrożenia zadań.

Cele i odbiorcy Programu

Każdy z pięciu obszarów działań, wyodrębnionych w Programie, ma przyporządkowane cele główne:

I. Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki

(profilaktyka).

II. Poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od narkotyków oraz

używających narkotyków w sposób szkodliwy (leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna).

III. Ograniczenie dostępności narkotyków (ograniczenie podaży).

IV. Wsparcie realizacji Krajowego Programu przez wpływ na kształtowanie polityki międzynarodowej (współpraca międzynarodowa).

V. Wsparcie informacyjne realizacji Krajowego Programu Programu Przeciwdziałania Narkomanii (badania i monitoring).

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii jest skierowany do szerokiego odbioru społecznego, jednakże podstawową grupę docelową stanowią dzieci i młodzież w wieku 10 – 25 lat i młodzi dorośli. Przykładowo, w części dotyczącej leczenia program adresowany jest do osób używających narkotyków w sposób szkodliwy i uzależnionych od nich. W tej grupie 80% to osoby w wieku 16 – 29 lat.

Zadania wyznaczone w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii (poza celem podstawowym, jakim jest poprawa stanu zdrowia i bezpieczeństwa obywateli Polski w zakresie związanym z konsumpcją substancji odurzających), odpowia-

dają również na potrzeby społeczności międzynarodowej. Dlatego Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010 jest w pełni zintegrowany ze Strategią Antynarkotykową i Planem Działania Unii Europejskiej, a jego realizacja pozwala na wywiązywanie się przez Polskę ze wszystkich zobowiązań międzynarodowych związanych z wysiłkami na rzecz ograniczenia skutków obecności narkotyków i narkomanii w życiu społecznym.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii jest skierowany do szerokiego odbioru społecznego, jednakże podstawową grupę docelową stanowią dzieci i młodzież w wieku 10 – 25 lat i młodzi dorośli. Przykładowo, w części dotyczącej leczenia program adresowany jest do osób używających narkotyków w sposób szkodliwy i uzależnionych od nich. W tej grupie 80% to osoby w wieku 16 – 29 lat.

Warsztaty Lindy i Marka Sobellów przybliżyły uczestnikom możliwości wykorzystania wywiadu motywacyjnego i prowadzonego samoleczenia oraz krótkiej interwencji behawioralno-poznawczej w pracy z osobami uzależnionymi

WYWIAD MOTYWACYJNY I PROWADZONE SAMOLECZENIE wg Lindy i Marka Sobellów

**KATARZYNA DĄBROWSKA, INSTYTUT PSYCHIATRII
I NEUROLOGII W WARSZAWIE, ZAKŁAD BADAŃ
NAD ALKOHOLIZMEM I TOKSYKOMANIAMI**

W czerwcu tego roku Instytut Psychiatrii i Neurologii zorganizował warsztaty, które prowadzone były przez Lindę i Marka Sobellów, a skierowane do osób pracujących z osobami uzależnionymi, zarówno terapeutów jak i lekarzy. Ich celem było zapoznanie specjalistów z metodą wywiadu motywacyjnego (*motivational interview*), oraz z metodą tak zwanego prowadzonego samoleczenia (*guided self-change*), czyli z krótką motywacyjną interwencją behawioralno-poznawczą. Warsztatom towarzyszyły wykłady, między innymi wykład Marka Sobella na temat możliwości wykorzystania podejścia grupowego i indywidualnego w prowadzonym samoleczeniu oraz wyzwiań z tym związanych, a także wykład Lindy Sobell na temat implikacji płynących z badań nad samoleczeniem.

Linda i Mark Sobellowie są wykładowcami na Uniwersytecie Nova na Florydzie. Kierują również Kliniką Prowadzonych Samowyleczeń, która należy do tego uniwersytetu. Wcześniej przez kilkanaście lat pracowali w Fundacji Badań nad Uzależnieniami w Kanadzie i byli wykładowcami na uniwersytecie w Toronto. Ich praca dotycząca diagnozowania i leczenia uzależnień jest znana w Europie i w Ameryce.

Wywiad motywacyjny

Metoda wywiadu motywacyjnego nie jest w istocie nową metodą leczenia, a pewnym nowym stylem rozmowy z klientem, nowym sposobem komunikowania się, w którym chodzi o to, by podnieść u klienta świadomość własnego zachowania i powodów do

jego zmiany, a w konsekwencji wzmocnić motywację do niej.

Wywiad motywacyjny to podejście dyrektywne, zorientowane na klienta, którego celem jest zainicjowanie zmiany zachowania poprzez uświadomienie klientowi jego ambiwalentnego nastawienia dotyczącego zmiany i pomoc w poradzeniu sobie z nim. Przepracowanie ambiwalentnego nastawienia jest głównym celem, który terapeuta z całą świadomością narzuca klientowi. Ambiwalecja jest tu rozumiana jako konflikt pomiędzy dwoma możliwymi kierunkami działania.

Rolą terapeuty jest przedstawienie informacji na temat ryzyka kontynuowania jakiegoś zachowania i korzyści ze zmiany w sposób neutralny i nieoceniający. Ważnymi elementami tego podejścia są empatia i szacunek dla klienta. Unika się stosowania takich technik jak przekonywanie wprost czy twarda konfrontacja.

Podstawowe mikroumiejętności niezbędne do stosowania wywiadów motywacyjnych to: pytania otwarte (*open-ended questions*), refleksyjne słuchanie (*reflective listening*), pochwały (*affirmations*) i omówienia (*summaries*). Wywiad motywacyjny pozwala na odkrywanie rozbieżności pomiędzy obecnymi zachowaniami klienta a jego celami, wartościami, czy obrazem samego siebie, a także pozwala klientowi na zdanie sobie sprawy z korzyści i kosztów, jakie niesie ze sobą zmiana.

Wywiad motywacyjny może być stosowany w różnych celach – po to, by zbudować motywację do zmiany problemowego zachowania, jak choćby powstrzymanie się od nałogu, ale również by zmotywować pacjenta do podjęcia leczenia, na przykład

w trakcie pobytu na oddziale detoksykacyjnym. Uważa się, że jest to skuteczna metoda pracy z osobami opornymi i niezmotywowanymi do leczenia. Bazuje ona na uznaniu klienta za osobę kompetentną w dziedzinie własnego zdrowia. Klient dokonuje własnych wyborów, ale co za tym idzie, bierze odpowiedzialność za zmianę.

Wywiady motywacyjne znajdują zastosowanie w pracy nie tylko z osobami uzależnionymi, ale również z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, zaburzenia odżywiania, czy rozmaite problemy zdrowotne, na przykład cukrzycę.

Prowadzone samoleczenie

Metoda prowadzonego samoleczenia, czyli krótka interwencja behawioralno-poznawcza została rozwinięta we wczesnych latach 80-tych jako krótkie leczenie dla osób z niewielkimi problemami alkoholowymi. Z czasem podejście to zaczęto stosować u niepełnoletnich narkomanów, palaczy, hazardzistów. Jest kombinacją wywiadu motywacyjnego i elementów terapii behawioralno-poznawczej.

Prowadzone samoleczenie powstało jako kontroferta dla, nazwijmy to tradycyjnej oferty, leczenia, które zwykle odbywa się w warunkach stacjonarnych, jest skierowane do osób z poważnym problemem alkoholowym lub narkotykowym, a miarą jego sukcesu jest abstynencja. W leczeniu tradycyjnym zakłada się, że motywacja jest czymś, co klient wnosi do leczenia.

Prowadzone samoleczenie jest rodzajem krótkiej interwencji i obejmuje kilka sesji terapeutycznych, a także telefony post-terapeutyczne po ostatniej sesji. Leczenie to skierowane jest do osób, które podejmują zachowania problemowe, ale nie są poważnie uzależnione. Podkreśla bardzo silnie element auto-sku-

teczności i zasady, że klient jest odpowiedzialny za zmianę zachowania. Hasło, które dobrze to ilustruje, brzmi: „Pomóż klientom, aby pomogli sami sobie”. To klient monitoruje swoje zachowania (wypełnia kalendarzyk), dokonuje analizy zachowań wysokiego ryzyka, opracowuje własny plan zmiany oraz wybiera cel terapii, którym nie musi być abstynencja.

W trakcie leczenia pracuje się nad zbudowaniem motywacji pacjenta do zmiany. Pacjent wykonuje między innymi ćwiczenie z wagą decyzyjną, które pozwala mu na uświadomienie sobie korzyści i kosztów wynikających ze zmiany zachowania.

Prowadzone samoleczenie może stanowić dobrą ofertę dla osób, które z różnych względów nie podejmują leczenia. Mogą one obawiać się stygmatyzacji lub uważać, że leczenie nie jest dopasowane do ich potrzeb. Jak pokazały wyniki badania przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych, jedynie 8% spośród osób spełniających kryteria zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych (*Substance Use Disorder*) skorzystało z jakiejś formy leczenia w roku poprzedzającym badanie, a 50% z nich nie ukończyło terapii. Spośród pozostałych 92% jedynie 5% zadeklarowało, że potrzebuje jakiegokolwiek leczenia (*National Survey on Drug Use and Health: National Findings 2003. SAMSA*).

Wywiad motywacyjny oraz metoda prowadzonego samoleczenia dostarczają narzędzi do pracy z klientem, który nie jest zmotywowany do leczenia i oporny. Obydwie metody

pracy uznają, że to klient jest ekspertem w dziedzinie własnego zdrowia, wartości, potrzeb, preferencji itd. To on podejmuje decyzje i odpowiedzialność za nie. Klient angażuje się w swoje leczenie i to on wykonuje większość pracy jedynie przy wsparciu ze strony terapeuty.

Wywiad motywacyjny oraz metoda prowadzonego samoleczenia dostarczają narzędzi do pracy z klientem, który nie jest zmotywowany do leczenia i oporny. Obydwie metody pracy uznają, że to klient jest ekspertem w dziedzinie własnego zdrowia, wartości, potrzeb, preferencji itd. Klient angażuje się w swoje leczenie i to on wykonuje większość pracy jedynie przy wsparciu ze strony terapeuty.

Dane Policji oraz innych instytucji zaangażowanych w redukcję podaży nielegalnych środków psychoaktywnych posłużyły do przygotowania tegorocznego raportu na temat przestępczości narkotykowej w Polsce

PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ DZIAŁANIA INSTYTUCJI ZAANGAŻOWANYCH W REDUKCJĘ PODAŻY

ARTUR MALCZEWSKI, KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

SYTUACJA MIĘDZYNARODOWA

Z danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wynika, że w latach 1998 – 2003 liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu wzrosła w większości państw europejskich (EMCDDA 2005). W Polsce i w Estonii wzrost ten był największy. Jednak szereg państw zanotowało spadek tego typu przestępstw: Belgia, Hiszpania, Włochy, Węgry, Austria, Malta i Słowenia. Raportowane czyny karalne wiążą się przede wszystkim z zażywaniem narkotyków lub ich posiadaniem. Rutynowe dane o przestępczości narkotykowej przekazywane przez kraje członkowskie Unii Europejskiej dotyczą przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu. Podobnie sytuacja wygląda w Polsce, która jest jednym z liderów w statystyce. Przedmiotem niniejszego artykułu, mającego na celu pokazanie stanu zagrożenia przestępczością narkotykową i analizę sceny narkotykowej z wykorzystaniem danych z obszaru podaży, są m.in. przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, ale także inne wskaźniki – liczby podejrzanych, osoby skazane, ilości skonfiskowanych narkotyków, ceny i czystość narkotyków.

DANE POLICYJNE

Za zwalczanie przestępczości narkotykowej odpowiedzialne w polskiej Policji są następujące

jednostki (Stochmal 2002):

- Centralne Biuro Śledcze (CBS) Komendy Głównej Policji (KGP) zajmuje się przede wszystkim zwalczaniem zorganizowanych grup przestępczych, które produkują narkotyki na dużą skalę i przemycają je w znacznych ilościach, w tym w aspekcie międzynarodowym. CBS pełni w Policji wiodącą rolę w zakresie szkoleniowym i strategiczno – koncepcyjnym.
- Ogniwa Służby Kryminalnej terenowych jednostek Policji odpowiedzialne za prowadzenie w całym pozostałym zakresie rozpoznania, pracy operacyjnej i realizację czynności procesowych na podległym terenie. Powyższe jednostki podejmują działania przede wszystkim w zakresie zwalczania lokalnych ośrodków produkcji środków narkotycznych, ich dystrybucji i posiadania.
- Ogniwa Służby Prewencyjnej jednostek terenowych są odpowiedzialne za wykonawstwo podstawowych zadań rozpoznawczych i represyjnych, w toku realizacji rutynowych czynności prewencyjnych. Realizują również przedsięwzięcia profilaktyczne w ramach realizowanych przez siebie programów i kontaktów ze społeczeństwem.

Należy podkreślić, że zwalczaniem przestępczości związanej z narkotykami, zwłaszcza zaś podejmowaniem działań operacyjno – rozpoznawczych, oprócz Policji, zajmuje się jeszcze kilka służb państwowych: Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Straż Graniczna, Generalny Inspektorat Celny, Żandarmeria Wojskowa.

Przy analizie danych dotyczących przestępczości narkotykowej należy wziąć pod uwagę, że liczby znajdujące się w oficjalnych statystykach nie pokazują pełnego obrazu nielegalnego rynku narkotyków. Wiele przestępstw nie zostało ujawnionych, a więc trzeba przypuszczać, że liczba przypadków łamania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest znacznie większa.

Badania, których co prawda nie przeprowadzono w Polsce – ale można się do nich odwołać na zasadzie analogii, określają, że stopień ujawniania przypadków przestępczości związanej z narkotykami według optymistycznych ocen sięga zaledwie 10% (Hołysz 1994). Nie mamy oszacowań odnośnie polskiej sceny

nych za walkę z podażą narkotyków. W przypadku intensyfikacji działań organów ścigania wzrastają liczby ujawnień, co nie zawsze musi oznaczać np. wzrost produkcji narkotyków czy zwiększonej aktywności świata przestępczego.

PRZESTĘPSTWA STWIERDZONE

Policijny dane dotyczące przestępstw narkotykowych pochodzą przede wszystkim z systemu TEMIDA. Podstawowymi jednostkami statystycznymi, jakimi posługuje się Policja, są podejrzani, postępowania

Tabela 1. Dynamika przestępstw stwierdzonych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 w latach 1990 – 2005.

Rok	Uprawa maku i konopi	Produkcja narkotyków	Produkcja instrumentów do wytwarzania narkotyków	Przemyt	Sprzedaż	Udzielanie i ułatwianie zażycia
1990	100	100	100	100	100	100
1991	448	106	176	600	240	64
1992	427	94	276	2300	450	106
1993	936	230	362	2100	2070	206
1994	796	69	250	2000	1070	298
1995	728	70	285	6900	2150	604
1996	690	82	397	9700	3970	2527
1997	659	126	341	14800	8470	2898
1998	313	103	559	25200	19570	8894
1999	161	65	421	40600	17140	8517
2000	213	72	447	38300	14170	10974
2001	174	73	859	29500	18090	15598
2002	171	57	676	33600	19320	16927
2003	180	53	676	35400	20640	20691
2004	232	63	647	79500	23230	23580
2005	242	82	423	64300	28140	25890

Źródło: Komenda Główna Policji w Warszawie

narkotykowej. Można przypuszczać, że odsetek nieujawnionych przestępstw narkotykowych kształtuje się na podobnym poziomie.

Drugą istotną kwestią, o której warto pamiętać przy analizie danych, jest wpływ aktywności Policji na liczbę ujawnień. Liczby poszczególnych przestępstw pokazują zarówno działania świata przestępczego, jak i również skale aktywności instytucji odpowiedzial-

nych za przestępstwa stwierdzone. Dane zawarte w tabeli 1. obejmują przestępstwa stwierdzone przeciwko Ustawie o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku, przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku i ostatniej Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku. Według tych danych notujemy rosnący trend liczby przestępstw dotyczących nielegalnego wprowadzania do obrotu środków odurzających,

Tabela 2. Przeszypstwa stwierdzone przeciw postanowieniom Ustawy o zapobieganiu narkomanii i przeciwdziałaniu narkomanii w latach 1990 – 2005.

Kwalifikacja prawna	lata															
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
Nielegalna uprawa (art. 26; art. 49 ust. 1; art.63 ust.1)	382	1712	1631	3577	3040	2780	2634	2518	1195	615	814	663	653	687	886	875
Nielegalny wyrób (art. 27; art. 40 ust. 1 i 2; art.53)	557	589	521	1280	387	392	459	701	574	361	400	408	319	297	350	456
Wyrób, przechowywanie przyrządów (art. 28; art. 41; art.54)	34	60	94	123	85	97	135	116	190	143	152	292	230	230	220	144
Nielegalny przywóz, wywóz lub tranzyt (art. 29; art. 42; art.55)	1	6	23	21	20	69	97	148	252	406	383	295	336	354	795	643
Nielegalne wprowadzanie do obrotu (art. 30; art. 43; art.56)	10	24	45	207	107	215	397	847	1957	1714	1417	1809	1931	2064	2323	2814
Nielegalne udzielanie lub nakłanianie do zażywania (art. 31; art. 45 i art. 46; art. 58 i art. 59)	121	77	128	249	361	731	3058	3507	10762	10305	13278	18873	20482	25036	28351	31332
Produkcja, przemyt, obrót prekursorami (art. 47; art. 61)								11	88	61	66	115	104	159	178	151
Posiadanie środków odurzających (art. 48; art. 62)								32	1380	1896	2815	6651	11960	18681	26163	30899
Nielegalny zbiór mlecza makowego, opium, słomy makowej, żywicy lub ziela konopi (art. 49 par. 2; art. 63 ust. 2)								26	112	113	83	78	73	69	42	49
Zabór w celu przywłaszczenia mlecza makowego, słomy, żywicy lub ziela konopi (art. 50; art. 64)								9	22	14	241	24	14	17	15	31
Niepowiadomienie o popełnieniu przestępstwa (art. 46 a; art. 60)												22	76	11	33	163
Promocja i reklama (art. 68)																3
Razem	1105	2468	2442	5457	4000	4284	6780	7915	16532	15628	19649	29230	36178	47605	59356	67560

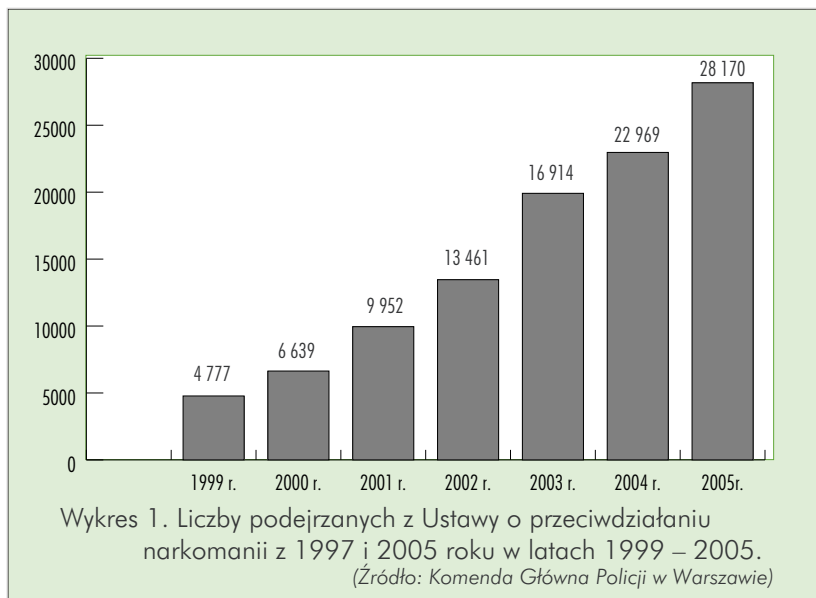
udzielania i nakłaniania oraz posiadania narkotyków. W przypadku przestępstw z powodu nielegalnego przywozu, wywozu i tranzytu, czyli przemytu w latach 1990 – 1999 widać wyraźny trend wzrostowy. W ciągu następnych dwóch lat (2000 i 2001) obser-

wujemy spadek tych przestępstw. Ostatnie cztery lata to z kolei wzrost, z wyjątkiem ostatniego roku, gdzie nastąpił spadek, ale i tak liczba przestępstw z tego roku jest o wiele wyższa niż w latach 1990 – 2003.

