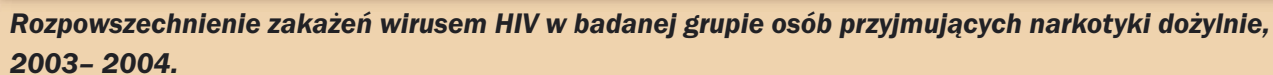




Nr 4 (35) 2006



Źródło: Sprawozdanie roczne EMCCDA 2006

Wielokrotnie na łamach Serwisu pisaliśmy o działalności Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie. Głównym zadaniem tej instytucji jest śledzenie trendów w rozwoju zjawiska używania narkotyków i narkomanii w Europie na podstawie danych przesyłanych corocznie przez krajowe centra informacji o narkotykach i narkomanii sieci REITOX.



Corocznie przygotowuje się raport na temat stanu zjawiska w Europie. Sprawozdanie Europejskiego Centrum opublikowano 23 listopada bieżącego roku w Brukseli. Raport zawiera dokładny opis zjawiska używania poszczególnych narkotyków (konopi indyjskich, kokainy oraz opiatów, a także amfetaminy, ekstazy i leków psychotropowych), koncentrując się na ich rozpowszechnieniu, wzorach używania, a także dostępności do leczenia. Ponadto raport poświęcony jest aspektom prawnym zjawiska; działaniom podejmowanym w odpowiedzi na problem narkotykowy; chorobom zakaźnym oraz zgonom spowodowanym narkotykami, a także monitorowaniu zjawiska politoksykomanii.

Więcej na ten temat w artykule Klaudii Palczak na stronie 39.

Spis treści

Gość Serwisu

Misja i przyszłość Grupy Pompidou – Rozmowa z Bobem Keizerem, przewodniczącym Stałych Korespondentów Grupy Pompidou w okresie od 2003 do 2006..... str. 4

Profilaktyka

Uczelnie wolne od uzależnień

Elżbieta Krawczyk str. 7

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych

Leczenie substytucyjne w polskim ustawodawstwie – Agnieszka Sejda str. 13

Metadon szansą na lepsze życie - komentarz praktyka

Dr Karina Steinbarth–Chmielewska str. 15

Używanie narkotyków a zaburzenia psychiczne – Agnieszka Kolbowska str. 16

Fentanyl – niebezpieczna „syntetyczna heroina” – Daniel Dudek str. 18

Konopie włókniste nie są narkotyczne – list do Redakcji

Henryk Burczyk, Lidia Grabowska str. 24

Ograniczanie podaży

Narkotyki w ruchu drogowym

Łukasz Jędruszek str. 25

Współpraca międzynarodowa

Polska prezydentura w Grupie Pompidou str. 28

Eksperci na szczycie – Klaudia Palczak, Łukasz Jędruszek, str. 29

ReLion na lubelszczyźnie – Elżbieta Seredyn, str. 32

ELDD - Europejska baza aktów prawnych dotyczących narkotyków

Piotr Rakowski str. 35

Badania, raporty

Stan problemu narkotyków i narkomanii w Europie

Klaudia Palczak str. 39

Społeczności lokalne, regiony

Integracja środowisk – Katarzyna Burda str. 45

Przed wszystkim profilaktyka – rozmowa z Anną Mroczek str. 47

Informacje, różne

Ankieta ewaluacyjnawkładka

Drodzy Czytelnicy,

Zapraszam do lektury ostatniego w tym roku numeru Serwisu i zapoznania się z działaniami Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na przełomie 2006 i 2007 roku. Koniec tego roku to okres spiętrzenia się bardzo wielu zadań. W obszarze współpracy międzynarodowej szczególne miejsce zajmują dwa wydarzenia. Pierwsze to Konferencja Unia Europejska – Federacja Rosyjska, która odbyła się w dniach od 13 do 14 listopada w Warszawie. W jej rezultacie eksperci z Unii i Rosji przygotowali swego rodzaju mapę drogową dla podjęcia współpracy w obszarze przeciwdziałania zarówno popytowi, jak i podaży narkotyków. Szerzej na temat konferencji i wniosków z niej płynących pisze w bieżącym numerze Serwisu Klaudia Palczak.

Aktywna rola Polski w międzynarodowych wysiłkach na rzecz redukcji problemów generowanych przez narkotyki została dostrzeżona i doceniona przez społeczność międzynarodową w postaci wyboru Ministra Zdrowia Polski na przewodniczącego Grupy Pompidou Rady Europy podczas Konferencji Ministerialnej Grupy w Strasbourgu w dniach od 27 do 28 listopada br. Grupa Pompidou jest instytucją umożliwiającą dialog międzynarodowy w obszarze narkotyków wychodzący daleko poza ramy formalne Unii Europejskiej. Beneficjentami tego dialogu są kraje europejskie pozostające z różnych względów poza strukturami Unii (np. Szwajcaria, Turcja, Rosja), jak i kraje pozaeuropejskie zainteresowane rozwojem skutecznych polityk antynarkotykowych na swoim terenie (Algieria, Tunezja, Maroko). O przyszłych zadaniach Polski w Grupie Pompidou oraz celach i zadaniach Grupy mówi w wywiadzie dla Serwisu Bob Keizer, Przewodniczący Stałych Korespondentów Grupy Pompidou w latach od 2003 do 2006.

Wśród działań krajowych szczególne miejsce zajmują obecnie dwie aktywności. Pierwszą z nich jest intensyfikacja realizacji programu Transition Facility, którego głównymi beneficjentami, w obszarze związanym z rozwojem opartych na wiedzy i dobrej praktyce polityk antynarkotykowych, stają się polskie gminy. Program ten jest projektem ambitnym, wymagającym zaangażowania wielu sił i środków, a jego efektem powinno być wzmocnienie roli funkcji gmin w skutecznym rozwiązywaniu problemów uzależnień występujących na ich terenie.

W samorządach również sporo się dzieje. Można się o tym przekonać, zapoznając się z artykułem Elżbiety Seredyn, opisującym wdrażanie francuskiego programu ReLION na Lubelszczyźnie oraz czytając rozmowę z Anną Mroczek na temat łódzkiej strategii zapobiegania narkomanii.

Kolejny obszar tematyczny, którym zajmuje się w ostatnim czasie Biuro, to konkurs ofert na rok 2007. Choć od pewnego czasu obserwujemy korzystny trend wzrostu zaangażowania finansowego w przeciwdziałanie uzależnieniom innych jednostek niż Krajowe Biuro, to jednakże ciągle środki uzyskane z poziomu centralnego stanowią istotny element procesu budowania budżetu. Często nawet niewielkie wsparcie Biura traktowane jest jak wiarygodna gwarancja merytoryczna na wykorzystania aplikujących o środki instytucji.

Biuro jest jednocześnie tą instytucją, która najszybciej rozstrzyga swoje procedury konkursowe, co zapewnia organizacjom dostęp do środków umożliwiających często przetrwanie do czasu otrzymania współfinansowania z innych źródeł.

Istotnym przedmiotem aktywności Biura w końcówce roku 2006 stała się też nowelizacja Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Szczególne znaczenie w tym procesie przywiązujemy do wprowadzenia zapisów umożliwiających Biuru dofinansowywanie szkoleń specjalistów w dziedzinie leczenia i rehabilitacji uzależnień od narkotyków oraz do poprawki korygującej niefortunny zapis powstały w toku licznych zmian tekstu Ustawy, nieoddający intencji ustawodawcy,

a zawężający kompetencje pełnomocnika gminy ds. przeciwdziałania narkomanii tylko do zadań związanych z pomocą społeczną. Dodatkowo przedmiotem nowelizacji jest objęcie wzmożoną kontrolą haszyszu oraz konopi indyjskich pochodzących z upraw genetycznie modyfikowanych.