W tabeli 1. widać dynamikę zmiany zarówno prze-

stępstw stwierdzonych dotyczących przemytu, jak i innych przeciw Ustawie.

Największe liczby przestępstw z Ustawy zarejestrowano z powodu posiadania środków odurzających oraz udzielania i nakłaniania do ich zażycia. W przypadku tego drugiego przestępstwa w roku 1996 notujemy największą liczbę czynów karalnych – 3058 (45,1% wszystkich przestępstw przeciwko ustawie), czyli na rok przed uchwaleniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Przypomnijmy, że Ustawa z 1997 roku miała być skutecznym narzędziem do walki z nielegalnym rynkiem. Poprawa efektywności ścigania pojawiła się już jednak wcześniej. Przyczyną takiego wzrostu mogło być powołanie w 1996 roku w Komendzie Głównej Policji i w niektórych podległych komendach wydziałów zajmujących się przestępczością narkotykową (Krajewski 2005). Na skutek zmian w organizacji Policji, odpowiednie jednostki zaczęły wykazywać większą aktywność, co przełożyło się na wzrost liczby zarejestrowanych przypadków.



Warto podkreślić, że nielegalne udzielanie środka odurzającego jest dominującym przestępstwem w strukturze ujawnionej przestępczości narkotykowej. W roku 1997 liczba tych czynów wynosiła 3507 (44,3% wszystkich przestępstw), a w 2005 wzrosła do 31332 (45,8%), czyli prawie dziewięciokrotnie. Drugim czynnem, który wykazuje równie dynamiczny trend wzrostowy, jest czyn z art. 48. (art. 62 w Ustawie z 2005 – karanie za posiadanie narkotyków). Czyny

kwalifikowane z tego artykułu w 1998 roku stanowiły 8,4% (1380 przypadków) wszystkich zdarzeń z Ustawy, a w roku 2005 – 45,2% (30899 przypadków). Widać wyraźnie, iż trzy artykuły Ustawy: 45, 46 i 48 (w Ustawie z 2005 art. 58, 59 i 62) stanowiły 90,9% wszystkich przestępstw w 2005 roku. W pierwszym pełnym roku funkcjonowania Ustawy z 1997 roku odsetek ten był niewiele niższy i wynosił 85,3%.

Czynem karalnym, którego niewielkie liczby rejestrowane są przez Policję, jest nielegalna uprawa maku i konopi. Do wejścia w życie Ustawy z 1997 roku ujawnione przypadki nielegalnych upraw stanowiły jedno z najczęściej występujących przestępstw. W 1994 roku, co czwartym czynnem karalnym przeciw Ustawie była nielegalna uprawa maku i konopi. Od tego roku obserwujemy trend spadkowy, z chwilowym załamaniem tendencji w 2000, trwający do roku 2002. Pomimo tego, w strukturze wszystkich przestępstw te stanowią nieznaczny odsetek czynów karalnych. Nawet wzrost ich liczby w latach 2003 – 2005 nie zmienił struktury ujawnionej przestępczości narkotykowej. W latach 2003 i 2004 przestępstwa dotyczące upraw stanowiły 1,5% wszystkich zdarzeń karalnych, a w 2005 – 1,4%. Na zmniejszenie liczby przestępstw dotyczących uprawy maku i konopi miało wpływ wprowadzenie w 2000 roku nowych odmian maku niskomorfinowego zmienionych morfologicznie, charakteryzujących się innym kolorem lub kształtem płatków. Nowe rozwiązanie wpłynęło znacząco na ograniczenie upraw dotychczasowego maku, którego używano do produkcji „kompotu”.

Od dwóch lat Policja zbiera dane dotyczące przestępstw stwierdzonych z podziałem na środki odurzające. Instytucje międzynarodowe zajmujące się problematyką narkomanii w obszarze redukcji podaży jako jedną z podstawowych kategoryzacji przyjmują przyporządkowanie przestępstw do poszczególnych narkotyków. Najwięcej przestępstw stwierdzonych ujawniono w związku z konopiami indyjskim w 2004 – 13 414, a w 2005 – 16974. Na drugim miejscu znalazły się czyny karalne dotyczą-

ce amfetaminy w 2004 – 35873, w 2005 – 36 0899. Takie wyniki nie zaskakują, ponieważ najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną są właśnie konopie, a drugą w kolejności jest amfetamina (Sierosławski 2002).

Ponadto konopie indyjskie były nielegalnym narkotykiem najczęściej związanym ze zgłaszanymi przestępstwami w większości innych krajów członkowskich (EMCDDA 2005). Na tym tle wyróżnia się Holandia, gdzie dominowały tzw. „twarde narkotyki” (definiowane jako: heroina, kokaina, ekstazy i LSD) – 58% przestępstw oraz Czechy z amfetaminą – 48% przestępstw.

PODEJRZANI

Wraz z liczbą przestępstw stwierdzonych rosną również liczby osób podejrzanych z Ustaw o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku. Dane z wykresu 1. pokazują, w jakim stopniu ten wzrost nastąpił. W strukturze wszystkich podejrzanych dominują osoby z artykułu 48 z Ustawy z 1997 r. (art.

62 Ustawy z 2005) dotyczącego posiadania środków odurzających. W 2005 roku odnotowano aż 19215 osób z tego artykułu (67% wszystkich podejrzanych z Ustawy). Dane z lat wcześniejszych pokazują, jak zmienia się struktura podejrzanych i stopniowo największą liczbę wśród nich stanowią osoby z art. 48: w 1999 r – 1146 podejrzanych (23,9%); w 2000 r. – 1799 podejrzanych (27,0%); w 2001 r. – 4358 podejrzanych (43,7%); w 2002 r. – 7285 podejrzanych (54,1%); w 2003 r. – 10529 (62,2%); w 2004 r. – 14914 (65%). Ponad dwukrotny wzrost liczby podejrzanych w stosunku do roku 2000 notujemy w roku 2001, który był pierwszym rokiem obowiązywania nowelizacji Ustawy z 1997 roku. Istotną zmianę wprowadzoną tym aktem prawnym stanowiło usunięcie ustępu 4 z artykułu 48, mówiącego o odstępcie od karania, jeżeli osoba posiadała nieznaczny ilość narkotyku na własny użytek. Od roku 2000 Policja mogła dokonywać „zakupu kontrolowanego”, co miało również wpływ na zwiększenie wykrywalności.

SKAZANIA PRZEZ SĄDY

Sprawy karne za naruszenie przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są rozpatrywane przez sądy rejonowe, właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Zestawienie danych o prawomocnych wyrokach skazujących za lata 1989 – 2004, zawarte w tabeli 3. pokazuje skokowy wzrost w 1993 r., następnie rozpoczął się trend spadkowy trwający do 1997 r. Od 1998 roku notujemy kolejny wzrost liczby skazanych wynikający m.in. z uchwalenia nowej Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 1997 roku.

W roku 2001 nastąpiło kolejne zwiększenie liczby skazanych w porównaniu do roku 2000 o 49%. W 2000 roku znowelizowano Ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, zaostrzając prawo, zmiany legislacyjne mają odzwierciedlenie w statystykach. Trend wzrostowy utrzymuje się do roku 2004, z którego mamy ostatnie dostępne dane. Porównując ostatnie dwa lata, można zauważyć duży przyrost liczby skazanych z Ustawy.

Z kolei w tabeli 4. są dane o liczbach osób skazanych na karę pozbawienia wolności. O ile w przypadku wszystkich skazanych z Ustawy (tabela 3)

Tabela 3. Skazani prawomocnie przez sądy ogółem i skazani z ustaw o przeciwdziałaniu i zapobieganiu narkomanii.

Lata	Skazani ogółem	Skazani z ustaw	Odsetek skazanych z ustaw
1989	93 373	591	0,63
1990	106 464	231	0,22
1991	152 333	421	0,28
1992	160 703	993	0,62
1993	171 622	2 235	1,30
1994	185 065	1 862	1,01
1995	195 455	1 864	0,95
1996	227 731	1 739	0,76
1997	210 600	1 457	0,69
1998	219 064	1 662	0,76
1999	207607	2264	1,09
2000	222815	2878	1,29
2001	315013	4300	1,36
2002	365326	6407	1,75
2003	415533	9815	2,36
2004	512969	16608	3,30

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Tabela 4. Skazani prawomocnie na karę pozbawienia wolności z ustaw o przeciwdziałaniu i zapobieganiu narkomanii

Lata	Skazani na karę pozbawienia wolności		
	Ogółem	bez zawieszenia	z zawieszeniem
1989	236	76	160
1990	92	30	62
1991	143	32	111
1992	282	72	210
1993	347	97	250
1994	346	97	249
1995	368	100	268
1996	520	141	379
1997	629	165	464
1998	1173	252	921
1999	1865	420	1445
2000	2428	572	1856
2001	3802	1024	2778
2002	5417	1282	4133
2003	7785	1489	6296
2004	12417	2308	10109

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

w trendzie wzrostowym są pewne zawahania i liczba osób skazanych niekiedy spada, to w przypadku osób skazanych na karę pozbawienia wolności od roku 1990 mamy stały trend wzrostowy. Wzrost nabiera dynamiki w ciągu ostatnich lat, ponieważ od 2000 roku w zaostrożono prawa antynarkotykowe.

CENY NARKOTYKÓW

Informacje o cenach narkotyków otrzymujemy od instytucji zajmujących się walką z nielegalnym rynkiem. Kluczową instytucją w zbieraniu tego typu danych jest Policja, ponieważ prowadzi działania operacyjne wymierzone nie tylko w handel hurtowy, ale także sprzedaż detaliczną. Ceny detaliczne pozwalają śledzić zmiany na scenie narkotykowej. Ich wzrost lub spadek jest sygnałem wzrostu lub spadku podaży. Warto zauważyć, iż na cenę narkotyków wpływa szereg czynników takich jak m.in.: zróżnicowanie terytorialne, czystość narkotyku, intensywność działań policyjnych, jak również sytuacja międzynarodowa. Aby otrzymać w miarę wiarygodne dane i wyeliminować

zakłócenia, które mogą wpłynąć na wiarygodność danych, informacje o cenach powinny być zbierane według określonej metodologii z jak największej liczby różnych źródeł. Policyjny system zbierania danych nie pozwala nam na uzyskania danych odzwierciedlających dokładnie ceny detaliczne na scenie narkotykowej. Dane te więc należy traktować jako szacunkowe. Pomimo tych zastrzeżeń można pokusić się o ich interpretację. Podane w tabeli dane należy traktować jako przybliżone. Z informacji zawartych w tabeli 5. widać, że ceny ekstazy, amfetaminy i kokainy w 2005 w porównaniu do 2004 spadły. W przypadku haszyszu, LSD i heroiny notujemy lekki wzrost.

W roku 2005 Centrum Informacji opracowało system zbierania danych dotyczący policyjnych danych. Nie udało się go jednak wprowadzić. Jednak metodologia dotycząca zbierania danych o cenach dzięki dobrej współpracy z Centralnym Biurem Śledczym zostanie wprowadzona w podległych mu jednostkach. W ten sposób powyższe informacje będzie można zbierać według standardów EMCDDA. Uzyskamy więc w miarę wiarygodne dane zarówno na poziomie województw jak i w skali kraju.

CZYSTOŚĆ NARKOTYKÓW

Opierając się na danych Policji oraz badaniach jakościowych przeprowadzanych wśród użytkowników narkotyków, wiemy, że czystość narkotyków sprzedawanych na nielegalnym rynku znacznie się różni. Brak jednolitego systemu w tym obszarze utrudnia interpretację otrzymywanych danych. Średnia czystość kokainy w roku 2005 wyniosła 77%, a amfetaminy 53%. Widać z tabeli 6., że czystość niektórych substancji – heroiny i kokainy, wykazana została na podstawie niewielu analiz. W przypadku marihuany zawartość THC wydaje się niedoszacowana. Dane z 2005 roku pokazują, że średnia zawartość THC w marihuanie wynosiła tylko 1%. Z kolei czystość amfetaminy w 2005 roku i kokainy z trzech lat wydaje się przeszacowana. Z badań jakościowych wiemy, że jakość polskiej kokainy jest znacznie niższa od zagranicznej. Również przeciętna amfetamina jest znacznie słabsza.

W 2005 roku oprócz minimalnej i maksymalnej czystości narkotyków mamy również wartość modal-

ną, czyli najczęściej występującą. Dla marihuany wyniosła ona 0,75%, kokainy 78%, a amfetaminy 84%.

Dane zawarte w tabeli 6. pochodzą z Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego, które zajmuje się przede wszystkim analizą dużych konfiskat. W ramach prac nad protokołem dostosowania zbierania danych do wymogów EMCDDA opracowano system, który ma na celu uzyskanie bardziej wiarygodnych danych. Przyszłoroczne dane zostaną oparte na informacjach zebranych z policyjnych wojewódzkich laboratoriów

kryminalistycznych według metodologii opracowanej podczas przygotowania protokołu.

Według danych EMCDDA zawartość THC w marihuanie w krajach europejskich wynosi średnio 6 – 8% (King 2004), wyjątkiem jest Holandia, gdzie procent ten jest znacznie wyższy i dochodzi aż do 16%. U naszych południowych sąsiadów, czyli w Czechach, marihuana ma średnio 2,65% THC, a jej silniejsza odmiana zwana u nas potocznie „skunem” (ang. *nederwiet, sinsemilla*) 12% THC. Największe stężenie THC

Tabela 5. Detaliczne ceny narkotyków na nielegalnym rynku w 1999 – 2005

rok		Amfetamina	Ekstazy	Kokaina	Heroina „Brown Sugar”	Haszysz	LSD
	jednostka	gram	tabletki	gram	gram	gram	listek
1999	Ceny minimalne i maksymalne	40–120	25–50	250–300	200–250	35–45	20–40
	Średnia cena	80	35	250	200	40	30
2000	Ceny minimalne i maksymalne	40–120	15–30	od 200	200–250	35–45	20–40
	Średnia cena	80	35	250	200	40	30
2001	Ceny minimalne i maksymalne	20–120	15–40	150–300	150–240	25–35	20–40
	Średnia cena	65	26	209	189	30	31
2002	Ceny minimalne i maksymalne	20–80	30–10	150–300	200–300	20–40	11–35
	Średnia cena	50	25	200	160	30	34
2003	Ceny minimalne i maksymalne	30–50	20–50	250–300	160–200	30	25
	Średnia cena	40	35	275	180	30	25
2004	Ceny minimalne i maksymalne	15–60	4–25	120–300	100–200	15–40	12–30
	Średnia cena	38	15	210	150	30	21
2005	Ceny minimalne i maksymalne)	20–50	8–15	80–300	150–200	25–45	20–40
	Średnia cena	30	10	150	165	35	25

Źródło: Komenda Główna Policji w Warszawie

występuję w holenderskim haszyszu (ang. *duch resin*). Średnia zawartość wynosi bowiem 34% THC

KONFISKATY

Ujawnieniami narkotyków zajmują się: Policja, Służba Celna (usytuowana w Ministerstwie Finansów), Straż Graniczna, Żandarmeria Wojskowa oraz Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Powyższe instytucje nie wypracowały jeszcze wspólnego systemu zbierania danych, co utrudnia oszacowanie ilości skonfiskowanych na poziomie całego kraju. Ponieważ w niektóre z ujawnień zaangażowane są te same instytucje, nie

pokazują rosnący trend wzrostowy ilości skonfiskowanej amfetaminy oraz ekstazy w latach 2002 – 2005. Największe ujawnienia tych środków odnotowujemy w 2005 roku. W przypadku marihuany i haszyszu za rekordowy należy uznać 2002. Po nim obserwujemy trend stabilny ujawnień marihuany, a konfiskaty haszyszu fluktuują. Z kolei do roku 2003 wzrastały konfiskaty kokainy. Ostatnie dwa lata to trend spadkowy, a ilości zabezpieczonej kokainy były o wiele mniejsze niż we wcześniejszym okresie. W przypadku heroiny największą jej ilość ujawniono w 2002 roku, zaś jeśli chodzi o LSD, takim rokiem był 2004. Pion kryminal-

Tabela 6. Czystość narkotyków oraz zawartość THC w konopiach na nielegalnym rynku

	2003				2004				2005				
	Liczba próbek	Min.	Maks.	Średnia	Liczba próbek	Min.	Maks.	Średnia	Liczba próbek	Min.	Maks.	Średnia	Najczęstsza
Stężenie THC w marihuanie %					86	0,06	3,88	0,6	66	0,22	4,19	1,01	0,75
Heroina %									14	0,21	33,9		
Kokaina %	6	20	88	83	3	23	96	80	6	20	88	77	78
Amfetamina %	701	2	99	30 – 50	256	10	98	30–40	56	6	85	53,1	84

Źródło: Centralne Laboratorium Kryminalistyczne

da się uniknąć podwójnego policzenia tych samych przypadków. Od 1996 r. niedostępne są dane o liczbie konfiskat, znamy jedynie ilości skonfiskowanych narkotyków. Jedynie Służba Celna raportuje liczbę ujawnień narkotyków. Ze względu na bardzo znaczne wahania ilości konfiskowanych jednorazowo narkotyków oraz dużą rolę czynnika losowego, analiza trendu jest bardzo utrudniona. Polska ze względu na swoje położenie odgrywa ważną rolę w tranzycie narkotyków, stąd konfiskaty nie wydają się być szczególnie trafnym wskaźnikiem rozwoju rynku narkotykowego w kraju. Część narkotyków zabezpieczonych przez polskie służby miało docelowo trafić poza granice kraju.

Największe ilości narkotyków ujawnia Policja. Jednostki CBS zajmują się przede wszystkim walką ze zorganizowaną przestępczością, a pion kryminalny zwalcza głównie handel detaliczny. Analizując informacje zawarte w tabeli 7. dotyczące ujawnień Policji, można wychwycić pewne tendencje. Dane policyjne

ny zabezpieczył w 2005 roku większe niż w poprzednich latach ilości: polskiej heroiny, słomy makowej, konopi indyjskich, marihuany, amfetaminy, kokainy oraz ekstazy (Minister Zdrowia 2006), co świadczy o intensyfikacji działań wymierzonych w handel detaliczny.

Analizując dane innych służb, można zauważyć, że również w 2002 roku Służba Celna ujawniła największe ilości marihuany, heroiny, ekstazy oraz grzybów halucynogennych. Z kolei następny rok był rekordowy dla konfiskat haszyszu, kokainy i amfetaminy. Poza tabletkami ekstazy, której największa liczba została ujawniona przez celników w 2005 roku, ilości skonfiskowanych środków odurzających w tym roku są mniejsze niż w latach poprzednich. Straż Graniczna, podobnie jak w przypadku Policji, największe ilości marihuany i haszyszu skonfiskowała w 2002 roku. Analogiczna sytuacja ma miejsce z amfetaminą. Obydwie służby najwięcej tego środka ujawniły

w 2005 roku. Trudności w analizie danych pokazuje ujawnienie przez Straż Graniczną 0,25 kg LSD. Takiej jednostki miary nie stosuje się w żadnych zestawieniach. Można przypuszczać, że chodzi o wagę papieru nasączonego LSD, a nie sam aktywny środek. Takie raportowanie uniemożliwia branie pod uwagę tej informacji przy analizie. Jeżeli to ujawnienie zostało wykazane w liczbie listków, najprawdopodobniej byłoby jednym z rekordowych. Warto odnotować pierwszą konfiskatę w 2005 roku przez Policję GHB,

znanego jako „narkotyk gwałtu” (ang. *date rape drug*). To jak na razie jedyne ujawnienie tego narkotyku.

PRACE NAD NOWYM SYSTEMEM ZBIERANIA DANYCH DOSTOSOWANYM DO WYMOGÓW EMCDDA I ONZ

W celu ujednolicenia systemu i dostosowania spo-

Tabela 7. Konfiskaty Policji w latach 2001 – 2005.

Rodzaj narkotyku	2001	2002	2003	2004	2005
Amfetamina	195 kg	118 kg 134 g	192 kg 95 g	236 kg 348 g	308 kg 600 g
Ecstasy	232 735 szt.	24.883 szt.	95.148 szt. 1 kg 274 g	269. 377 szt.	487 268 szt.
Marihuana	74kg 3 g	440 kg 001 g	198 kg 152 g	205 kg 735 g	201 kg 400 g
Konopie; krzaki/sadzonki	765 krzaków	32.388 szt. +15 tony	86.163 krzaki 258 sadzonki	15.440 szt.	34916 szt.
Haszysz	9 kg 500 g	114 kg 410 g	33 kg 640 g	41 kg 52 g	18 kg 500 g
Kokaina	45 kg 300 g	397 kg 561 g	401 kg 225 g	21 kg 721 g	12 kg 800 g
Heroina	208 kg 100 g	6 kg 502 g	6 kg 913 g	65 kg 587 g	41 kg 130 g
Słoma makowa	100 kg	3 t 300 g	4 t 398 kg	b.d.	1210 kg
Polska heroina	10 litrów + 45 g	193 litry	155 litra	11 litrów	11.493 litrów
LSD	672 szt.	797 szt.	20.602 szt.	34.288 szt.	2157 szt.
Leki psychotropowe/ anaboliki	–	5.132 amp.	36.818 szt.	50.039 szt.	–
Grzyby halucynogenne	–	3 kg 727 g	5 kg 943 g	11 kg 500 g	2 kg 580 g
GHB	–	–	–	–	2145 ml

Źródło: Komenda Główna Policji

Tabela 8. Ujawnienia Służby Celnej w latach 1998 – 2005

Rodzaj narkotyku	Jednostka miary	1998		1999		2000		2001 ilość		2002		2003		2004		2005	
		Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość	Liczba ujaw.	ilość
		Haszysz	kg	12	844	24	4,055	13	2,350	17	3,536	37	3,388	43	12,928	82	0,443
Marihuana	kg	47	8,057	59	37,980	58	22,513	87	17,278	147	75,360	152	35,012	209	26,910	357	17,066
Konopie	rośliny	8	807	8	3017	0	0	2	240	0	0	0	0	0	0	0	0
Heroina	kg	5	23,081	1	10,500	1	96,718	3	180,560	4	292,835	0	0	7	189,627	4	0,017
Kokaina	kg	2	8,136	6	5,766	1	75	4	5,249	6	1,480	4	399,333	6	6,308	8	7,224
Amfetamina	kg	2	2,684	9	0,718	6	0,865	14	0,651	28	10,548	20	11,204	32	5,686	101	3,008
Ecstasy	ta- bletki	3	1054	5	444	8	5171	22	6389	9	12138	4	6382	18	2821	59	9269
LSD	listki	6	4898	1	190	1	150	0	0	0	0	0	0	0	0	2	29
Grzyby haluc.	Szt/g	4	81szt.	3	93 szt.	0	0	5	38g	7	203g	3	15g	14	41g	4	99g

Źródło: Służba Celna Ministerstwa Finansów

sobów zbierania danych do wymogów międzynarodowych Centrum Informacji Krajowego Biura w ubiegłym roku podjęło prace nad opracowaniem protokołu dotyczącego danych policyjnych. Przygotowano dokument, który określił, jakie zmiany należy wprowadzić w istniejących systemach raportowania danych dotyczących narkotyków i narkomanii. Pewne wypracowane rozwiązania, dzięki dobrej współpracy z Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym (zbieranie danych o czystości narkotyków) oraz Centralnym Biurem Śledczym (zbieranie danych o cenach narkotyków), wdrażano już w bieżącym roku. Niestety nie udało się implementować protokołu w innych obszarach. Należy podkreślić, że prace polegały na modyfikowaniu istniejących systemów, a nie wprowadzaniu nowego i nakładaniu w ten sposób obowiązku zbierania dodatkowych informacji. W ramach jednego z tych systemów Policja zbiera np. dane o liczbie narkomanów oraz zgonów z powodu narkotyków. Trudno jest mówić o jakiegokolwiek me-

todologii przy rejestrowaniu tych przypadków, dlatego też dane te, mimo że są zbierane, nie mogą być brane pod uwagę przy analizach.

KOSZTY REDUKCJI PODAŻY

Dane dotyczące środków finansowych przeznaczonych na redukcję podaży raportowane są w ramach sprawozdawczości z realizacji Krajowego Programu

Tabela 9. Przemyt zatrzymany przez Straż Graniczną w latach 2002 – 2005

Rodzaj narkotyku	Jednostka miary	2002	2003	2004	2005
Haszysz	kg	18,389	0,314	2,521	0,774
Marihuana	kg	56,679	24,106	28,631	25,502
Heroina	kg	12,250	0,003	46,269	0,022
Kokaina	kg	0,050	1,145	7,943	4,071
Amfetamina	kg	6,034	13,341	1,727	34,776
Ecstasy	tabletki	250	194	13117	4655
LSD	listki	0	0	0,25kg	69

Źródło: Straż Graniczna

Przeciwdziałania Narkomanii. Powyższe koszty są składową kilku elementów: uposażenia z pochodnymi, pozapłacowych świadczeń pieniężnych, wydatków rzeczowych. Dane nie są zbierane przez poszczególne

służby według opracowanego schematu lub metodologii. W związku z powyższym istnieje trudność w szacowaniu ogólnej kwoty przeznaczonej na zwalczanie przestępczości narkotykowej. Informacje traktować należy więc jako dane szacunkowe. W porównaniu z rokiem 2004 w 2005 roku nastąpił wzrost wydatków

ży Granicznej oraz Ministerstwa Obrony Narodowej na walkę z przestępczością narkotykową zwiększyły się z 127 551 779 zł w 2004 roku do 141 800 451 zł w 2005 roku.

Wyraźne zaangażowanie poszczególnych służb w realizację działań z zakresu redukcji podaży, jeśli

Tabela 10. Wydatki na zwalczanie przestępczości narkotykowej poniesione przez służby podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

	2002	2003	2004	2005
Policja	90 600 000	121 802 000	126 800 000	138 100 000
Straż Graniczna	b.d.	410 188	261 280	1 000 451

Źródło: Sprawozdania z realizacji KPPN za lata 2002 – 2005

wszystkich służb zaangażowanych w redukcję podaży, czyli Policji, Służby Celnej i Żandarmerii Wojskowej. Prawie czterokrotnie wzrósł budżet Straży Granicznej, a Ministerstwa Obrony Narodowej prawie pięciokrotnie. Tabela 10. pokazuje, że corocznie notujemy wzrost wydatków Policji.

PODSUMOWANIE

Statystyki policyjne dotyczące ścigania przestępstw narkotykowych oraz dane na temat podjętych działań prewencyjnych odzwierciedlają intensyfikację działań służb zaangażowanych w walkę z narkotykami i narkomanią w ciągu ostatnich kilku lat.

Podobnie jak latach ubiegłych, w 2005 roku wzrosła liczba przestępstw stwierdzonych przeciwko Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Trend wzrostowy notujemy w przypadku ujawnień narkotyków syntetycznych: amfetaminy i ekstazy.

Warto podkreślić w podsumowaniu, że w 2005 roku przyjęto tekst Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1277/2005 z dnia 27 lipca 2005 r. ustanawiającego przepisy wykonawcze do Rozporządzeń Parlamentu i Rady Europejskiej nr 273/2004 oraz 111/2005. Rozporządzenie Komisji Europejskiej reguluje wszelkie operacje związane z prekursorami narkotykowymi, a także zmienia dotychczasowe zakresy kompetencyjne instytucji oraz nakłada nowe obowiązki na Inspektorat ds. Substancji i Preparatów Chemicznych.

W 2005 roku Żandarmeria Wojskowa rozszerzyła zakres prowadzonych działań oraz zwiększyła środki finansowe przeznaczone na przeciwdziałanie narkomanii. Także wydatki Komendy Głównej Policji, Stra-

nawet bezpośrednio nie wpłynęło na ograniczenie rozmiarów zjawiska narkomanii, to na pewno zahamowało jego dynamikę.

Dokładną ocenę podjętych działań utrudnia brak systemu zbierania danych z obszaru redukcji podaży, który pozwoliłby na dokładniejszą analizę, w jakim stopniu udało się powstrzymać rozwój nielegalnego rynku narkotykowego. Modyfikacja istniejących systemów statystycznych wydaje się więc jednym z ważniejszych celów Krajowego Programu na lata 2006 – 2010. Pierwsze działania zostały podjęte już w ramach realizacji umowy bliźniaczej „Walka z narkotykami – kontynuacja” PHARE 2003, ale do ich kontynuacji potrzebna jest chęć i wola współpracy nie tylko ze strony KBPN, ale przede wszystkim instytucji prowadzących walkę z nielegalnym rynkiem. Ważną rolę w tym obszarze może odegrać Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii, której kompetencje i uprawnienia zostały poszerzone przepisami Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Bibliografia:

EMCDDA (2006). *Standard Table 15 Composition of tablets sold as illicit drug*, EMCDDA, Lizbona.

EMCDDA (2006). *Standard Table 16 Price in Euros at street level of illicit drugs*, EMCDDA, Lizbona.

EMCDDA (2005). *Sprawozdanie Roczne 2005 – Stan problemu narkotykowego w Unii Europejskiej i Norwegii*, EMCDDA, Lizbona.

EMCDDA (2006). *Standard Table 11 Arrests/Reports for drug law offences*, EMCDDA, Lizbona.

EMCDDA (2006). *Standard Table 13 Number and quantity of seizures of illicit drugs*, EMCDDA, Lizbona.

- EMCDDA (2006). *Standard Table 14 Purity at street level of illicit drugs EMCDDA*, Lizbona.
- Hołysz, B. (1994). *Kryminologia*, PWN, Warszawa.
- King, L. A., Carpentier, Ch., Griffiths, P. (2004). *EMCDDA Insights – An overview of cannabis potency in Europe*, European Monitoring Centrum For Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
- Krajewski, K. (2005). *Prawo wobec narkotyków i narkomanii*. W: *Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka*, Malinowska – Semprucha, K. (redakcja), International Debate Education Association, Warszawa.
- Minister Zdrowia (2004). *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2003*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Minister Zdrowia (2005). *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2004*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Minister Zdrowia (2006). *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2005*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2002). *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002 – 2005*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Sierosławski, J. (2002). *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Stochmal, S., Borkowski, M., Sabatowski, S., Krawczyń, W., Woć, L. (2002). *Przestępczość narkotykowa w Polsce w roku 2001*, Komenda Główna Policji, Warszawa.
- Ustawa z dnia 24 czerwca 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. Nr 24, poz. 198).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485).

Afganistan od lat należy do głównych dostawców heroiny na światowe rynki narkotykowe. Krajem wstrząsają kolejne zawieruchy wojenne i polityczne, a produkcja opiatów wciąż rośnie...

AFGANISTAN A ŚWIATOWA, NIELEGALNA PRODUKCJA OPIUM

**DANIEL DUDEK, SECOND OFFICER SC2 – DRUGS UNIT,
SERIOUS CRIME DEPARTMENT, EUROPOL**

Trochę historii

Do wysokiej pozycji Afganistanu jako głównego światowego dostawcy heroiny przyczyniła się wojna trwająca tam niemal bez przerwy od 20 lat. Jest to kraj o niewielkiej powierzchni uprawnej. Wynosi ona zaledwie 2,6 mln hektarów na łączną liczbę 65 mln hektarów powierzchni. W 1979 r., kiedy do Afganistanu wkroczyły wojska radzieckie, z rolnictwa utrzymywało się tam 85% ludności. Jednak walka z obcą armią, a następnie wojny domowe miały dla rolnictwa katastrofalne następstwa. Jedna trzecia gospodarstw rolnych została porzucona, dwie trzecie wiosek uległo zbombardowaniu, a ogromna część wiejskiej siły roboczej, nękanej nędzą, suszą i koniecznością przenoszenia się z miejsca na miejsce ruszyła w poszukiwaniu schronienia do dużych miast, takich jak Kabul czy Kandahar, bądź za granicę.

W sytuacji, kiedy dawna gospodarka nietowarowa ustępowała miejsca gospodarce pieniężnej, opium stało się jednym z nielicznych towarów masowych, który dawało się łatwo zamienić na amerykańskie dolary, a więc na walutę, za którą można kupować broń. Poza tym pogrążenie się Afganistanu w odmętach wojny zbiegło się ze spadkiem produkcji opium w trzech innych, ważnych pod tym względem krajach. Turcja, Iran i Pakistan zaczęły wprowadzać w życie surowe prawa antynarkotykowe oraz zakazy uprawy maku. Oznaczało to, że akurat wtedy, kiedy w Afganistanie produkcja opium wzrosła, czynniki zewnętrzne ułatwiły temu krajowi przechwycenie

większego udziału w rynku światowym.

W latach dziewięćdziesiątych, kiedy rolnictwo ucierpiało wskutek niekończących się wojen wewnętrznych, w Afganistanie ogromnie wzrosła uprawa maku. Ocenia się, że w 1989 roku kraj ten wyprodukował 1200 ton opium. W dziesięć lat później zbiory wyniosły około 4600 ton. W czerwcu 2000 roku, aby podreperować sobie reputację, reżim Talibów zaczął współpracować z Biurem ds. Kontroli Narkotyków i Przestępczości (UNODC) i zabronił uprawy maku. Zakaz ten sprawił, że zbiory w 2001 roku zmniejszyły się do 200 ton, co oznacza, że spadły prawie o 95% w porównaniu z rokiem 2000. Po 11 września wszystko uległo zmianie, ponieważ Talibowie przerwali współpracę z ONZ.¹

W przeddzień napaści terrorystów na Nowy Jork świeże opium sprzedawano na rynkach Afganistanu aż po 700 dolarów za kilogram. W dwa tygodnie później na ulicach Dżalalabadu czy Kandaharu spadła ona do 100 dolarów.² Od jesieni 2001 roku, gdy w Afganistanie wylądowały amerykańskie wojska, by obalić rządy Talibów, produkcja narkotyków w tym kraju wzrosła trzykrotnie.³

Światowa produkcja opium

Na podstawie danych Organizacji Narodów Zjednoczonych światowa nielegalna produkcja heroiny pochodzi z trzech źródeł: Afganistanu, Birmy i Laosu, przy czym produkcja opium w afgańskiego obliczana jest na ok. 87% (2005 r.)⁴ globalnej produkcji.

Pomimo wysiłków władz w Afganistanie i redukcji obszaru pól uprawnych maku o 21% w porównaniu z rokiem 2004 (z 131 000 ha do 104 000 ha), panujące warunki atmosferyczne (silne opady deszczu i śniegu) spowodowały zwiększenie wydajności upraw (w przeliczeniu na kilogram z hektara) niż miało to miejsce w latach poprzednich. Dlatego też całkowita produkcja opium w Afganistanie w 2005 roku wyniosła 4100 ton, co stanowi spadek tylko dwuprocentowy w porównaniu ze zbiorami w 2004 r. (4200 ton).⁵

Ilość wytworzonego opium jest wystarczająca do produkcji 410 ton heroiny.

W prowincjach Helmand i Nangahar (uważanych

za najważniejsze, jeżeli chodzi o uprawy opium), z uwagi na zastosowanie w nich niemal 72% wszystkich przedsięwzięć w zakresie wykorzeniania upraw, nastąpił znaczący spadek produkcji. Jednakże w innych prowincjach zanotowano gwałtowny wzrost upraw (np. Kandahar +162%, Nitroz +1370, Balkh +334, Farah +348).

Ze społecznego i ekonomicznego punktu widzenia nielegalne uprawy maku oraz produkcja opium i heroiny ma wpływ na życie 2,3 mln Afgańczyków, co stanowi 10% populacji. Dochód netto uzyskiwany z produkcji opium i heroiny szacuje się na 2,7 miliardów dolarów, co stanowi 52% legalnego PKB Afganistanu w 2004/5 r., który wyniósł 5,2 mld. dolarów.

79% tego zysku trafia do szeroko rozumianego świata przestępczego (zorganizowane grupy przestępcze, przemytnicy, skorumpowany aparat urzędniczy, itd.) związanej z produkcją opium i przemytem heroiny z Afganistanu. Pozostałe 21% przychodu trafia do farmerów.⁶

Nielegalna produkcja morfiny i heroiny

Na podstawie raportów UNODC z uzyskanych 4100 ton opium 72% wyeksportowano w postaci morfiny i opium (w 2004 r. – 64% z 4200 ton), natomiast pozostałe 28% w postaci czystego opium (w 2004 r. – 36%).

Uwzględniając nielegalny proces produkcji heroiny do przetworzenia 72% opium (ok. 3000 ton) w półprodukt (morfinę) lub produkt końcowy (heroina), niezbędnych jest około 10 000 ton chemikaliów, w tym około 1000 ton bezwodnika kwasu octowego (kluczowego prekursora w produkcji heroiny). Należy zauważyć, że „wyciek” bezwodnika kwasu octowego z legalnego rynku odbywa się poza terytorium Afganistanu (w Afganistanie nie jest on produkowany), a następnie jest do niego przemywany. Przemysł bezwodnika kwasu octowego odbywa się głównie:

- drogą morską z Chin, a następnie przez Pakistan;
- drogą lądową z Indii przez Pakistan;
- drogą lądową z Federacji Rosyjskiej przez terytoria Kazachstanu, Uzbekistanu, Tadżykistanu, Turkmenistanu;

– drogą lądową z Europy z wykorzystaniem tzw. Szlaku Bałkańskiego poprzez terytorium Turcji, a następnie Iranu.

Przetwarzanie opium w morfinę i heroinę ma miejsce w nielegalnych laboratoriach usytuowanych głównie w północnej i północno – wschodniej części kraju. Potwierdzają to w szczególności konfiskaty heroiny pochodzącej z Afganistanu w państwach sąsiadujących. Tadzżykistańska Agencja ds. Kontroli Narkotyków (*Tajik Drug Control Agency*) szacuje, że w Afganistanie działa ponad 400 nielegalnych laboratoriów heroiny, z czego około 80 znajduje się wzdłuż granicy z Tadżykistanem.

W pierwszym półroczu 2004 roku Afgańskie Specjalne Siły Antynarkotykowe (*Afghan Special Narcotics Force*) zlikwidowały 30 nielegalnych laboratoriów i miejsc przechowywania chemikaliów, zabezpieczając znaczące ilości prekursorów chemicznych. Ponadto zabezpieczyły 30 ton opium oraz 1,5 tony heroiny.⁷

Specjalny raport opracowany przez UNODC w 2005 r. stwierdza, że pomimo zwiększonej aktywności i działań podejmowanych przez władze irańskie, większość przemyconych z Afganistanu opiatów przemyconych jest właśnie przez terytorium Iranu. Zdaniem UNODC, w 2005 r. przemyt opiatów pochodzących z Afganistanu przez terytorium Iranu wzrósł z 40% (2004 r.) do 61%.