Jednym z najważniejszych wydarzeń końcówki roku 2006 stają się dla nas wyniki badań generalnej populacji Polski w kontekście problematyki narkotyków i narkomanii. Bazując na tych badaniach, można wysnuć uprawnomocniony (oraz poparty innymi badaniami) wniosek o zahamowaniu w Polsce tempa wzrostu sięgania po substancje odurzające. W niektórych przypadkach można wręcz mówić o stabilizacji konsumpcji wybranych substancji.

Początek roku 2007 oznacza dla nas kontynuację większości naszych zadań. Jednakże pierwszy miesiąc poświęcimy prawdopodobnie na przygotowania do drugiego, dodatkowego, konkursu ofert na 2007 rok. Jego celem będzie uzupełnienie realizacji zadań strategicznych dla funkcjonowania systemu pomocowego w Polsce.

Współpraca międzynarodowa w 2007 roku zostanie zintensyfikowana poprzez realizację umowy bliźniaczej z Niemcami, w której pierwszym celem będzie rozwój kompetencji i współpracy z systemem lokalnych ekspertów zajmujących się monitorowaniem i analizą wojewódzkich scen narkotykowych. Drugim celem projektu jest pełne wprowadzenie w życie systemu, wymaganego przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie, jakim jest rejestrowanie potrzeb leczniczych osób uzależnionych i wymagających dostępu do świadczeń leczniczych. W tym numerze Serwisu przedstawiamy artykuł Piotra Rakowskiego, który przybliża strukturę i funkcjonowanie europejskiej bazy aktów prawnych, dotyczących narkotyków (European Legal Database on Drugs – ELDD).

Początek roku to również prace przygotowujące do olbrzymiej operacji, jaką jest coroczne opracowanie raportu o realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Program i raport z niego obejmuje informacje zaczerpnięte z ośmiu ministerstw, siedemnastu innych instytucji centralnych, oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, a także jednostek samorządowych szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego.

A co jeszcze w bieżącym numerze Serwisu? Zapraszam do zapoznania się z dwoma artykułami przedstawiającymi zagadnienia z zakresu ograniczania podaży – pierwszy z nich, artykuł Łukasza Jędruszaka, przybliża problematykę narkotyków w ruchu drogowym. Z kolei Daniel Dudek z Europolu akcentuje niebezpieczeństwo ze strony nowego, syntetycznego narkotyku – fentanylu, zwanego również syntetyczną heroiną. Nielegalny rynek narkotykowy z łatwością omija granice, więc musimy być przygotowani na to, że fentanyl pojawi się również w naszym kraju.

Zagrożeń i problemów do rozwiązania jest przed nami mnóstwo, jednak wierzę, że w Nowym Roku uda nam się skutecznie stawić im czoła, a co więcej, zrealizować wszystkie nasze cele i założenia. W Nowym Roku chciałbym życzyć Wszystkim Czytelnikom, Współpracownikom i Przyjaciołom Krajowego Biura:

- Zdrowia, zgodnie z postulatami Światowej Organizacji Zdrowia, w XXI wieku dla Wszystkich,
- Optymizmu, w oparciu o fakt, że jesteśmy w stanie wpływać na otaczającą nas rzeczywistość narkotykową,
- Wiary, że w badaniach nad rozmiarami problematyki używania substancji psychoaktywnych w Polsce jeszcze wiele lat będziemy obserwować tylko pozytywne trendy.

Piotr Jabłoński

Polskę, która w tym roku objęła przewodnictwo w Grupie Pompidou, czeka sporo zadań i wyzwań związanych z nową misją Grupy...

MISJA I PRZYSZŁOŚĆ GRUPY POMPIDOU

Rozmowa z Bobem Keizerem, przewodniczącym Stałych Korespondentów Grupy Pompidou w okresie od 2003 do 2006

Serwis Informacyjny
NARKOMANIA – *Jaka była sytuacja Grupy Pompidou, zanim objął Pan przewodnictwo Stałych Korespondentów?*

Bob Keizer – Grupa została założona w 1971 roku jako stowarzyszenie siedmiu europejskich krajów. Wcześniej nie było żadnej instytucji zajmującej się problematyką narkomanii. Od tego czasu Grupa Pompidou rozwinęła się – teraz jest organizacją 35 krajów członkowskich. W jej skład wchodzi wszystkie kraje europejskie, zarówno Zachodniej, jak i Wschodniej Europy. Przez długi czas było to jedyne ciało zajmujące się problemami narkomanii i w ciągu lat swojego istnienia Grupa podejmowała debaty związane z niemal wszystkimi aspektami polityki antynarkotykowej. Jednak stopniowo sytuacja zmieniała się, zwłaszcza w latach dziewięćdziesiątych. Unia Europejska była coraz bardziej zainteresowana tematyką narkotyków, podobnie jak rządy poszczególnych państw coraz częściej konfrontujące się z problemami narkomanii na własnym terytorium. Unia zaczęła inwestować znacznie większe pieniądze w działania antynarkotykowe. Ustanowione zostały EMCDDA w Lizbonie oraz HDG – grupa horyzontalna, zajmująca się problemami narkomanii w aspekcie polityki europejskiej. Kolejną nowością był fakt, że coraz więcej krajów wschodnioeuropejskich zaczęło przystępować do Unii Europejskiej. Te wszystkie zmiany sprawiły, że rola i zadania Grupy Pompidou stawały się coraz mniej jasne, zaczęły pokrywać się z rolami innych unijnych instytucji. Dlatego w końcu lat dziewięć-



dziesiątych przyszłość Grupy Pompidou stała pod znakiem zapytania.

Byłem stałym korespondentem Grupy od 1992 roku i miałem przekonanie, że to były dla tej instytucji bardzo złe zmiany – Grupa powoli przestała być rozpoznawalna i znacząca. Dlatego zgodziłem się zostać przewodniczącym Stałych Korespondentów i od początku objęcia tej funkcji moim głównym celem było przeformułowanie roli, funkcji i zadań Grupy Pompidou oraz reorganizacja jej struktury. W Holandii jest takie powiedzenie – „nieznajomego nikt nie kocha”. Tak właśnie można określić sytuację Grupy w 2003 roku, kiedy obejmowałem jej przewodnictwo. Wychodziłem z założenia, że jeżeli ludzie mają „pokochać” Grupę, muszą wiedzieć, czym dokładnie ona jest.

– Co w takim razie udało się zrobić w ciągu ostatnich trzech lat?

– Uważam, że zrobiliśmy bardzo dużo. Oczywiście nie dokonałem tego sam, ale wspólnie z innymi członkami i korespondentami Grupy. Pierwsza rzecz, którą zrobiliśmy, to uruchomienie programu ewaluacyjnego, na którego podstawie przygotowaliśmy wyczerpujący raport. Chciałbym podkreślić, że Grupa Pompidou jest jedyną znaną mi organizacją, która w ciągu ostatnich trzydziestu lat przeprowadziła ewaluację swojego funkcjonowania. Mieliśmy z tym sporo problemów, bo politycy nie chcieli udzielać jasnych, szczerych odpowiedzi, ale wyszliśmy z założenia, że aby efektywnie funkcjonować w przyszłości, musimy zadać proste pytania i otrzymać na nie odpowiedzi również wprost. W efekcie programu ewaluacyjnego otrzymaliśmy swoistą mapę struktury Grupy, jej funkcjonowania, efektywności i misji.