Ok. 20% opiatów pochodzących z Afganistanu przemyca się przez terytorium Pakistanu, skąd wysyłane są zarówno drogą morską przy wykorzystaniu kontenerów załadowanych na statki opuszczające porty Pakistanu, jak i przez kurierów drogą lotniczą w kierunku Europy Zachodniej. Pozostałe 19% opiatów afgańskich przemyconych jest przez terytorium Azji Centralnej przy wykorzystaniu tzw. Szlaku Jedwabnego.⁸

(Źródło: *United Nations Office on Drugs and Crime, Afghanistan Opium Survey 2005*)

Efektywność władz Afganistanu w egzekwowaniu polityki antynarkotykowej w znaczący sposób oddziałuje na ocenę ryzyka oraz modus operandi w zakresie nielegalnej produkcji i przemytu wewnątrz kraju. Afgańskie Specjalne Siły Antynarkotykowe (*Afghan Special Narcotics Force – ASNF*), utworzone w styczniu 2004 r., jak dotąd zabezpieczyły 135 ton

opiatów, ponad 25 ton prekursorów i zlikwidowały 120 nielegalnych laboratoriów. Ponadto w lipcu 2005 r. władze zdecydowały o utworzeniu specjalnego zespołu zadaniowego ds. zwalczania przestępczości narkotykowej w ramach ministerstwa sprawiedliwości (*The Counter Narcotics Criminal Justice Task Force*). Powyższe inicjatywy nie przynoszą jednak pokładanych rezultatów ze względu na problemy bezpieczeństwa wewnątrz kraju, brak zdolności instytucjonalnych, brak odpowiednich programów alternatywnych dla farmerów oraz korupcji.⁹

Inicjatywa Paktu Paryskiego

Pakt Paryski to inicjatywa zaproponowana przez dyrektora wykonawczego UNODC – A. M. Costę w 2003 r., w trakcie ministerialnej konferencji nt. szlaków przemytu narkotyków z Azji Centralnej do Europy („*Drug Routes from Central Asia to Europe*”). Inicjatywa ma służyć zacieśnieniu współpracy państw dotkniętych przemytem narkotyków z Afganistanu (w szczególności dotyczy to państw Unii Europejskiej). Główne założenia Paktu to między innymi wzmocnienie kontroli na granicach w Zachodniej i Środkowej Azji (na tzw. szlaku bałkańskim, w obszarze Morza Czarnego i terytorium Wspólnoty Niepodległych Państw), opracowanie prawnych i organizacyjnych ram dla zwalczania problemu narkotyków w państwach mających największe trudności, poprawa współpracy państw regionu z krajami europejskimi oraz wsparcie dla programów realizowanych w Afganistanie. To inicjatywa w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych, jednak niektóre państwa członkowskie UE są w niej bardzo aktywne. Ta aktywność przekłada się z kolei na działalność w ramach UE (w szczególności dotyczy to stałej grupy roboczej Rady UE – Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków HDG).

W dniu 28 czerwca 2006 r. w Moskwie odbyła się w ramach Paktu Paryskiego druga ministerialna konferencja na temat szlaków przemytu narkotyków z Afganistanu określona jako „Paris 2 – Moscow 1”.

W trakcie spotkania przyjęto szereg rekomendacji i zaleceń, które należałoby wdrożyć w najważniejszych filarach zagadnieniowych:

- kontroli granic i przemycie prekursorów;
- współpracy regionalnej i międzynarodowej;

– kwestiach socjalnych i zdrowia publicznego.

Należy podkreślić, że w konferencji Paris Pact II, brała również udział delegacja Polski, którą reprezentowała minister spraw zagranicznych.

Prognozy na najbliższą przyszłość

Niestety, prognozy dotyczące upraw maku i produkcji opium w 2006 roku nie są zbyt optymistyczne. Według szacunków UNODC uprawy maku w tym roku wzrosną w porównaniu do roku 2005 o ok. 59% i osiągną 165 000 ha. Ponadto według tych samych prognoz produkcja opium wzrośnie na niespotykaną skalę i osiągnie 6100 ton!¹⁰

Tak ogromna produkcja ma według ekspertów UNODC ścisły związek z koncentracją morfiny w opium. Jeśli chodzi o rok 2005, jak wspomniano na początku, produkcję opium oszacowano na 4100 ton. Z takiej ilości można było wyprodukować około 410 ton czystej heroiny (10–15 kg opium na 1 kg heroiny). W przypadku zwiększonej koncentracji morfiny w opium, z przewidywanych 6100 ton opium będzie można wyprodukować około 870 ton czystej heroiny!

Taki stan rzeczy jest oczywiście niepokojący dla władz państw UE (kraje przeznaczenia w przemyśle heroiny), krajów sąsiadujących z Afganistanem, a także Rosji (ogromna liczba osób uzależnionych od heroiny). Można spodziewać się zalewu rynku europejskiego heroiną pochodzącą z Afganistanu, można spodziewać się obniżki cen heroiny na czarnym rynku, zwiększenia konsumpcji tego środka, a co za tym idzie pojawienia się kolejnych osób uzależnionych od opiatów.

To bardzo niepokojące sygnały, a wysiłki państw UE (ponoszącej największe koszty pomocy dla Afganistanu), w szczególności w zakresie likwidacji upraw maku i tzw. rozwoju alternatywnego, nie przynoszą spodziewanych efektów. Tak podsumowała powyższe, oficjalne dane UNODC ujęte w najnowszym raporcie nt. Afganistanu – „Afganistan Opium Survey 2006”, komisarz UE w zakresie stosunków zewnętrznych – Benita Ferraro-Waldner, na spotkaniu z Dyrektorem Wykonawczym UNODC – Antonio Maria Costa, na spotkaniu w Brukseli w dniu 12 września 2006 r.

Komisarz podkreśliła jednak, że pomimo tych

niepokojących sygnałów UE będzie kontynuować pomoc udzielaną władzom w Afganistanie we wszystkich 8 filarach odbudowy i rozwoju państwa, w celu zmniejszenia upraw maku i produkcji opium.

Dyrektor Wykonawczy UNODC zwrócił uwagę na inny, bardzo ważny aspekt w całej sprawie (była też o nim mowa wcześniej), a mianowicie na przemysł prekursorów na terytorium Afganistanu. Afganistan, jako kraj słabo rozwinięty, nie ma własnego sektora w gospodarce odpowiedzialnego za produkcję chemikaliów. Niezbędne do przetwarzania opium w heroinę chemikalia (głównie bezwodnik kwasu octowego), przemycane są na jego terytorium z różnych kierunków (Patrz: Nielegalna produkcja morfiny i heroiny). Co sta, w trakcie przedmiotowego spotkania, powiedział, że do przetworzenia tych 4100 ton surowego opium trzeba było dostarczyć na terytorium Afganistanu około 10000 ton bezwodnika kwasu octowego!

– *Jak to się dzieje, że przy tak słabej infrastrukturze drogowej w tym kraju, około 500 transportów o ładowności 25 ton każdy (odpowiednik 10000 ton bezwodnika) może przejechać niezauważone do Afganistanu?* – skomentował Costa na koniec spotkania...

¹ *The Economist Newspaper Limited, London, 20.10.2001.*

² *Forum 46/ 05.11.2001.*

³ *www.serwisy.gazeta.pl, 15.05.2006.*

⁴ *United Nations Office on Drugs and Crime, Afghanistan Opium Survey 2005.*

⁵ *United Nations Office on Drugs and Crime, The Opium Situation in Afghanistan as of 29 August 2005.*

⁶ *United Nations Office on Drugs and Crime, Afghanistan Opium Survey 2005.*

⁷ *Council of the European Union, 10687/04, Cordrogue 50, „Dublin Group report for South–West Asia” prepared by the Foreign and Commonwealth Office, London, Brussels, 21 June 2004.*

⁸ *Heroin trafficking along the Balkan Router, Europol, 04.04.2006.*

⁹ *Council of the European Union: 12348/05 CORDROGUE 54, ASIE 64: Summary of discussions of EU/Troika/Interested delegations meeting with Afghanistan (6 September 2005, Brussels). Brussels, 16 September 2005.*

¹⁰ *Organisation of Asia–Pacific News Agency, 11.09.2006, Afghanistan ready to flood Europe with first–grade heroine.*

Co roku na rynku narkotykowym pojawia się od kilku do kilkunastu nowych substancji psychotropowych i środków odurzających. Większość z nich to nieobjęte kontrolą substancje syntetyczne, których zażycie bywa śmiertelne w skutkach. System monitoringu rynku narkotyków i wczesnego ostrzegania o groźnych substancjach może uratować życie wielu ludzi...

NOWE NARKOTYKI SYNTETYCZNE

WALDEMAR KRAWCZYK,
CENTRALNE LABORATORIUM KRYMINALISTYCZNE
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

Wśród środków odurzających i psychotropowych najliczniejszą grupę stanowią substancje syntetyczne. Narkotyki syntetyczne to takie, które zostały wyprodukowane w laboratorium (najczęściej nielegalnym) z syntetycznych prekursorów. Ich stale rosnąca popularność rozpoczęła się w latach 80-tych XX wieku, w porównaniu z narkotykami naturalnymi są więc substancjami nowymi. Istnieją dwie podstawowe przyczyny ich popularności. Pierwsza to olbrzymia różnorodność tego typu narkotyków, z których większość, mimo że ma działanie psychotropowe, nie jest prawnie kontrolowana. Doskonały przykład stanowią pochodne jednego tylko związku o nazwie fenetyloamina. W Polsce, podobnie jak w całej Europie, prawnie kontrolowanych jest około 20 jej pochodnych, tymczasem w jednej tylko książce „PIHKAL, A Chemical Love Story” Shulgin przedstawił receptury syntezy i opisał działanie biologiczne około 200 pochodnych. Kilkanaście z nich stale pojawia się na nielegalnym rynku narkotykowym. Największą popularnością wśród narkomanów cieszy się amfetamina (w Europie) oraz pochodne 3,4-metylenodisymetaminy nazywane potocznie Ekstazą i oznaczane skrótami MDMA, MDA i MDEA.

Druga przyczyna to łatwość produkcji narkotyków syntetycznych. Większość z nich można otrzymać prostymi metodami, w niewielkich laboratoriach, a nawet w warunkach domowych. Produkuje się je przeważnie na lokalne potrzeby, nie ma więc konieczności organizowania ich transportu na olbrzymie odległości, tak jak ma to miejsce w przypadku kokainy czy heroiny, a to zmniejsza ryzyko konfiskaty przez organa zwalczające przestępczość narkotykową i ob-

niża koszty. Bardzo często produkuje się je w formie atrakcyjnych tabletek znoszących barierę psychologiczną przed zażywaniem narkotyków, zwłaszcza przez młodzież.

Oswojona tabletką

Tabletki są związane z życiem człowieka od wczesnego dzieciństwa. Sięgamy po nie przy różnych okazjach zarówno w chorobie (leki), jak i w celach profilaktycznych (witaminy, minerały). Popularność pigułek jako farmaceutyków i przyzwyczajenie człowieka do ich przyjmowania wykorzystali producenci nielegalnych tabletek, zawierających narkotyki zamiast leków. Oprócz braku psychicznych zahamowań przed przyjmowaniem w takiej postaci (kojarzącej się pozytywnie z farmaceutykami), na rosnącą popularność tabletek narkotykowych ma wpływ również łatwość ich zażywania (nie ma strzykawek, rurek, wchłaniania przez śluzówkę nosa) i „elegancka” forma. Nie bez znaczenia jest również fakt, że tabletek nie da się rozcieńczyć, a więc potencjalny użytkownik, kupujący tego samego typu pigułki, spodziewa się podobnego ich składu i podobnych doznań. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych kilku lat, wszystkie narkotyki syntetyczne będą rozprowadzane właśnie w tej postaci.

Tabletki narkotykowe zawierają substancje psychotropowe, różnego rodzaju dodatki takie jak kofeina lub aspiryna oraz masę tabletkową. Jedna tabletką może zawierać od kilkunastu do 300 mg substancji aktywnej, co w konsekwencji prowadzi do bardzo różnych reakcji organizmu po jej spożyciu. Najpopularniejsze są tabletki Ekstazy zawierające różne pochodne amfetaminy.

Tęczowe kolory Ekstazy

Tabletki Ekstazy mają różne kształty, kolory i znaki

nazywane „logo”. Cechy te mają zachęcać potencjalnych nabywców do ich kupowania i zażywania, stanowią również swoistą gwarancję jakości (tylko w zamyśle producentów, ale nie w praktyce). Należy jednak pamiętać, że podobny kształt i logo nie mają związku z zawartością tabletek i dopiero szczegółowa analiza chemiczna pozwala określić, z jakiego rodzaju substancją aktywną mamy do czynienia i jaka jest jej ilość. Na polskim rynku narkotykowym można spotkać ponad 100 rodzajów tabletek zawierających kilkanaście różnych pochodnych amfetaminy. Najczęściej spotykane („klasyczne”) zawierają MDMA, substancję o stosunkowo łagodnym działaniu pobudzającym i halucynogennym. Cechą charakterystyczną tabletek zawierających MDMA (kiedyś nazwa Ekstazy była zarezerwowana jedynie dla tych tabletek) jest szybkie rozpoczęcie ich działania (15–20 min od chwili zażycia) oraz duża odporność organizmu człowieka na przedawkowanie. Coraz częściej oferowane są przez dealerów tabletki zawierające różne pochodne amfetaminy, zarówno kontrolowane jak i niekontrolowane. Część z nich zawiera dobrze znane substancje jak metamfetaminę czy MDA, w innych znajdują się nowe i często niebezpieczne dla zdrowia substancje psychotropowe takie jak 4-MTA (para-metylotioamfetamina), PMA lub PMMA. Należy jednocześnie stanowczo podkreślić, że nie jest możliwe sprawdzenie prostymi metodami (dostępnymi na ulicy czy w dyskotecce), jaki rodzaj substancji psychotropowej znajduje się w tabletkach, a więc czy jej zażycie będzie bezpieczne.

Nowe narkotyki pod kontrolą

Istnieją tysiące syntetycznych substancji o działaniu psychotropowym, ale tylko niektóre z nich (około 100) podlegają kontroli z punktu widzenia Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a więc są substancjami psychotropowymi w sensie prawnym. Oprócz omówionych wyżej najpopularniejszych narkotyków na polskim rynku narkotykowym sporadycznie pojawiają się również inne. Należą do nich pochodne fenetyloaminy, takie jak meskalina (naturalny składnik kaktusa rosnącego w USA i Meksyku), amfetaminy (np. N-hydroksyamfetamina), fencyklidyny (PCP) oraz tryptaminy.

Osobną grupę stanowią tzw. „*designer drugs*” – nar-

kotyki projektowane. To najczęściej pochodne fenetyloaminy lub amfetaminy, których struktura została tak zmodyfikowana, aby nie mogły być zaliczone do substancji kontrolowanych, a jednocześnie wykazywały silne działanie psychotropowe lub odurzające. Ta modyfikacja ma na celu przede wszystkim uniknięcie odpowiedzialności za produkcję narkotyków. Możliwości w tym zakresie są olbrzymie, gdyż w literaturze opisanych jest około 300 pochodnych z grupy fenetyloamin, które mają działanie biologiczne, a prawnej kontroli podlega kilkadziesiąt (w Polsce nieco ponad 20).

Aby zapobiegać zagrożeniom płynącym z pojawiania się na rynku nowych, prawnie niekontrolowanych substancji, które mogą (tak jak było to w przypadku PMA) powodować zagrożenie dla życia i zdrowia wielu przeważnie młodych ludzi w Unii Europejskiej, wprowadzono mechanizm monitorowania rynku narkotykowego. W wyniku decyzji Rady Unii Europejskiej, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zostało zobowiązane do wdrożenia systemu wczesnego ostrzeżenia (EWS). Każde państwo członkowskie UE ma obowiązek informować EMCDDA o pojawieniu się nowych substancji psychotropowych oraz nowych mieszanek narkotyków. Zgłoszenie następuje poprzez wypełnienie specjalnego formularza (Ryc. 1 - str. 26).

Jeśli nowa substancja psychotropowa lub środek odurzający pojawi się w co najmniej w pięciu państwach członkowskich, EMCDDA wspólnie z Europolem zobowiązana jest do przeprowadzenia tzw. analizy ryzyka. Analiza ryzyka polega na ocenie nowej substancji z punktu widzenia jej działania na organizm (ocenia się jej siłę działania psychotropowego, możliwość uzależnienia, szkodliwość dla zdrowia i aspekty społeczne zażywania substancji), możliwości jej produkcji i dystrybucji. We wnioskach końcowych wnioskuje się (lub nie) o wprowadzenie analizowanej substancji na listę substancji kontrolowanych. Państwa członkowskie UE mają jeden rok na wprowadzenie jej na listę substancji kontrolowanych.

W latach 2002–2004 na europejskim rynku narkotykowym pojawiło się kilkanaście nowych substancji. Dla części z nich zgodnie z opisany wyżej mechanizmem przeprowadzono analizę ryzyka i rekomendowano do wprowadzenia na listę substancji kontrolo-

wanych przez państwa członkowskie. (Tab. 1.)

Wszystkie wymienione w tabeli substancje zostały wprowadzone na listę substancji psychotropowych w obowiązującej w Polsce od 2005 roku Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 1. Substancje psychotropowe rekomendowane przez EMCDDA do wprowadzenie na listę substancji kontrolowanych*

Nr	Nazwa zwyczajowa	Nazwa chemiczna
1.	TMA-2	2,4,5-trimetoksyamfetamina
2.	2C-I	2,5-dimetoksy-4-jodofenetyloamina
3.	2C-T-2	2,5-dimetoksy-4-etylotiofenetyloamnia
4.	2C-T-7	2,5-dimetoksy-4-n-propylotiofenetyloamina
5.	PMMA	para-metoksymetamfetamina
6.	GHB	Kwas gamma-hydroksymasłowy
7.	Ketamina	ketamina
8.	4-MTA	4-metylotioamfetamina

*W tym samym okresie analizie ryzyka poddano również MBDB (substancję przez pewien czas pojawiającą się w tabletkach Ekstazy. MBDB - nie zostało rekomendowane do wprowadzenia na listę substancji kontrolowanych. W chwili obecnej zniknęło z rynku narkotykowego.

Sześć (TMA-2, 2C-I, 2C-T2, 2C-T-7, PMMA, 4-MTA) spośród ośmiu nowych narkotyków to pochodne fenetyloaminy. Mają działanie podobne do amfetaminy, a ich synteza została opisana we wspomnianej wcześniej książce A i A. Shulginów.

GHB i ketamina to znane i powszechnie stosowane substancje, które w ostatnim okresie zaczęto wykorzystywać na nielegalnym rynku narkotykowym jako tzw. narkotyki gwałtu.

W 2005 roku pojawiła się w kilkunastu państwach UE, w tym w Polsce, nowa substancja o nazwie mCPP (m-chlorofenylopiiperazyna). Skonfiskowano kilkadziesiąt tysięcy tęczyowych tabletek (Fot. 1 znajduje się na drugiej stronie okładki) zawierających tę substancję.

mCPP jest substancją wykorzystywaną do produkcji leku o nazwie Trazodone. Wykazuje słabe działanie psychotropowe. W ostatnim okresie pojawiły się „typowe” tabletki Ekstazy logo „serduszko” i „wisienki” zawierają-

ce mCPP lub mieszaniny mCPP i MDMA.

W Polsce podobnie jak w całej Europie zaobserwowano nowe trendy i zjawiska na rynku narkotykowym. Do najważniejszych należy zauważona w ostatnim roku zmiana rynku amfetaminowego, gdzie

zamiast tradycyjnego proszku pojawia się coraz więcej tabletek (Fot. 2. znajduje się na drugiej stronie okładki). Cechą charakterystyczną tych tabletek jest słaba jakość, kolorowe wtręty i niewielka zawartość amfetaminy (poniżej 20%).

W tabeli 2. podano najciekawsze przykłady nowych substancji psychotropowych i środków odurzających skonfiskowanych w Polsce w okresie ostatnich dwóch lat.

Podsumowując...

Co roku na rynku narkotykowym pojawia się od kilku do kilkunastu nowych substancji psychotropowych i środków odurzających. Pojawienie się nowego



narkotyku w kilku państwach stanowi podstawę do analizy ryzyka wykonywanej przez EMCDDA. Jeśli EMCDDA uzna, że dana substancja jest niebezpieczna dla zdrowia i może powodować uzależnienia, państwa członkowskie UE mają obowiązek wprowadzić ją na listę substancji kontrolowanych.

Nowe narkotyki np. mCPP pojawiają się zwykle wielu państwach jednocześnie. Informacje o pojawia-

Tabela 2. Nowe substancje psychotropowe i środki odurzające skonfiskowane w Polsce w latach 2005–2006.

Nr	Nazwa zwyczajowa	Nazwa chemiczna
1	mCPP	m-chlorofenylopiiperazyna
2	kokaina+atropina*	kokaina, atropina
3	rohypnol	flunitrazepam
4	2C-E	2,5-dimetoksy-4-etylofenetyloamina
5	DPT	N,N-dipropylotryptamina
6	DXM	dekstromorfan
7	2C-H	2,5-dimetoksyfenetyloamina
8	2C-D	2,5-dimetoksy-4-metylofenetyloamina

*nowa mieszanina kokainy i atropiny spowodowała zgon wielu osób w Europie.

		REPORTING FORM ON NEW SYNTHETIC DRUGS			
<p>In accordance with the joint action of 16 June 1997 adopted by the Council on the basis of article K.3 of the Treaty on European Union, concerning the information exchange, risk assessment and the control of new synthetic drugs</p> <p>www.emccda.eu.int</p>					
1. Member State: POLAND		Ref. n°:			
Reporting authority: ENU <input type="checkbox"/> REITOX <input checked="" type="checkbox"/>		Date: 18 November 2004 Status: confidential <input type="checkbox"/> open <input checked="" type="checkbox"/>			
2. Names/synonyms under which the new synthetic drug is known: DPT (TIHKAL Ref. #9)					
3. Chemical description Chemical name: Di-N,N-propyltryptamine Active ingredient(s): Other contents:					
4. Physical description: powder <input checked="" type="checkbox"/> pill <input type="checkbox"/> capsule <input type="checkbox"/> liquid <input type="checkbox"/> colour: White weight: size: diameter: shape: logo: markings:					
5. Seizing authority (to be filled in by ENU): HM Customs and Excise Originating source (to be filled in by REITOX): Believed to be WWW.AMERICANCHEMICALSUPPLY.COM or one of the related websites in the USA Date: Found amongst a number of connected seizures of postal packets between 13 May and 6 July 2004. Analysis was carried out by the Central Forensic Laboratory.					

Ryc. 1. Raport o pojawieniu się nowego narkotyku przesyłany do EMCCDA

niem nowego narkotyku uzyskiwane są dzięki Systemowi Wczesnego Ostrzegania. System ten umożliwia zbieranie i wymianę informacji nie tylko o nowych substancjach, ale również o nowych mieszaninach (np. kokaina z atropiną). Dzięki systemowi możliwe jest nie tylko zbieranie i wymiana informacji, ale również ostrzeganie potencjalnych użytkowników o pojawieniu się na rynku niebezpiecznych dla zdrowia substancji lub nowych mieszanek znanych narkotyków.

Polski rynek narkotykowy nie różni się w sposób zasadniczy od rynku europejskiego. Nowością w ostatnich latach jest coraz większa liczba tabletek zawierających siarczany amfetaminy. Pojawiły się również tabletki zawierające pochodne fenetyloaminy, które nie są w tej chwili kontrolowane (2C-E, 2C-H, 2C-D) i które być może zostaną poddane analizie ryzyka przez EMCCDA.

Place: (Main Post Office, Warsaw)	
Amount (weight, number of pills):	
The total weight of this drug was difficult to estimate since purity analysis was not carried out. The single item containing DPT weighed 981mg.	
This was part of a number of connected seizures some of which contained 2C-D, 2C-E, 2C-D, 2C-T-2, 2C-I, DXM, DPT or 5-Meo-DMT either alone or mixed together. Each item was packed in a self-seal plastic bag bearing a chemical name and a chemical structure. In some cases, the name did not exactly correspond to the structure and in some cases the name did not correspond to the major component of the contents. Most items were labelled as containing 100mg, 500mg or 1000mg, but the actual weights of the contents varied by around +/- 10 to 20% of the notional weights.	
6. Circumstances: production <input type="checkbox"/> trafficking <input type="checkbox"/> distribution <input type="checkbox"/> abuse <input type="checkbox"/>	
Frequency: limited <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> widespread <input type="checkbox"/> increasing <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Availability: limited <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> widespread <input type="checkbox"/> increasing <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Price: wholesale ? retail ?	
7. First indication on possible risks No information available Short-term effects: Possible health risks: Possible social risks:	
8. If available information on Chemical precursors: No information available on any of these aspects Mode and scope of the established use: Expected use:	

Other use and the extent of such use:	
Further information on the risks of use including health and the social risks:	
9. To be filled in by EDU and/or EMCCDA Transmitted by EDU to EMCCDA <input type="checkbox"/> Date: Transmitted by EMCCDA to EDU <input checked="" type="checkbox"/> Ref. n°: OEDT/P3 (04) D/50017 Forwarded to: Commission, Member States, Agency for the Evaluation of Medical Products Formal communication under Joint action <input type="checkbox"/> Informal information exchange <input type="checkbox"/>	

To be filled in by ENUs

10. In case of production: large-scale <input type="checkbox"/> small scale <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Has any form of organised crime been detected? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
11. In case of trafficking: large scale <input type="checkbox"/> small scale <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> national <input type="checkbox"/> international <input type="checkbox"/> Has any form of organised crime been detected? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
12. In case of distribution: large-scale <input type="checkbox"/> small scale <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Has any form of organised crime been detected? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

To be filled in by REITOX (Information on circumstances of use, if available)

13. Groups using: No information available	
14. Settings where used: No information available	
15. Other information on use patterns: No information available	
16. Any information on local responses so far: No information available	

Rozpowszechnienie chorób zakaźnych wśród osób uzależnionych to jeden z pięciu kluczowych wskaźników monitorowania problemu narkomanii. Przeprowadzone w Polsce badanie określa stopień zagrożenia chorobami zakaźnymi i wskazuje kierunki działań profilaktycznych

CHOROBY ZAKAŻNE ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW

AGNIESZKA KOLBOWSKA, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Problem dożylnego przyjmowania narkotyków wiąże się ściśle z epidemiologią chorób zakaźnych, zwłaszcza chorób przenoszonych drogą przerwania ciągłości tkanek. Chodzi tu przede wszystkim o wirusowe zapalenia wątroby typu B i C (wzw B, C) i HIV/AIDS. Ze względu na indywidualne konsekwencje zdrowotne dla osób zakażonych, ale także skutki dla zdrowia publicznego, monitorowanie szerzenia się zakażeń wśród osób wstrzykujących sobie środki odurzające stanowi ważne źródło informacji zarówno dla celów polityki przeciwdziałania narkomanii, jak i profilaktyki oraz zwalczania zakażeń wzw B i C oraz HIV. Rozpowszechnienie chorób zakaźnych wśród osób stosujących środki odurzające zostało uznane przez agencję Unii Europejskiej ds. narkotyków (EMCDDA) za jeden z pięciu kluczowych wskaźników przyjętych do monitorowania problemu narkomanii.

Liczby z Polski i z Europy

Badania częstości występowania chorób zakaźnych prowadzone w Polsce w latach 2002¹ i 2004² wskazują, że rozpowszechnienie zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących narkotyki wahało się od 7,5% w województwie lubuskim do 29% w grupie z województwa pomorskiego, zaś rozpowszechnienie przeciwciał przeciwko HCV od 55,6% w województwie lubuskim do 68,3% na Śląsku. Ponadto u od 23,3% w woj. lubuskim do 61,7% w woj. śląskim stwierdzono obecność przeciwciał przeciwko HBc–Ab, a u od 1,9% w lubuskim do 4,0% w Warszawie obecność antygeny HBs–Ag. To wartości notowane także w innych krajach Europy³. Jeśli chodzi o zakażenie HIV, wyższe odsetki zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki notuje

się na południowym zachodzie Europy (zwłaszcza w Hiszpanii, Portugalii i we Włoszech) oraz we Francji i w Holandii, gdzie wielokrotnie obserwowano rozpowszechnienie wynoszące ponad 15%, a w niektórych badaniach nawet ponad 50%. Z drugiej strony w Europie Centralnej i Północnej odsetki te są z reguły niższe – poniżej 5%, a niekiedy poniżej 1% badanych. Kilkunastoprocentowe lub wyższe rozpowszechnienie HIV występuje zaś w niektórych krajach Europy Wschodniej, takich jak Estonia, Białoruś, Łotwa, Ukraina, czy Rosja.

W przypadku HCV mediana⁴ z różnych badań przeprowadzonych w krajach europejskich w latach 1996 – 2002⁵ wyniosła 65,8%. Stosunkowo niższą częstość występowania HCV, na poziomie 30–40% odnotowano w Finlandii, Grecji oraz Wielkiej Brytanii. Rozpowszechnienie HCV było szczególnie wysokie, podobnie jak w przypadku HIV, na Litwie, Łotwie oraz w Estonii, i przyjmowało wartości rzędu 80%.

Poniżej przedstawię wyniki projektu badawczego pod nazwą „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zakażenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji”, przeprowadzonego w 2005 r. na zlecenie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (umowa nr 4/GA/05). Realizatorem badania był Państwowy Zakład Higieny Instytut Naukowo–Badawczy⁶. Projekt to kontynuacja badań prowadzonych w naszym kraju w latach 2002 i 2004.

Metodologia badania

Badanie prowadzono od sierpnia do grudnia 2005 r., jednocześnie we Wrocławiu (woj. dolnośląskie), województwie lubelskim (Lublin i Puławy) oraz warmińsko–mazurskim (Elbląg i Olsztyn). Przyjęto dwa

kryteria włączenia do próby – wstrzyknięcie narkotyku przynajmniej raz w życiu oraz stałe przebywanie na badanym terenie (nie krócej niż 3 miesiące). Rekrutację prowadzono w 8 placówkach, między innymi w programach niskoprogowych, metadonowych oraz w aresztach śledczych. Próba badawcza liczyła 353 osoby w wieku 17–56 lat (średnio około 30 lat), w tym 178 osób we Wrocławiu, 92 w woj. lubelskim i 83 osoby w woj. warmińsko-mazurskim. Wśród respondentów było prawie 30% (105) kobiet. Projekt został zrealizowany według schematu przekrojowego, obejmującego badanie surowicy w kierunku HIV, wzw C, wzv B i kiły oraz wypełnienie anonimowego kwestionariusza z pytaniami zamkniętymi.

Uczestnictwo w badaniu było całkowicie dobrowolne i anonimowe, każdy uczestnik wyraził pisemną zgodę na udział. Projekt został zaakceptowany przez Komisję Etyczną działającą przy Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie.

Charakteryzując badaną grupę, warto wspomnieć, że ponad 90% respondentów potrafiło określić, kiedy dokonali pierwszego wstrzyknięcia. Dane z wywiadu wskazują, że średni wiek respondentów w momencie pierwszej iniekcji to niecałe 20 lat. Szacunkowy czas stosowania narkotyków we wstrzyknięciach, liczony od pierwszej do ostatniej iniekcji, wyniósł 8,5 roku (zakres 0 – 30 lat).

Dla największej liczby ankietowanych podstawowym narkotykiem były opiaty (210 osób – 59,5%), w tym dla 116 (32,9%) – heroina, a dla 81 (23,0%) – kompot. Amfetaminę jako narkotyk podstawowy przyjmowały 82 osoby (23,2%). W tym zakresie odnotowano jednak znaczne różnice pomiędzy województwami. Podczas, gdy dla 42,1% ankietowanych (75 osób) we Wrocławiu kompot był podstawowym narkotykiem, w dwóch pozostałych województwach stosowało go jedynie około 3% an-

kietowanych. W województwach lubelskim i warmińsko-mazurskim najliczniejsze grupy badanych jako główny narkotyk stosowały amfetaminę, odpowiednio 33,7% (31 osób) i 43,4% (36 osób), a jako następny w kolejności heroinę, woj. lubelskie – 23,9% (21 osób) osób, a woj. warmińsko-mazurskie – 39,8% (33 osoby).

U ponad 85% ankietowanych występowały w życiu

takie okresy, kiedy brali narkotyk codziennie. Średnia liczba wstrzyknięć w tym okresie wyniosła 3,3 razy dziennie, ale wahała się od 1 do 15 (!) razy w ciągu dnia. Okres codziennego wstrzykiwania narkotyków wyniósł średnio półtora roku. Wśród badanych 65% potwierdza, że używało igieł lub strzykawek razem z inną osobą, ewentualnie igieł lub strzykawek stosowanych poprzednio przez kogoś innego.

Wśród osób rekrutowanych z ulicy lub placówek niskoprogowych, 76,7% respondentów odpowiedziało, że byli leczeni w związku z uzależnieniem od narkotyków, a 62,0% zadeklarowało wykonanie w przeszłości testu w kierunku HIV. Detoksykację miało za sobą 62,6% badanych. Z leczenia ambulatoryjnego korzystało 216 osób, czyli 67,3% badanych, którzy odpowiedzieli na to pytanie. 23 osoby – 7,4% respondentów korzystało z programów metadonowych. O programach wymiany igieł wiedziała większość ankietowanych (86,7%), natomiast brała w nich udział ponad

połowa – 178 osób. Kolejne 12% (40 osób) chciałoby z nich korzystać, a ponad 1/3 respondentów (118 osób) nie była zainteresowana korzystaniem z tych programów. Przedstawione odsetki różnią się pomiędzy miastami. Wśród ankietowanych z woj. dolnośląskiego brak zainteresowania korzystaniem z programów wymiany zadeklarowało 23,0%, z woj. lubelskiego 32,5%, a z woj. warmińsko-mazurskiego aż 63,4% badanych.

Dla największej liczby ankietowanych podstawowym narkotykiem były opiaty (210 osób – 59,5%), w tym dla 116 (32,9%) – heroina, a dla 81 (23,0%) – kompot. Amfetaminę jako narkotyk podstawowy przyjmowały 82 osoby (23,2%). Dla 42,1% ankietowanych (75 osób) we Wrocławiu kompot był podstawowym narkotykiem, w dwóch pozostałych województwach stosowało go jedynie około 3% ankietowanych.

Rozpowszechnienie HIV

Ogółem u prawie 23,97% badanych (84 osoby) wykryto testem immunoenzymatycznym przeciwciała przeciwko HIV. Wynik pozytywny uzyskano w przypadku 31% (56 osób) we Wrocławiu, 30% (88 osób) w woj. lubelskim oraz jedynie 0,02% (2 osoby) w woj. warmińsko-mazurskim. Czynniki ryzyka najczęściej korelującymi z infekcjami HIV były zachowania związane ze wstrzykiwaniem: dzielenie się igłami z osobami zakażonymi wzv B i C (77,3%), dzielenie się igłami z osobami zakażonymi HIV (62,5%) oraz wstrzykiwanie w ciągu ostatnich 30 dni (38,1%), a także sytuacja społeczna: bezdomność (42,3%) i brak zatrudnienia (34,8%) zakażonych.

Uwagę zwraca fakt, że wśród osób, u których wykryto odczyn kiłowe, również częstość występowania HIV była wyższa. Zaobserwowano silny związek pomiędzy częstością wykrywania HIV a częstością wykrywania dodatniego odczynu kiłowego VDRL (u 61,5% zakażonych HIV uzyskano wynik pozytywny VRDL) oraz częstością diagnozy choroby przenoszonej drogą płciową (47,4% zakażonych HIV).

Rozpowszechnienie HCV

W badanej populacji u 57,9% ankietowanych (201 osób) wykryto przeciwciała przeciwko HCV, u sześciu osób nie uzyskano rozstrzygających wyników. Spośród 201 osób, które uzyskały wynik dodatni w obecnym teście, jedynie 70 wiedziało, że są zakażone. W podziale terytorialnym, przeciwciała wirusowego zapalenia wątroby typu C wykryto u 114 osób (64%) we Wrocławiu, 49 osób (60%) w woj. warmińsko-mazurskim oraz 38 (44%) w woj. lubelskim. Zakażeniom HCV sprzyjały zachowania związane ze wstrzykiwaniem, takie jak dzielenie się igłami z osobami zakażonymi

wzv B i C (88,6%), dzielenie się igłami z osobami zakażonymi HIV (83,9%) oraz wstrzykiwanie w ciągu ostatnich 30 dni (71%).

Rozpowszechnienie przeciwciał przeciwko HCV wśród osób z dodatnim odczynem VDRL wyniosło 88,5%. Korelacja pomiędzy wynikami odczynów kiłowych a wynikami badania w kierunku HCV może wskazywać na rolę kontaktów seksualnych jako czynika ryzyka zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C, choć nie były to jedynie zachowania typu prostytutka lub seks bez zabezpieczenia, tradycyjnie rozumiane jako ryzykowne zachowania seksualne.

Uwagę zwraca fakt, że wśród osób, u których wykryto odczyn kiłowe, również częstość występowania HIV była wyższa. Zaobserwowano silny związek pomiędzy częstością wykrywania HIV a częstością wykrywania dodatniego odczynu kiłowego VDRL (u 61,5% zakażonych HIV uzyskano wynik pozytywny VRDL) oraz częstością diagnozy choroby przenoszonej drogą płciową (47,4% zakażonych HIV).

Rozpowszechnienie HBV

W porównaniu do wirusa zapalenia wątroby typu C, HBV różni się zarówno sposobem transmisji – do przeniesienia zakażenia potrzebna jest mniejsza ilość, wirus B zdecydowanie łatwiej przenosi się drogą kontaktów seksualnych i jako zakażenia okołoporodowe. Ponadto różni się przebiegiem infekcji – zakażenie wirusem typu B, w odróżnieniu od zakażenia wirusem typu C, w większości przypadków przebiega objawowo, a odsetek przypadków przechodzących w przewlekłe jest znacznie mniejszy. W przypadku wirusa B możliwe jest zastosowanie metod profilaktycznych – szczepień przeciwko wzv B.

W ramach projektu ankietowani zostali przebadani w kierunku dwóch markerów zapalenia wątroby typu B, przeciwciał przeciwko antygenowi rdzeniowemu (HBc-Ab) świadczących o przebytych lub aktywnym zapaleniu wątroby typu B i antygenowi powierzchniowemu (HBs-Ag) świadczącemu o aktywnym zapaleniu wątroby typu B.

Ogółem u 45,8% badanych (157 osób) wykryto przeciwciała HBc-Ab, natomiast u 6,1% (21 osób) wykryto antygen HBs-Ag. W przypadku 27 osób nie

udało się określić obecności HBC–Ab lub HBs–Ag. Uwzględniając podział terytorialny, wyniki dodatnie odnośnie przeciwciał przeciwko antygenowi rdzeniowemu odnotowano u 55,7% (97 osób) w woj. dolnośląskim, u 46% (40 osób) w woj. lubelskim oraz u 24,4% (82 osób) w woj. warmińsko–mazurskim. W przypadku antygeny powierzchniowego odnotowano następujące rozpowszechnienie: woj. dolnośląskie – 13 osób (7,3%), woj. warmińsko–mazurskie – 21 osób (6,1%) oraz woj. lubelskie – 1 osoba (1,1%) .

Poza zachowaniami związanymi ze wstrzykiwaniem, czynnikiem ryzyka najczęściej korelującymi z infekcjami wzv B było posiadanie w ciągu ostatniego roku więcej niż 5 partnerów seksualnych (63,3% zakażonych). Ryzykowne kontakty seksualne miały istotny wpływ także na występowanie kiły wśród osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B, o czym świadczy 76,0% dodatnich wyników odczynów VDRL.

Należy wspomnieć, że dodatnie odczyny kiłowe zostały wykryte jedynie wśród osób rekrutowanych we Wrocławiu – u 26 osób. Częstość dodatnich odczynów kiłowych była wyższa wśród badanych świadczących usługi seksualne (16,7%) niż wśród osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy miały partnera przyjmującego narkotyki dożylnie i wśród mających w ciągu ostatniego roku więcej niż 5 partnerów seksualnych.

Wnioski i rekomendacje

W województwach dolnośląskim i lubelskim wykryto wysoki odsetek zakażeń HIV (odpowiednio 31,5% i 29,5%) w porównaniu do większości regionów badanych w poprzednich latach (2004: Warszawa – 16%, woj. lubuskie – 7,5%, woj. śląskie – 13,3%, 2002: Gdańsk – 29%). Zaś rozpowszechnienie w województwie warmińsko–mazurskim było znacznie niższe (2,4%). Notowane odsetki są wysokie na tle danych europejskich.

Rozpowszechnienie przeciwciał przeciwko HCV różniło się w mniejszym stopniu niż rozpowszechnienie HIV, zarówno na obecnie badanych terenach (Wrocław – 64,0%, woj. lubelskie – 43,7%, woj. warmińsko–mazurskie – 59,8%), jak i na terenach badanych poprzednio (2004: woj. śląskie – 68,3%, Warszawa 60,0%, woj. lubuskie – 55,6%). To również poziom porównywalny z obserwowanym w krajach Unii Europejskiej.

W populacji polskiej wysoka jest jednak częstość wykrywania przeciwciał przeciwko HCV wśród osób w wieku poniżej 25 lat (54,7% w obecnym badaniu, 46,6% w 2004 r.). W krajach Unii Europejskiej odsetki te wynoszą około 30%. Wskazuje to konieczność skierowania akcji prewencyjnej do młodych ludzi używających narkotyków.