Z raportu wypłynął wniosek, że musimy na nowo zdefiniować misję Grupy jako ciała, które w przyszłości ma łączyć politykę, praktykę i naukę. Chcemy

rozwinąć dialog pomiędzy naukowcami i badaczami, praktykami i politykami – bo to dokładnie to, czego w dzisiejszej polityce europejskiej brakuje. Na przykład EMCDDA pracuje wyłącznie nad danymi statystycznymi i badaniami, ECDG zajmuje się polityką, WHO interesuje się jedynie problemami związanymi ze zdrowiem, z kolei Europol ograniczaniem podaży. Wszystkie te organizacje robią ważne rzeczy, ale fragmentarycznie. Nikt nie zajmuje się podstawowymi problemami: jak możemy sprawić, żeby polityka antynarkotykowa była bardziej efektywna, jak określić rolę naukowców w tym procesie. To jest właśnie rola Grupy Pompidou. Nie dotyczy wyłącznie polityki czy badań naukowych, ale dialogu pomiędzy głównymi graczami. Zakładamy, że będzie to otwarty, apolityczny dialog, że członkowie Grupy będą mogli wypowiedzieć swoje zdanie. A wszystko w tym celu, żeby ułatwić pracę praktykom – policjantom, pielęgniarkom, nauczycielom. Oni wszyscy potrzebują pomocy. My spotykamy się, jeździmy na konferencje, jemy kolacje, a ci ludzie muszą pracować i nie możemy o tym zapominać. Dlatego istnieje bezwzględna potrzeba istnienia takiej instytucji jak Grupa Pompidou.

– Czy została również zmieniona struktura i sposób pracy Grupy Pompidou?

– Tak, po ustaleniu naszej przyszłej misji nadszedł czas na kolejne działania, między innymi związane ze strukturą Grupy. Dotychczas praca Grupy polegała na spotkaniach stałych korespondentów z poszczególnych krajów. Spotkania były częste, jednak niezbyt efektywne. Co więcej, niektórzy z korespondentów orientowali się w problematyce narkotyków, jednak część, przysłana przez ministerstwa, nie miała o tym pojęcia. Nie pracował dobrze sekretariat Grupy, który także potrzebował naszych wskazówek. W związku z tym dokonaliśmy fundamentalnej reorganizacji struktury Grupy – kolokwialnie mówiąc, „przewróciliśmy całą organizację do góry nogami”.

Zorganizowaliśmy sześć grup roboczych, które pracują wspólnie z praktykami i naukowcami. To platformy poświęcone profilaktyce, lecniectwu, wymiarowi sprawiedliwości, urzędowi lotniczemu, etyce i badaniom naukowym.

Grupy mają za zadanie dostarczenie nam odpowiedzi na pytanie, co dzieje się w praktyce, jakie można

zidentyfikować problemy i co leży u ich podłoża, jakie działania rekomendują jako najważniejsze dla polityków. Teraz, po trzech latach, myślę, że wszyscy przyzwyczaili się do nowego stylu pracy w platformach. Grupą zarządza sześcioposobowe biuro, które koordynuje pracę platform.

Określiliśmy także na nowo zadania Stałych Korespondentów. Wcześniej byli oni reprezentantami swoich ministerstw i przekazywali oficjalne zdanie ministrów w różnych kwestiach. Teraz Stałych Korespondentów – polityków, również traktujemy jako profesjonalistów i zachęcamy do dzielenia się własnym doświadczeniem.

– Jak widzi Pan rolę Polski w nowej strukturze Grupy Pompidou?