Częstość wykrywania przeciwciał przeciwko antygenowi rdzeniowemu wirusa zapalenia wątroby typu B, podobnie jak rozpowszechnienie HIV, wykazuje dość znaczne zróżnicowanie na terenie Polski: Wrocław – 55,7%, woj. lubelskie – 46,0%, woj. warmińsko–mazurskie – 24,4% (2004: Warszawa – 40,0%, woj. śląskie – 61,7%, woj. lubuskie – 23,3%). Biorąc pod uwagę powszechną dostępność szczepień, będących skuteczną profilaktyką zakażeń, odsetki są zdecydowanie zbyt wysokie.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B osiągnęło wysokie rozpowszechnienie już w grupie wiekowej 20–25 lat (28,6% w woj. lubelskim, 23,1% w warmińsko–mazurskim i aż 52% w dolnośląskim). Należałoby zatem dążyć do objęcia szczepieniami ochronnymi jak najmłodszych osób. Ponadto zwraca uwagę niedostateczne pokrycie szczepieniami przeciwko wzv B także w grupie wiekowej, która powinna zostać rutynowo zaszczepiona w wieku 14 lat.

Na poziomie indywidualnym czynnikami ryzyka zakażeń, przenoszonych przez naruszenie ciągłości tkanek, były czynniki związane ze zwiększoną łączną

Poza zachowaniami związanymi ze wstrzykiwaniem, czynnikiem ryzyka najczęściej korelującymi z infekcjami wzv B było posiadanie w ciągu ostatniego roku więcej niż 5 partnerów seksualnych (63,3% zakażonych). Ryzykowne kontakty seksualne miały istotny wpływ także na występowanie kiły wśród osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B, o czym świadczy 76,0% dodatnich wyników odczynów VDRL.

ekspozycją na krew, takie jak długość okresu wstrzykiwania, okresy codziennego wstrzykiwania, częstość wstrzykiwania (mierzona wstrzykiwaniem podczas ostatniego miesiąca).

Dzielenie się igłami/strzykawkami miało znaczenie głównie w przypadku HIV i wzv C. Czynniki sprzyjającymi zakażeniu wydają się być także czynniki związane ze statusem społeczno-ekonomicznym, a zwłaszcza: brak pracy, bezdomność oraz w przypadku wzv C – pobyt w więzieniu. Zależności te wskazują grupy, które powinny zostać objęte działaniami prewencyjnymi.

Istotnym czynnikiem ryzyka było dzielenie się igłami/strzykawkami z osobami, o których wiadomo, że są zakażone HIV lub żółtaczką. Podczas, gdy takie zachowania mogą wynikać ze znajomości swojego statusu serologicznego przez osoby zakażone HIV, to ze względu na częste współistnienie zakażenia HIV i wzv, użytkownicy narkotyków dzieląc się igłami/strzykawkami z osobą HIV+, mogą zakażać się od niej wirusem wzv, i odwrotnie – osoby, które wiedzą, że są zakażone wzv, dzieląc się igłami/strzykawkami z osobą zakażoną żółtaczką, mogą zakażać się HIV.

Częste dodatnie odczyny kiłowe osób rekrutowanych we Wrocławiu mogą świadczyć o ognisku tej choroby wśród osób wstrzykujących narkotyki. Może to przyczynić się do transmisji wirusa HIV, o czym świadczy korelacja częstości wykrywania HIV i częstości dodatnich odczynów VDRL.

Z uwagi na to, że rozpowszechnienie zakażeń zależy od skumulowanej w ciągu życia ekspozycji na potencjalnie zakaźną krew, rośnie ono wraz z wiekiem. Stąd też niepokojącą tendencją jest odwrócenie zależności wiekowej (wyższe rozpowszechnienie przeciwiał w młodszej grupie wiekowej) w grupie rekrutowanej we Wrocławiu, szczególnie wśród kobiet. Dotyczy ono wszystkich badanych chorób (HIV, wzv B i wzv C) i świadczy o szybszym szerzeniu się tych chorób niż miało to miejsce we wcześniejszych latach. Dodatkowo należy zauważyć, że rozpowszechnienie w starszych grupach wiekowych we Wrocławiu i tak jest jednym z wyższych notowanych w Polsce. W województwie warmińsko-mazurskim szczytowy poziom rozpowszechnienia przeciwiał przeciwko wzv C występuje w grupie wiekowej 25–29 lat, sugerując istnienie ogniska w tej grupie osób.

rując istnienie ogniska w tej grupie osób.

Lokalna zmienność rozpowszechnienia HIV i wzv w Polsce w dużej mierze zależy od częstości podejmowania zachowań ryzykownych.

Duży odsetek osób, u których wykryto zakażenie wirusami HIV i/lub wirusami zapalenia wątroby, nie był świadomy swojego statusu serologicznego. Dotyczy to zwłaszcza zakażeń wzv i może prowadzić do dalszej transmisji wirusów. Należy dążyć do większej dostępności badań i częstszego z nich korzystania przez osoby wstrzykujące narkotyki.

¹ Agnieszka Bielak, Andrzej Zieliński „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C, HIV) wśród narkomanów przyjmujących dożylnie środki odurzające i ustalenie czynników związanych z nabytym zakażeniem”, Państwowy Zakład Higieny Instytut Naukowo-Badawczy, 2002, raport niepublikowany.

² Magdalena Rosińska, Andrzej Zieliński „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zakażenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Państwowy Zakład Higieny Instytut Naukowo-Badawczy, 2004, raport jest dostępny na stronie internetowej KBPN <http://www.narkomania.gov.pl>.

³ „EMCDDA: Sprawozdanie Roczne 2005 – Stan problemu narkotykowego w Europie”, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej, Luxemburg 2005.

⁴ Median jest w statystyce wartością środkową, powyżej i poniżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji (definicja zaczerpnięta z encyklopedii internetowej <http://pl.wikipedia.org/wiki/Mediana>).

⁵ „EMCDDA monographs – Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options”, pod redakcją: Johannes Jager, Wien Limburg, Mirjam Kretschmar, Maarten Postma, Lucas Wiessing; Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg 2004.

⁶ Magdalena Rosińska „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zakażenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji”, Państwowy Zakład Higieny Instytut Naukowo-Badawczy, 2005, raport niepublikowany.

Prezentacja projektu „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii – ogólnopolskie szkolenia i kampania promocyjna kierowana do społeczności lokalnych” w ramach Projektu Transition Facility 2004

TRANSITION FACILITY – szkolenia dla społeczności lokalnych

BOGUSŁAWA BUKOWSKA, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od kilku lat podejmuje szereg działań ukierunkowanych na wzmocnienie roli jednostek samorządu terytorialnego w przeciwdziałaniu narkomanii. Potrzeba podejmowania bardziej systemowych i lepiej ustrukturalizowanych działań w tym zakresie na poziomie gminy czy województwa była podnoszona przez wiele środowisk i osób, które konsekwentnie wspierały nadanie idei pomocniczości praktycznego wymiaru także w obszarze problematyki narkomanii. Odpowiadając na te oczekiwania, Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii deleguje na poziom województwa samorządowego i gminy zadania z zakresu zapobiegania narkomanii, w tym w szczególności wprowadza obowiązek uchwalania Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, odpowiednio przez sejmik województwa i radę gminy. Organy wykonawcze samorządu województwa i gminy odpowiadają za przygotowanie właściwych projektów programu.

W odniesieniu do gminy ustawodawca wskazał także katalog zadań własnych gminy, które są kompatybilne z tymi wymienionymi w Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Nowo obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wskazała także źródła finansowania zadań ujętych w Wojewódzkim i Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Są to odpowiednio opłaty i dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną i hurtową alkoholu.

Prace nad nową ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii, w szczególności w zakresie nowych zadań dla jednostek samorządu terytorialnego, skłoniły Krajowe Biuro do przygotowania projektu programu, którego

głównym celem miało być wspieranie samorządów w skutecznym zapobieganiu narkomanii. Program został zaaprobowany przez Komisję Europejską w ramach pomocy poakcesyjnej dla Polski tzw. Środków Przejściowych 2004 (Transition Facility 2004). We wrześniu 2006 r. rozpoczęto realizację projektu, którego wykonawcą jest Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej.

Projekt obejmuje trzy powiązane ze sobą komponenty:

- działania medialne oraz inne przedsięwzięcia z zakresu public relation promujące ideę przejęcia przez społeczności i władze lokalne odpowiedzialności za zapobieganie narkomanii,
- szkolenie przedstawicieli samorządów, lokalnych instytucji i organizacji pozarządowych zaangażowanych w zapobieganie narkomanii na szczeblu lokalnym,
- przygotowanie modyfikacji aktów prawnych tworzących prawne podstawy zaangażowania społeczności i samorządów lokalnych w zapobieganie narkomanii.

Dlaczego zapobieganie narkomanii powinno odbywać się w społeczności lokalnej?

Problem używania nielegalnych substancji psychoaktywnych i konsekwencji z tym faktem związanych dotyczy większości społeczeństw współczesnego świata. Od dawna jednak wiadomo, że możliwości efektywnego radzenia sobie z tym, jak i wieloma innymi problemami społecznymi, należy poszukiwać przede wszystkim na szczeblu lokalnym. Dzieje się tak dlatego, że to lokalnie działające instytucje, osoby czy organizacje pozarządowe, są w stanie trafnie określić charakter problemu, jego skalę oraz podjąć adekwatne środki zaradcze. Delegowanie odpowiedzialności za rozwiązywanie lokalnych problemów na szczeble

władzy możliwie najbliższej obywatelom jako skuteczną metodę działania znamy już od starożytności, a we współczesnej europejskiej tradycji nazywa się to zasadą subsydiarności lub pomocniczości. Innym istotnym argumentem na rzecz zapobiegania narkomanii na szczeblu lokalnym jest możliwość budowania koalicji instytucji, osób i organizacji współpracujących w przygotowaniu lokalnej strategii i biorącej odpowiedzialność za jej realizację. Im większa koalicja, tym większe prawdopodobieństwo, że program uwzględni pełne spektrum uwarunkowań i konsekwencji wynikających z używania substancji odurzających (zasada partycypacji społecznej). Ważne, aby współpraca odbywała się na zasadach partnerstwa, w którym wszystkie strony koalicji mają szansę wyrażania opinii i współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji.

Do kogo kierowany jest projekt?

Adresatami projektu są gminne władze samorządowe, pracownicy pomocy społecznej, placówek oświatowych, policji, lokalnych organizacji pozarządowych, przedstawiciele kościoła oraz całe społeczeństwo obywatelskie. Biorąc pod uwagę fakt, że problem używania substancji psychoaktywnych najbardziej dotyczy gmin miejskich i miejsko – wiejskich do nich też w szczególności projekt jest kierowany. Jednak gminy wiejskie, które dostrzegają na swoim terenie zagrożenie problemem narkomanii, także mogą zgłaszać swój akces do programu.

Rozpoczynając realizację, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej zaplanowała publikację szeregu artykułów w prasie lokalnej i samorządowej, które mają popularyzować idee projektu. W dniu 10 października br. odbyła się w Warszawie w siedzibie „Polityki” konferencja inauguracyjna realizację projektu.

Uczestniczyło w niej ponad 100 osób z całej Polski, co pozwala mieć nadzieję, że projekt spotka się z zainteresowaniem tych, do których jest adresowany.

Jakie są cele projektu?

Projekt Transition Facility 2004 wspierać będzie nie tylko budowanie szerokiej koalicji osób i instytucji

gotowych do współpracy w obszarze zapobiegania narkomanii, ale przede wszystkim ma dostarczyć wszystkim zainteresowanym stronom wiedzy i narzędzi niezbędnych do konstruowania Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, ich implementacji i zarządzania. Temu celowi służyć ma rozbudowany komponent szkoleniowy, trwający 8 dni i obejmujący dwie trzydniowe sesje i jedną dwudniową.

Szkolenie obejmuje całe spektrum zagadnień, wśród których kluczowe miejsce przypada prezentacji metodologii zorientowanej na cele, wypracowanej przez Niemieckie Towarzystwo Współpracy Technicznej. Jej użyteczność w projektach partnerstwa publiczno – prywatnego została zweryfikowana w wielu programach w Unii Europejskiej. Zasadniczym elementem planowania zorientowanego na cele jest pogłębiona analiza problemu, w toku której następuje identyfikacja problemu najważniejszego, a następnie problemów, które leżą u jego źródeł oraz tych, które

stanowią jego konsekwencje. Uchwycona w toku analizy problemu struktura zależności przyczynowo – skutkowych jest fundamentalnym krokiem umożliwiającym stworzenie celów programu i zaplanowanie adekwatnych działań. Do ważnych cech proponowanego podejścia należy zaliczyć także to, że:

- angażuje ono w rozwiązanie problemu wiele podmiotów społecznych,
- umożliwia wykorzystanie lokalnych zasobów ludzkich i instytucjonalnych,

Adresatami projektu są gminne władze samorządowe, pracownicy pomocy społecznej, placówek oświatowych, policji, lokalnych organizacji pozarządowych, przedstawiciele kościoła oraz całe społeczeństwo obywatelskie. Biorąc pod uwagę fakt, że problem używania substancji psychoaktywnych najbardziej dotyczy gmin miejskich i miejsko – wiejskich do nich też w szczególności projekt jest kierowany.

- poprawia mechanizmy współpracy pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za przygotowanie programu, co bezpośrednio wpływa na jakość przygotowanego i realizowanego programu,
- poprawia racjonalność wydatkowanych środków,
- buduje poczucie wspólnoty lokalnej i przyczynia się do tworzenia szerokiego „lobby” mogącego wpływać na decyzje władz lokalnych.

Oprócz wiedzy i umiejętności związanych z wykorzystaniem metodologii zorientowanej na cele, w programie szkoleniowym duży nacisk położono na informację i edukację o działaniach profilaktycznych o udokumentowanej skuteczności. Kwestia dostarczenia wiedzy o wiarygodnych i skutecznych działaniach profilaktycznych ma istotne znaczenie, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że od początku lat 90. spotykamy się z „zalewem” ofert profilaktycznych. Wraz z coraz większą ich liczbą coraz trudniej zorientować się w jakości przedkładanej oferty. Tymczasem wiedza na temat tego, co działa w profilaktyce, a na co szkoda wydawać publiczne pieniądze, jest dosyć obszerna i niezbędna do przygotowania strategii, która miałaby szansę zmieniać otaczającą rzeczywistość.

Szkolenia obejmować będą także inne zagadnienia, takie jak współczesny kontekst zagrożeń używaniem substancji psychoaktywnych, budowanie budżetu programu, monitorowanie lokalnych strategii oraz ich promowanie, czyli w skrócie – jak je prezentować, aby pozyskać zainteresowanie i wsparcie władz samorządowych oraz lokalnej społeczności.

Poza komponentem szkoleniowym w projekcie zaplanowano także dokonanie przeglądu aktów prawnych oraz sformułowanie propozycji zmian legislacyjnych sprzyjających zwiększeniu zaangażowania samorządów i społeczności lokalnych w zapobieganie narkomanii. Analiza ta dokonywana będzie nie tylko przez specjalistów w dziedzinie prawa, ale przede wszystkim na podstawie opinii i rekomendacji samych samorządowców i realizatorów działań profilaktycznych, którzy na co dzień zmagają się z niedostatkiem prawa i są doskonałym źródłem wiedzy na temat tego, co warto zmienić i poprawić w obowiązujących przepisach.

Efektom prowadzonych szkoleń i działań podejmowanych na szczeblu lokalnym w trakcie realizacji

projektu ma być stworzenie sieci gmin działających na rzecz zapobiegania narkomanii, realizujących wspólnie profilaktyczne działania i wymieniających się przykładami dobrych praktyk. Funkcjonowanie sieci w przyszłości wspierane i koordynowane będzie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ramy organizacyjne i finansowe projektu

Do udziału w szkoleniu zapraszamy 3–4 osobowe zespoły gminne, składające się z osób reprezentujących administrację lokalną i instytucje posiadające w swoich kompetencjach budowanie gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, radnych oraz organizacje pozarządowe działające na rzecz zapobiegania narkomanii. Zakłada się, że w zespole powinna być osoba wyznaczona przez burmistrza/wójta do koordynowania działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii oraz w zależności od lokalnych uwarunkowań pracownicy pomocy społecznej, placówek oświatowych, policji, lokalnych organizacji pozarządowych, przedstawiciele Kościoła czy Rady Gminy. Zgłoszenie na szkolenie całego zespołu gminnego powinno być przesłane do Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej przez osobę wskazaną przez burmistrza/wójta do koordynowania prac nad Gminnym Programem Przeciwdziałania Narkomanii.

Szkolenie obejmować będzie dwie trzydniowe sesje i sesję jednodniową. Planujemy, że w projekcie weźmie udział ok. 2500 osób z ok. 780 gmin. Szkolenia odbywać się będą w województwach właściwych ze względu na położenie gminy, której przedstawiciele będą szkoleni (np. przedstawiciele gmin województwa lubelskiego powinny mieć szkolenie zorganizowane na terenie województwa lubelskiego itd). Pomiędzy sesjami szkoleniowymi zespół 50 trenerów zapewni osobom uczestniczącym w projekcie dodatkowe wsparcie w postaci konsultacji indywidualnych udzielanych podczas wizyt u szkolących się zespołów na terenie gminy oraz konsultacji na odległość (np. drogą uzgodnień przez pocztę elektroniczną).

Ponadto w ramach projektu przewiduje się zorganizowanie dla przedstawicieli 20 wybranych gmin,

którzy wykazują się największą aktywnością w tworzeniu gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, czterodniowego szkolenia zagranicznego w kraju, który posiada duże doświadczenie i tradycje w budowaniu lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.

Podstawą zaproszenia gmin do szkolenia zagranicznego będzie ocena przygotowanych przez nie wstępnych wersji programów.

Koszty szkoleń – noclegów, wyżywienia, materiałów szkoleniowych, konsultacji (poza kosztami dojazdów na szkolenia) pokryje Wykonawca ze środków projektu Transition Facility 2004, które wynoszą ok. 7.000 000 PLN.

Podsumowanie

Z badań przeprowadzonych w 2006 r. na zlecenie Krajowego Biura przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wynika, że ok. 70% gmin opracowało i uchwało Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii. Znaczna część samorządów (58%) raportowała także, że w gminie przeprowadzono diagnozę potrzeb. Jednak bardziej szczegółowa analiza Gminnych Programów ujawniła, że w zaledwie 7% przypadków wyniki diagnozy zostały uwzględnione przy doborze środków i planowaniu działań służących realizacji przyjętych celów. Liczymy na to, że niniejszy projekt pomoże gminom przezwyciężyć trudności zidentyfikowane we wstępnym badaniu ewaluacyjnym i przyczyni się do powstania wielu nowych programów gminnych, odpowiadających potrzebom mieszkańców konkretnej społeczności lokalnej. Czy projekt spełni pokładane w nim nadzieje, okaże się po ponownej ocenie pod koniec 2007 r.

Bardziej szczegółowe informacje o warunkach rekrutacji i udziału w szkoleniach dostępne są na stronach internetowych Fundacji na Rzecz Rozwoju Demokracji Lokalnej www.frdl.org.pl oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.narkomania.gov.pl

KALENDARIUM WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ

Październik

- Spotkanie Trojki i zainteresowanych państw członkowskich z przedstawicielami Federacji Rosyjskiej, Bruksela 30.10.2006 r.
- Spotkanie Trojki i zainteresowanych państw członkowskich z przedstawicielami Afganistanu, Bruksela 30.10.2006 r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 31.10.2006 r.

Listopad

- Spotkanie eksperckie UE – Rosja na temat narkotyków i narkomanii, Warszawa 12–14.11.2006 r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 22.11.2006 r.
- Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. narkotyków, Bruksela 13.11.2006 r.
- Konferencja Ministerialna Grupy Pompidou Rady Europy, Strasbourg 27–28.11.2006 r.

Spotkania organizowane przez EMCDDA

Październik

- Spotkanie ekspertów zajmujących się wskaźnikiem chorób zakaźnych związanych z zażywaniem narkotyków HIV/AIDS, HBV, HCV, Lizbona 10–11.10.2006 r.
- Spotkanie ekspertów zajmujących się wskaźnikiem problemowego używania narkotyków, Lizbona 12–13.10.2006 r.

Listopad

- Spotkanie koordynatorów krajowych centrów informacji o narkotykach i narkomanii sieci REITOX, 07–10.11.2006 r.
- Spotkanie ekspertów zajmujących się szacowaniem zgonów oraz śmiertelnością z powodu narkotyków, Lizbona 16–17.11.2006 r.
- Spotkanie ekspertów dotyczące szacowania kosztów związanych z narkomanią, Lizbona 27–28.11.2006 r.

Wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii jest integralną częścią lubelskiej strategii polityki społecznej. Przy realizacji programu ściśle ze sobą współpracują: samorząd, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i lokalne organizacje pozarządowe

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA LUBELSZCZYŹNIE

ELŻBIETA SEREDYN, EKSPERT WOJEWÓDZKI DS. INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM, KIEROWNIK ODZIAŁU DS. UZALEŻNIEŃ W REGIONALNYM OŚRODKU POLITYKI SPOŁECZNEJ W LUBLINIE



We wschodniej, najsłabiej rozwiniętej części kraju, nazywanej „ścianą wschodnią”, leży województwo lubelskie. Województwo charakteryzuje się cechami wiejskimi i rolniczymi, zalicza się do regionów opóźnionych pod względem rozwoju społeczno-gospodarczego, o niskich standardach poziomu życia mieszkańców.

Na Lubelszczyźnie mieszka obecnie 2 176 000 ludzi, jednak wskaźnik gęstości zaludnienia ma tendencję spadkową zarówno w miastach, jak i na wsi. Charakterystyka demograficzna mieszkańców województwa lubelskiego wskazuje na nasilanie się negatywnych zjawisk, takich jak spadek liczby ludności ogółem, wzrost migracji, postępujący proces starzenia się ludności, ujemny przyrost naturalny oraz niekorzystny współczynnik feminizacji.

Narkomanię traktuje się w województwie lubelskim jako jeden z ważnych problemów społecznych, ale mniej ważny niż bezrobocie i alkoholizm. Definiowana jest przede wszystkim w kategoriach choroby, a narkomanów postrzega się jako ludzi potrzebujących leczenia i pomocy. Zdecydowana większość mieszkańców Lubelszczyzny w narkomanie widzi

bardziej pacjenta niż przestępcę. Idea przyzwolenia na używanie narkotyków, nawet marihuany, nie znajduje zrozumienia u mieszkańców regionu, a grupa nastawionych liberalnie do narkotyków jest w województwie mniejsza niż w całym kraju. (J. Sierosławski. „Substancje psychoaktywne postawy i zachowania w województwie lubelskim”. Raport z badań ankietowych.)

Najczęściej dostępne i oferowane mieszkańcom Lubelszczyzny substancje nielegalne to marihuana i haszysz. Używanie przetworów konopi występuje najczęściej w kategorii wiekowej 16–24 lat. W tej grupie wiekowej najczęściej przypada inicjacja używania narkotyków. Specyfiką województwa jest również eksperymentowanie z substancjami wziewnymi, o czym świadczą dwukrotnie wyższe niż w kraju odsetki eksperymentujących gimnazjalistów (J. Sierosławski. „Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież województwa lubelskiego 1999–2003”, Europejski Program Badań Ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD.).

Z danych statystycznych świadczących o problemowym używaniu narkotyków wynika, że województwo lubelskie nie należy do najbardziej zagrożonych pod względem narkomanii. Wskaźniki przyjęć do lecznictwa są niższe niż ogólnopolskie, mimo iż wskaźnik zgłaszalności pierwszorazowej ma tendencję wzrostową – ten fakt z kolei może sugerować ryzyko zmiany średniego rozpowszechnienia zjawiska narkomanii na Lubelszczyźnie.

Do specyfiki województwa lubelskiego należy między innymi wysoki odsetek gimnazjalistów eksperymentujących z substancjami wziewnymi. Takich osób

jest dwukrotnie więcej niż średnio w kraju.

Samorządowe działania przeciwko narkomanii

Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii realizowane są przez Samorząd Województwa Lubelskiego w oparciu o Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2005–2007. Prace nad projektem Programu i szerokie konsultacje społeczne ze środowiskiem osób profesjonalnie zajmujących się problematyką narkomanii odbywały się w styczniu i lutym 2005 roku. Program w ostatecznym kształcie został przyjęty Uchwałą Nr XXXIII/451/05 Sejmiku Województwa Lubelskiego 25 kwietnia 2005 r. Program ten wraz z Wojewódzkim Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2004–2006 stanowi integralną część Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego na lata 2005–2013. Jest dokumentem wyznaczającym cele, działania oraz sposoby rozwiązywania problemów wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych na terenie województwa lubelskiego. Cel strategiczny Programu, który brzmi: „Przeciwdziałanie narkomanii w województwie lubelskim”, wynika z założeń i kierunków, określonych w Strategii Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego na lata 2005–2013.

Cel strategiczny osiągnięty będzie poprzez realizację następujących celów operacyjnych:

1. Realizacja działań profilaktycznych.
2. Edukacja publiczna i szkolenia przedstawicieli różnych grup społecznych.
3. Doskonalenie struktury leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.
4. Współpraca z samorządami gminnymi i powiatowymi oraz policją, służbami mundurowymi działającymi na rzecz przeciwdziałania narkomanii oraz innymi podmiotami zajmującymi się tym zagadnieniem.
5. Monitorowanie stanu problemów związanych z narkomanią.

Realizując art. 9 ust. 6 Ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Zarząd Województwa Lubelskiego Uchwałą Nr CCXLVIII/2888/05 z dnia 14

listopada 2005 r. powołał eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii w osobie Elżbiety Seredyn – Kierownika Oddziału ds. Uzależnień ROPS.

Podobnie jak w 2004 r., również w latach 2005 i 2006 ekspert wojewódzki opracował raport dotyczący zjawiska narkomanii w województwie za rok 2004, zatytułowany: „Problemy związane z narkotykami, ich używaniem, rynkiem oraz realizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie województwa lubelskiego”. Raport stanowi rekomendację dla decydentów i polityków odpowiedzialnych za planowanie strategii zapobiegania narkomanii, a także służy do monitorowania działań profilaktycznych w skali regionalnej.

Efektem ścisłej współpracy eksperta wojewódzkiego z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii było uczestnictwo w szkoleniach i wizytach studyjnych dla ekspertów wojewódzkich w Portugalii, Francji i Niemczech. Udział w powyższych wizytach był cennym doświadczeniem zawodowym, a przede wszystkim okazją do zdobycia wiedzy i umiejętności w zakresie technik zbierania, analizowania i interpretacji danych, doskonalenia metod porównawczych oraz rozpowszechniania danych oraz informacji z zakresu redukcji popytu i podaży na narkotyki.

Finanse na najpilniejsze potrzeby

W latach 2005 i 2006 na realizację Programu zabezpieczono łącznie kwotę 150 000,00 zł, która pozwoliła na zrealizowanie jedynie najpilniejszych, priorytetowych zadań. Podejmowane działania skoncentrowane były zatem na wspieraniu programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży, zwiększeniu dostępności pomocy terapeutycznej, rehabilitacyjnej i reintegracyjnej dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem od narkotyków, szkoleniach dla kadry pedagogicznej i rodziców oraz realizacji programów ograniczenia szkód zdrowotnych.

Ponadto w ramach środków finansowych pochodzących z Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych finansowano i współfinansowano programy socjoterapeutyczne w placówkach wsparcia dziennego, dofinanso-

wano wypoczynek letni dzieci i młodzieży, wspierano programy terapii uzależnień i resocjalizacji wobec przebywających w zakładach karnych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz ochotniczych hufcach pracy. Prowadzono szkolenia dla kadry placówek opiekuńczo-wychowawczych, kadry pedagogicznej szkół i placówek oświatowych, katechetów, kuratorów, prokuratorów, sędziów, pracowników ośrodków interwencji kryzysowej i punktów konsultacyjnych w zakresie pracy z młodzieżą używającą substancji psychoaktywnych. Ogółem w we wszystkich powyższych typach szkoleń uczestniczyło około 2 300 rodziców i osób z powyższych grup zawodowych.

Profilaktyka i edukacja

Ogromne znaczenie w kształtowaniu postaw społeczeństwa wobec zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych mają działania edukacyjno-informacyjne. Dlatego w województwie lubelskim podobnie jak w latach ubiegłych samorząd wspiera edukację publiczną poprzez dofinansowanie cyklu programów o treści profilaktycznej i edukacyjnej pt: „Od A do N”, emitowanych przez Telewizję Polską S.A. Oddział w Lublinie. Ponadto w nurt działań kampanii antynarkotykowej zostały włączone środki masowego przekazu m. in. Radio Lublin, Radio Centrum, Radio Plus, Katolickie Radio Zamość.

Samorząd aktywnie uczestniczył też w realizacji antynarkotykowej kampanii społecznej pod hasłem: „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”, kierowanej do rodziców i opiekunów dzieci w wieku szkolnym. W nurt działań kampanijnych zostało włączonych wiele podmiotów na terenie województwa: samorządy lokalne, placówki oświatowe i wychowaw-

cze, media, policja, organizacje pozarządowe. Zrealizowano szereg przedsięwzięć, takich jak konferencje, szkolenia, festyny, cykl imprez rekreacyjnych dla dzieci i rodziców. Dystrybuowano również materiały o treści edukacyjnej.

Systematycznie publikowano również biuletyn wojewódzki „Problemy Społeczne”, który jako oferta edukacyjno-szkoleniowa jest udostępniony przedstawicielom samorządów gminnych i powiatowych oraz realizatorom zadań związanych z przeciwdziałaniem problemom alkoholowym i przemocy z terenu całego województwa. Z czasem biuletyn ten stał się platformą współpracy i miejscem wymiany doświadczeń dla osób zajmujących się przeciwdziałaniem problemom społecznym.

Współpraca międzynarodowa i lokalna

W dniach 6–7 października 2005 r. odbyło się w Lublinie międzynarodowe sympozjum pod hasłem „Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych w środowisku szkolnym”. Spotkanie doszło do skutku dzięki ścisłej współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz z Ministerstwem Zdrowia Federalnej Republiki Niemiec w ramach realizacji polsko-niemieckiej umowy bliźniaczej „Walka z narkotykami – kontynuacja”. W trakcie spotkania omówiono zagadnienia związane z diagnozą problemu narkotykowego w szkołach oraz współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w prowadzenie

profilaktyki narkotykowej. W spotkaniu, oprócz ekspertów z Niemiec, Ukrainy oraz Polski, wzięli udział przedstawiciele władz województwa, miast i powiatów, dyrektorzy szkół, pedagodzy, kuratorzy, naukowcy oraz

Samorząd aktywnie uczestniczył też w realizacji antynarkotykowej kampanii społecznej pod hasłem: „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”, kierowanej do rodziców i opiekunów dzieci w wieku szkolnym. W nurt działań kampanijnych zostało włączonych wiele podmiotów na terenie województwa: samorządy lokalne, placówki oświatowe i wychowawcze, media, policja, organizacje pozarządowe. Zrealizowano szereg przedsięwzięć, takich jak konferencje, szkolenia, festyny, cykl imprez rekreacyjnych dla dzieci i rodziców. Dystrybuowano również materiały o treści edukacyjnej.

przedstawiciele organizacji pozarządowych zaangażowanych w działania profilaktyczne.

W celu rzetelnej realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii niezbędna jest ścisła współpraca z partnerami, do których należą między innymi samorządy powiatowe i gminne. Współpraca ta przybiera formę wspólnych konsultacji merytorycznych i doradztwa oraz współfinansowania wybranych przedsięwzięć. W tym celu od 2004 roku organizuje się konferencje szkoleniowe dla koordynatorów gminnych i miejskich programów przeciwdziałania uzależnieniom. Poświęcone są m. in. realizacji ustawowych zadań dla poszczególnych szczebli samorządów wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także wypracowaniu płaszczyzny współpracy między samorządami lokalnymi.

Zapobieganie HIV/AIDS

W województwie lubelskim funkcjonuje Wojewódzki Zespół ds. Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS oraz Przeciwdziałania Narkomanii. Zespół został powołany zarządzeniem Nr 140 Wojewody Lubelskiego z dnia 9 września 2003 r. W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele podmiotów prowadzących działalność w przedmiotowym zakresie na terenie województwa lubelskiego: Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie, Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Ośrodka Leczenia Uzależnień w Lublinie, Kuratorium Oświaty w Lublinie, Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Lublinie, Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej w Chełmie, Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie, Izby Celnej w Białej Podlaskiej, oraz organizacji pozarządowych: Katolickiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom Uzależnionym „AGAPE”, Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, Lubelskiego Towarzystwa Przeciwdziałania Patologiom Społecznym „Kuźnia”, Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR. Głównym celem działania Zespołu jest zacieśnienie współpracy pomiędzy podmiotami w kierunku stworzenia sieci wymiany informacji, analizy skali problemu HIV/AIDS i narkomanii, określenia potrzeb w zakresie

profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Zespół także pełni funkcję doradczą Wojewody Lubelskiego.

Organizacje pozarządowe przeciwko patologiom społecznym

Różnorakie działania w zakresie przeciwdziałania szeroko rozumianym patologiom społecznym realizują organizacje pozarządowe we współpracy z samorządem województwa. Do tego typu działań zaliczyć można:

- Prowadzenie profilaktycznych klubów środowiskowych oraz placówek socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci i młodzieży.
- Organizację czasu wolnego, w tym obozów profilaktycznych i terapeutycznych oraz innych form wypoczynku i rekreacji.
- Prowadzenie punktów informacyjno-konsultacyjnych świadczących specjalistyczne porady psychologiczne, terapię, porady prawne i medyczne dla dzieci, młodzieży i dorosłych.
- Organizację konferencji naukowych, prasowych i akcji informacyjnych w zakresie przeciwdziałania patologiom społecznym.
- Organizowanie wszechstronnych szkoleń w zakresie realizacji i prowadzenia programów profilaktycznych.

W roku 2006 władze samorządu województwa lubelskiego zostały zaproszone do współpracy w realizacji polsko-francuskiego projektu dotyczącego monitorowania działalności profilaktycznej. Projekt pilotażowy, do którego przystąpimy jeszcze w tym roku, ukierunkowany będzie na opracowanie narzędzi badawczych służących skutecznemu monitorowaniu prowadzonej działalności profilaktycznej oraz ich pilotażowemu wdrożeniu. W realizacji przedsięwzięcia brać będzie udział francuskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, które realizuje powyższy program w kilku okręgach we Francji.

Wyniki projektu zostaną zaprezentowane na forum Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz podczas spotkania wszystkich profesjonalistów z obszaru narkomanii w Lublinie.

Systemowe ujęcie rodziny może okazać się bardzo przydatne w procesie badania przyczyn narkomanii. Użytecznym narzędziem w tym zakresie jest kwestionariusz pozwalający określić typ rodziny osoby uzależnionej

UŻYTECZNOŚĆ BADANIA ŚRODOWISKA RODZINNEGO osób uzależnionych od narkotyków

ELŻBIETA HORNOWSKA, INSTYTUT PSYCHOLOGII
UAM, POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOLOGICZNE

W ramach prac podjętych w programie „Opracowanie pakietu metod do stosowania w obszarze uzależnień od narkotyków” (realizowanym na zlecenie i ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i koordynowanym przez Ośrodek Badań i Usług Psychologicznych PTP) za ważny obszar diagnostyczny uznano analizę środowiska rodzinnego osób uzależnionych. Spośród wielu metod branych pod uwagę zdecydowano się na metodę pozwalającą określać typ rodziny. To metoda odwołująca się do typologii Dawida Fielda, a opracowała ją Maria Ryś (2004)¹.

System rodzinny

U podłoża tej metody leżą założenia właściwe dla podejścia systemowego. Zgodnie z nimi rodzinę traktuje się całościowo, czyli systemowo. System rodzinny oznacza tu zbiór wzajemnie powiązanych ze sobą jednostek. Każda osoba w rodzinie jest częścią całego systemu, dlatego też doświadczenia jednego z członków rodziny są w pewnej mierze podzielane przez innych (por. też A. Rawa, 2002).

Zgodnie z podejściem systemowym rodzinę² można zatem ujmować jako system charakteryzujący się pewnym zespołem norm i zasad oraz środkami podtrzymującymi jego spójność. System ten ma określone cele, sposoby zaspokajania potrzeb poszczególnych członków rodziny i realizacji podstawowych zadań społecznych (Ryś, 2004, s. 8).

System rodzinny (Braun-Gałkowska 1992, s. 14, za Ryś, 2004, s. 8) charakteryzują przede wszystkim następujące cechy:

- a) **Całościowość – czyli integralna struktura.** System rodzinny nie jest tylko sumą jego składowych. Poznanie poszczególnych członków rodziny nie wystarcza do poznania całego systemu. Aby było ono możliwe, trzeba spojrzeć globalnie na funkcjonowanie całej rodziny, gdyż każdy system jest rezultatem interakcji pomiędzy jego elementami. Wszystkie osoby w rodzinie współtworzą sieć wzajemnych relacji. W systemie rodzinnym każda osoba jest traktowana indywidualnie, a jednocześnie stanowi element całego systemu;
- b) **Cyrkularność – czyli sprzężenie zwrotne.** Zachowania osób tworzących rodzinę wzmacniają się wzajemnie, a członkowie rodziny oddziałują na siebie za pomocą sprzężeń zwrotnych. Zazwyczaj trudno ustalić, czyje zachowanie było przyczyną, a czyje skutkiem. Często też następuje eskalacja działań w postaci samowzmacniających się cykli;
- c) W systemach rodzinnych działa **zasada ekwifinalności – czyli podobieństwa skutków**, jak też **zasada ekwipotencjalności – czyli podobieństwa przyczyn**. Ta pierwsza zasada oznacza możliwość osiągnięcia podobnych rezultatów końcowych przy wychodzeniu z różnych stanów początkowych (np. w rodzinie o bardzo dobrym standardzie materialnym i w rodzinie bardzo ubogiej dzieci mogą ukończyć studia), ta druga zaś oznacza różne efekty końcowe mimo podobieństwa sytuacji wyjściowych (np.

wśród rodzin żyjących bardzo skromnie, jedna z nich lepiej sobie radzi niż pozostałe);

d) System rodzinny wykazuje **zdolności homeostaticzne – czyli dążenie do równowagi**. Jest ona konieczna w zapobieganiu dezintegracji rodziny. Dzięki zdolnościom samostabilizacji systemy rodzinne cechuje tendencja do przetrwania;

e) System rodzinny charakteryzuje jednocześnie proces **morfogenezy – czyli dążenie do rozwoju i zmiany**. Rodzina może i powinna zmienić swoją strukturę, aby adekwatnie przystosować się do kolejnej fazy życia.

Każdy system ma ponadto **określone granice**. Czasami granice te są jasne i wyraźne (prawidłowo funkcjonujące systemy rodzinne), czasami zaś niejasne (rodziny nieprawidłowe). Systemy rodzinne różnią się także **stopniem otwartości**.

Spośród wielu różnych typologii szczególnie ciekawa wydaje się ta zaproponowana przez Dawida Fielda (1996). Obejmuje ona pięć systemów rodzinnych. Za podstawę swojego ujęcia Field przyjął rodzaj granicy pomiędzy podsystemami rodzice – dzieci. Poniżej przedstawiono – opracowaną przez M. Ryś (2004) – krótką charakterystykę, wyróżnionych w tej typologii systemów rodzinnych:

a) **rodzina chaotyczna** – to rodzina pozbawiona więzi, źle zorganizowana, rozdarta, w której występują ciągłe konflikty, dręczenie innych swoimi problemami. W rodzinie tej dzieci są ignorowane lub wykorzystywane, nie istnieją bliższe związki pomiędzy rodzicami i dziećmi. W postępowaniu rodziców wobec dzieci brakuje konsekwencji, dorośli kierują się nastrojami. Rodzice są nieodpowiedzialni, ich postawę cechuje znieważanie dzieci i wytykanie im błędów, a stosowane przez nich środki dyscyplinarne są surowe i niesprawiedliwe. Same dzieci czują się niekochane, zagrożone i mogą stracić kontakt ze

światem własnych uczuć.

b) **rodzina władzy** – to rodzina o wyraźnej strukturze. Rodzicom brak umiejętności lub zainteresowania budowaniem relacji, a trwałe skoncentrowanie się na wynikach psuje wzajemne relacje. W rodzinie tej występuje skłonność do krytycyzmu, wynajdywania wad, co powoduje obcość. Dzieci znajdują się pod silną władzą rodziców i wiedzą dokładnie

nie, czego się od nich oczekuje, ale nie wiedzą, że są kochane. Dziecko dopiero po fakcie dowiadyuje się, że postąpiło źle – rodzice nie dają wskazówek. Oczekują, że dziecko samo będzie wiedziało, jak postąpić. Jednak w razie złego wykonania zadania jest ono przez rodziców karczone. Dorośli mają mało cierpliwości, ciągle oceniają, nie mając świadomości, że są przede wszystkim zbyt krytyczni. Dzieciom trudno przyjść do rodziców ze swoimi problemami.

c) **rodzina prawidłowa** – członkowie w takiej rodzinie są powiązani, ale zachowują odrębność, a rodzice współpracują ze sobą. Rodzice dbają o utrzymanie stałej struktury rodziny i to oni ustalają zasady i oczekiwania. Autorytet rodziców jest utrzymywany i wspierany przez obydwójce małżonków; rodzice zapewniają poczucie bezpieczeństwa, zaspokajają potrzeby miłości, akceptacji, kontaktu, więzi. Znają silne i słabe strony dziecka i pomagają mu w rozwoju. Dzieci czują się słuchane i szanowane, rodzice zachęcają je do

wyrażania swojego zdania w sprawach dotyczących całej rodziny, a szczególnie spraw dziecka. Mają one poczucie bezpieczeństwa dzięki temu, że rodzice zapewniają im spójne i stabilne środowisko.

d) **rodzina nadopiekuńcza** – członkowie rodziny unikają niezgody, wolą spokojne środowisko, dlatego rodzice niechętnie podejmują rozmowy o trudnych problemach. Rodzina dobrze sobie radzi w kultywowaniu rodzinnych tradycji, we wzajemnej

Każdy system ma ponadto określone granice. Czasami granice te są jasne i wyraźne (prawidłowo funkcjonujące systemy rodzinne), czasami zaś niejasne (rodziny nieprawidłowe). Systemy rodzinne różnią się także stopniem otwartości. Spośród wielu różnych typologii szczególnie ciekawa wydaje się ta zaproponowana przez Dawida Fielda (1996). Obejmuje ona pięć systemów rodzinnych.

lojalności. Dzieci są często głównym czynnikiem determinującym plany rodziny. Rodzice rzadko odwołują się do autorytetu, dzieci posiadają wpływową pozycję i oczekują lub nawet domagają się stałej pomocy ze strony rodziców. Styl rodzicielski – to styl dawania. Komunikacja w rodzinie jest naczyniowa, z dużą wrażliwością i szacunkiem. W okresach trudnych wszyscy okazują sobie pomoc i wsparcie. Rodziny opiekuńcze opóźniają moment odejścia dzieci z domu.

e) **rodzina uwikłana** – w rodzinie tej pojawia się silne

tyczących matek. Poniżej przedstawiono podstawowe statystyki charakteryzujące badaną grupę.

Zgodnie z zasadami interpretacji wyników przedstawiono profile dla badanych typów rodziny. Profile te zostały skonstruowane oddzielnie dla ojca i oddzielnie dla matki. Obliczono także współczynnik podobieństwa między profilami, korzystając w tym celu ze współczynnika r_c Cohena. Otrzymana wartość ($r_c = 0,46$) wskazuje, że mamy do czynienia z umiarkowanym podobieństwem między profilami. Można zatem przyjąć, że w ro-

dzinach badanych osób rodzice konstytuują różny typ rodziny, co może być jednym z czynników sprzyjających sięganiu po narkotyki przez ich dzieci. W tabeli i na rysunku 1. przedstawiono otrzymane wyniki.

Na podstawie przedstawionych danych można założyć, że dominującym typem w badanej

grupie jest rodzina władzy lub chaotyczna (ojciec) oraz rodzina uwikłana lub chaotyczna (matka). W rodzinach badanych osób ojcu zazwyczaj brakowało umiejętności lub zainteresowania budowaniem relacji i miał on skłonność do krytycyzmu oraz wynajdywania wad. Matki natomiast najczęściej przywiązywały przesadną uwagę do dzieci, z którymi były obsesyjnie związane. Często też naruszały granice prywatności dziecka, uniemożliwiając mu rozwój i pielęgnując uzależnienie.

W badanej grupie osób ojciec często ignorował lub wykorzystywał dzieci, często je znieważał i wytykał im błędy, a stosowane przez niego środki dyscyplinarne były surowe i niesprawiedliwe. Matki natomiast miały tendencję do kierowania się nastroszeniami i pozostawiania dzieci ich własnej zaradności. Zarówno postawa matki jak i postawa ojca mogły być czynnikiem popychającym

Tabela 1. Podstawowe statystyki dotyczące rodziny pochodzenia

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
O-CHAOTYCZNA	28	2	60	28,0	16,8
O-WŁADZY	28	4	52	31,1	13,9
O-PRAWIDŁOWA	28	3	52	26,4	15,8
O-NADOPIEKUŃCZA	28	6	41	21,2	9,4
O-UWIKŁANA	28	0	53	20,6	11,6
M-CHAOTYCZNA	34	1	57	30,1	14,9
M-WŁADZY	34	0	48	22,1	13,1
M-PRAWIDŁOWA	34	0	58	22,6	14,6
M-NADOPIEKUŃCZA	34	2	49	22,0	12,6
M-UWIKŁANA	34	0	60	30,9	15,2

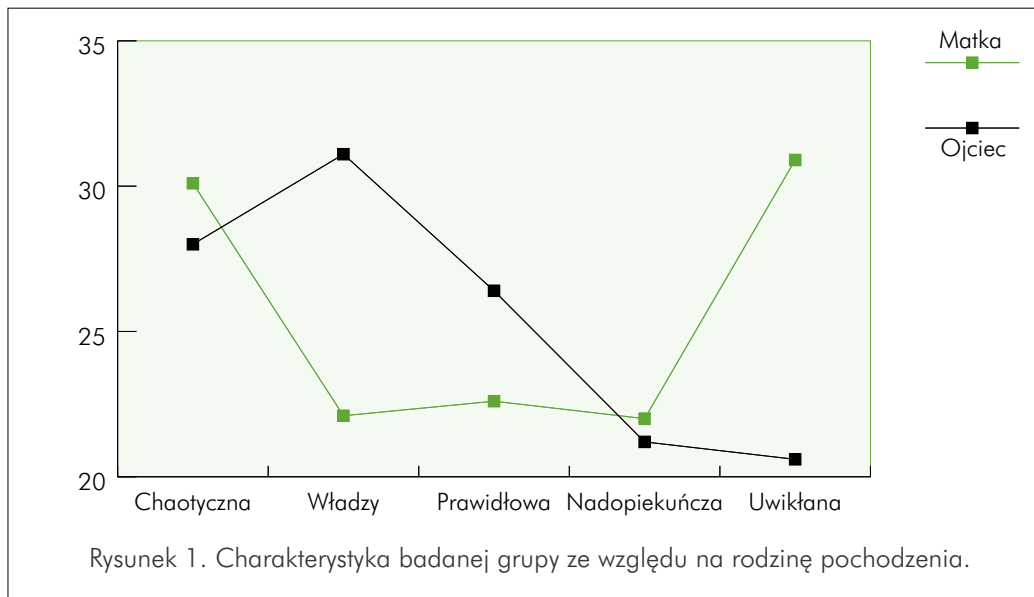
Badanie – Rodzina pochodzenia

Aby ocenić przydatność tej typologii do analizy środowiska osób uzależnionych od narkotyków, przeprowadzono badania za pomocą Metody Analizy Środowiska Rodzinnego. Rodzina Pochodzenia (Ryś, 2004). W badaniach tych uzyskano 28 wypełnień dotyczących ojców i 34 wypełnień do-

młodych ludzi do eksperymentowania z narkotykami.

Wczesna diagnoza środowiska rodzinnego

Uzyskane wyniki badań potwierdzają, że systemowe ujęcie rodziny może okazać się bardzo użyteczne



Rysunek 1. Charakterystyka badanej grupy ze względu na rodzinę pochodzenia.

w procesie poszukiwania przyczyn narkomanii. Badane osoby wyraźnie wskazywały na dysfunkcyjny charakter systemów rodziny pochodzenia. Jak się wydaje, ten dysfunkcyjny charakter można traktować jako swoisty czynnik ryzyka uzależnienia m. in. od narkotyków. Dlatego też wczesna diagnoza środowiska rodzinnego może się okazać istotnym czynnikiem prewencji.

Oczywiście należy wziąć pod uwagę fakt bardzo małej liczby badanych osób. Mała liczebność grupy nie pozwala na uogólnienia wniosków, jednak otrzymane wyniki dobrze się wpisują w dotychczasową wiedzę na ten temat. Dlatego też metoda ta wydaje się godna rekomendowania.

To narzędzie spełniające podstawowe kryteria psychometryczne. Ma dobrą rzetelność (stabilność bezwzględna w odstępie 4 tygodni wynosi 0,88), potwierdzoną trafność diagnostyczną oraz wstępne normy. Posiada także opisowe kryteria interpretacji otrzymanych wyników.

Jednak nie należy go traktować jak rutynowego

kwestionariusza. Podejmując decyzje o jego wykorzystaniu, trzeba wziąć pod uwagę fakt, że jest to metoda uruchamiająca silne emocje u badanych osób. Dlatego też należy zadbać, aby badanie nie naruszało ich poczucia bezpieczeństwa i powinno się z niego zrezygnować, gdy wywoływane emocje są zbyt silne. Zdaniem psychologów, członków naszego zespołu, metoda ta może być dobrym wprowadzeniem do

terapii, gdyż pozwala osobie badanej skonfrontować się z tym, jak było, i może stanowić podstawę wglądu w to, co jest podstawowym obszarem problemowym, a z drugiej strony może także uruchomić pozytywne wzmocnienia. Jednak, podkreślam raz jeszcze, to nie jest proste badanie kwestionariuszowe, dlatego powinno być przeprowadzone z najwyższą

delikatnością i świadomością jego konsekwencji.

Bibliografia:

- Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: KUL.
- Field, D. (1996). *Osobowości rodzinne*. Warszawa: Logos.
- Rawa, A. (2002). *Rodzinne uwarunkowania narkomanii wśród młodzieży*. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin Polonia*, VOL. XV, SECTIO J. Lublin: UMCS.
- Ryś, M. (2004). *Systemy rodzinne. metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- ¹ Celem Zespołu jest rekomendowanie metod spełniających w podstawowym stopniu właściwe kryteria psychometryczne. Szerzej na ten temat pisała A. Ciupa (2006), *Skuteczne metody diagnostyczne*, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 1/2006, 15-17.
- ² Prezentując metodę, wykorzystano pracę M. Ryś (2004). *Systemy Rodzinne*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii zorganizowało w dniach 20 – 22 września 2006 w Osiecku spotkanie dotyczące zbierania danych z programów niskoprogowych

BAZY DANYCH w programach redukcji szkód

ARTUR MALCZEWSKI, CENTRUM INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (*National Focal Point*) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zorganizowało we wrześniu spotkanie dotyczące zbierania danych z programów redukcji szkód. Celem seminarium była poprawa jakości zbieranych danych z programów niskoprogowych, a także rozszerzenie zakresu pozyskiwanych informacji o dane nie tylko ilościowe, ale również jakościowe. W trakcie spotkania pracownicy Centrum Informacji przedstawili prezentacje poświęcone systemom zbierania danych oraz poprowadzili dwa wywiady grupowe pozwalające na otrzymanie danych jakościowych. Zaprezentowano dane z programów niskoprogowych w Polsce i w Europie. Kierownik czeskiego focal pointa zaprezentował system zbierania danych (nazwany FreeBase), który obejmując swoim zasięgiem 75% palcówek niskoprogowych w Czechach i może być traktowany jako rozwiązanie modelowe (Powyższy system, jak i inne rozwiązania stosowane w Europie, opisano w artykule opublikowanym w 3 numerze Serwisu Informacyjnego Narkomania z 2005 roku). Baza dostępna jest na stronie:

<http://freebase.drogy-info.cz>

Następnie pokazano polską bazę MS Access, używaną przez Monar w Krakowie, znacznie prostszą i obejmującą podstawowe dane. Powyższa baza na dzień dzisiejszy używana jest tylko przez dwa największe programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce – Monar w Krakowie i Warszawie.

Szczegółowe dane z FreeBase

Po prezentacji obydwu baz dyskutowano, jakie rozwiązanie warto byłoby wprowadzić w polskich

programach wymiany. Czeski ekspert omówił zalety i wady swojego systemu, podkreślając, że jego nadzorowanie jest dla Focal Pointa dużym obciążeniem. Dla organizacji obsługa FreeBase stanowi dodatkowy obowiązek. Zaletą bazy dla programów wymiany jest możliwość użycia jej przez kierowników do zarządzania programem. Dzięki systemowi koordynatorzy otrzymują szczegółowe dane o pracy poszczególnych pracowników, liczbie odbiorców działań, dystrybucji materiałów itd. Otrzymane dane mogą również wykorzystać do lepszej koordynacji realizowanych działań. Dla Focal Pointa liczba klientów prowadzonych działań potrzebna jest do oszacowań liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków oraz uzyskania obrazu sceny narkotykowej.

W trakcie dalszej części spotkania uczestnicy zapoznali się z europejskimi programami badawczymi wykorzystującymi dane z programów niskoprogowych jak np. EuroTrend oraz założeniami Systemu Wczesnego Ostrzegania. Jedną z prezentacji poświęcono wynikom najnowszego badania rozpowszechnienia wirusa HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Ostatniego dnia, który miał bardziej szkoleniowy charakter, eksperci zewnętrzni omówili nowe substancje na scenie narkotykowej, dostarczając informacji zarówno na temat ich składu jak i działania. Tego samego dnia przeprowadzono dwa wywiady grupowe (jeden z party workerami, a drugi ze street workerami), które miały na celu zebranie danych o sytuacji i trendach na scenie narkotykowej oraz ocenę przydatności tej formy zbierania danych.

MS Access zamiast papieru

Jednym z ważniejszych rezultatów spotkania była deklaracja, że we wszystkich programach wymiany igieł i strzykawek, których pracownicy przyjechali

do Osiecka, będzie stosowana polska baza MS Access. Powyższe rozwiązanie tak naprawdę ułatwi pracę osobom zajmującym się sprawozdawczością w programach, ponieważ wspomniana baza danych zastępuje dokumentację papierową, która jest czasochłonna i mało użyteczna przy tworzeniu zestawień i raportów. Wprowadzenie na miejsce „papieru” lub Excela prostej i łatwej w obsłudze bazy MS Access jest niewątpliwie ułatwieniem. Z bazy można otrzymać informacje o liczbie wymienionego sprzętu, kontaktów klientów z dowolnego czasu np. dnia, kwartału, roku. Warto podkreślić, że w prosty sposób można uzyskać dane o liczbie klientów, unikając podwójnego liczenia tych samych osób. Z doświadczeń Centrum Informacji wynika, że policzenie klientów programów wymiany np. z ostatniego roku stanowi dla niektórych organizacji dużą trudność. W porównaniu z czeskim systemem polska propozycja jest o wiele łatwiejsza do

implementacji. Dodatkowe informacje o używanych narkotykach, danych socjodemograficznych klientów programów wymiany igieł i strzykawek zbierane będą za pomocą programu badawczego.

Zachęcamy pozostałe organizacje, które nie wzięły udziału w spotkaniu, do korzystania z bazy, która jest udostępniana nieodpłatnie przez Monar w Krakowie lub Centrum Informacji. Najprawdopodobniej Centrum Informacji zorganizuje jeszcze w tym roku jednodniowe szkolenie poświęcone obsłudze bazy, czyli wprowadzaniu i uzyskiwaniu danych z bazy. Przewidujemy jej rozbudowę o dodatkowe pola, które pozwolą wprowadzać informacje o dystrybuowaniu innych materiałów.

W ramach budowania systemu informacji planujemy w przyszłym roku zorganizować następne spotkanie dotyczące współpracy z programami niskoprogowymi w obszarze zbierania danych.

Stanowisko Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii dotyczące uchwalania wspólnego Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

W związku z powtarzającymi się pytaniami dotyczącymi możliwości uchwalenia jednego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii, uprzejmie informujemy, że w opinii Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii nie istnieją przeszkody z merytorycznego punktu widzenia do tworzenia wspólnego gminnego programu dla rozwiązywania problemów alkoholowych oraz problemów narkomanii.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi (Dz.U.z 2002 r. Nr 147, poz.1231 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U z 2005r.Nr 179 poz.1485) o przeciwdziałaniu narkomanii oba te programy stanowią część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych.

Programy tworzone są na podstawie wspólnej diagnozy, część zadań jest jednakowych, a ich adresatami są te same grupy osób. Należy wziąć również pod uwagę, że nadzorowanie jednego programu pozwoli na bardziej racjonalne wydatkowanie środków z budżetu samorządu terytorialnego.

W opinii Departamentu Finansów Samorządu Terytorialnego Ministerstwa Finansów również zasady klasyfikacji budżetowej nie stanowią przeszkody w ewentualnym uchwaleniu jednego programu. Program powinien być sporządzony w sposób pozwalający na jednoznaczne rozróżnienie, w ramach której ustawy realizowane będą poszczególne zadania.

Dyrektor Krajowego Biura
do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński

Szanowni Państwo!

Uprzejmie informuję, że w dniu 8 września 2006 roku odbyło się posiedzenie Komisji Konkursowej powołanej przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na mocy zarządzenia wewnętrznego nr 14 z dnia 5 września 2006 roku w składzie:

- Czesław Czabała** – przewodniczący Komisji,
- Bogusława Bukowska** – wiceprzewodniczący Komisji,
- Karina Steinbarth-Chmielewska** – członek Komisji,
- Alicja Bukowska** – członek Komisji,
- Agnieszka Sejda** – członek Komisji.

Rozpatrzyła program szkoleniowy. Zadaniem Komisji był wybór ofert programowych na realizację zadania:

„Szkolenie w dziedzinie uzależnienia”

zgodnego z programem zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia Rozporządzeniem z dnia 13 lipca w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnienia. (Dz. U. Nr 64, poz. 455).

W wyniku przeprowadzonej procedury konkursowej, Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii udziela rekomendacji do prowadzenia szkolenia następującym podmiotom szkolącym:

W zakresie specjalisty:

- **Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych w Gdańsku** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Piotr Adamiak**, tel. 058 552-00-26
- **Katolickiemu Uniwersytetowi Lubelskiemu w Lublinie** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Iwona Niewiadomska**, tel. 081 445-39-97
- **Instytutowi Psychologii Zdrowia w Warszawie** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Elżbieta Rachowska** tel. 022 863-87-38
- **Polskiemu Towarzystwu Zapobiegania Narkomanii w Katowicach** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Jolanta Fura, Małgorzata Polecińska**, tel. 032 603-84-26, 032 206-82-17, 0 880-433-668
- **Gdańskiej Wyższej Szkole Humanistycznej w Gdańsku** – na jedną edycję, kierownik programu: p. **Piotr Łapiński**, tel. 058 322-39-89

W zakresie instruktora:

- **Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych w Gdańsku** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Piotr Adamiak**, tel. 058 552-00-26
- **Katolickiemu Uniwersytetowi Lubelskiemu w Lublinie** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Iwona Niewiadomska**, tel. 081 445-39-97
- **Instytutowi Psychologii Zdrowia w Warszawie** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Elżbieta Rachowska** tel. 022 863-87-38
- **Polskiemu Towarzystwu Zapobiegania Narkomanii w Katowicach** – na dwie edycje szkolenia, kierownik programu: p. **Jolanta Fura, Małgorzata Polecińska**, tel. 032 603-84-26, 032 206-82-17, 0 880-433-668

Piotr Jabłoński
Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Warszawa, dnia 21 września 2006 roku