– Polska była wiceprzewodniczącym Grupy Pompidou przez ostatnie trzy lata, więc pracowaliśmy wspólnie nad reorganizacją struktury Grupy. Polska miała ogromny udział w całym procesie. Jestem za to bardzo wdzięczny. Niektóre kraje w ogóle się w to nie włączyły. Aktywnie pomagała nam właśnie Polska, Francja i Wielka Brytania. A jeżeli chodzi o przyszłość – uważam, że jesteśmy dopiero w połowie drogi, jeżeli chodzi o budowanie nowego kształtu Grupy. Głównym zadaniem dla Polski będzie skonsolidowanie całego procesu zmian w ciągu następnych czterech lat oraz zagwarantowanie, że w następnych latach Grupa Pompidou będzie kontynuować pracę nad swoimi głównymi celami – konsolidowaniem dorobku i pracy naukowców, profesjonalistów, polityków i stwarzaniem warunków do otwartej debaty.

Nie udało mi się zrealizować wszystkich założeń, więc zadaniem dla Polski i Piotra Jabłońskiego jako przewodniczącego Stałych Korespondentów będzie sprostanie następnym wyzwaniom – kontynuowaniu tradycyjnej już roli Grupy jako pomostu między Wschodnią i Zachodnią Europą oraz stymulowaniu wymiany wiedzy i ludzi. Teraz mamy już 25 członków Unii Europejskiej, więc ta rola stała się mniej istotna, ale wciąż wierzę, że warto tworzyć pomost między zjednoczoną Europą a takimi krajami jak Rosja (która ma członkostwo w Grupie, ale wciąż jest tam wiele do zrobienia), Azerbejdżan czy cały region Afryki Północnej – Maroko, Tunezja, Algieria, ponieważ nikt na te kraje obecnie nie zwraca uwagi.

Kolejne zadanie, którego nie udało mi się zrealizować w całości, to lepsza koordynacja pracy różnych europejskich instytucji, powiązanych z działaniami antynarkotykowymi. Teraz nikt nie koordynuje na poziomie ogólnoeuropejskim działalności EMCDDA, WHO, Komisji Europejskiej, instytucji, które mają władzę i pieniądze. Uważam, że Grupa Pompidou powinna podjąć inicjatywę koordynowania prac tych wszystkich instytucji i wykonać to ponad politycznymi podziałami. Mam nadzieję, że Piotrowi Jabłońskiemu to się uda.

– Jakie zadania czekają Grupę Pompidou w najbliższym czasie?

- Wspomniałem już o jednym z najbliższych zadań
- organizowaniu platformy współpracy z krajami śródziemnomorskimi – Maroko, Tunezją i Algierią. Kolejna rzecz do zrobienia w najbliższym czasie to stworzenie platformy współpracy między agencjami
- takiej grupy roboczej, która koordynowałaby pracę instytucji europejskich, zaangażowanych w walkę z narkomanią.

Rozpoczęliśmy już prace nad projektem, który ma na celu stworzenie sieci instytucji, gromadzącej wiedzę i doświadczenia na poziomie lokalnym. Na listopadowej konferencji ministerialnej ogłosiliśmy też listę badań naukowych do zrealizowania. Nikt dotychczas nie stworzył kompletnego programu badawczego nad narkomanią w Europie, swoje analizy robią różne instytucje, ale nikt tego nie koordynuje, nikt nie wskazuje priorytetowych badań do wykonania.

Kolejne najbliższe zadanie to kontynuacja pracy w grupie roboczej poświęconej etyce, mającej na celu przyjrzenie się etycznemu wymiarowi wykonywania w miejscu pracy przymusowych testów na obecność narkotyków. Grupa przygotowała już raport na temat robienia testów narkotykowych w szkołach. Z raportu niezbieżnie wynika, że nie ma żadnych dowodów na efektywność i skuteczność wykonywania takich testów wśród uczniów. Co więcej, istnieją przesłanki do stwierdzenia, że przymusowe wykonywanie testów jest pogwałceniem podstawowych praw człowieka, w szczególności dzieci.

Następna rzecz to profilaktyka. Zorganizowaliśmy coroczne forum młodzieży, które ostatnio odbyło się w Wilnie. Prosimy młodych ludzi w wieku szesnastu

i siedemnastu lat z całej Europy o ich opinię na temat kampanii profilaktycznych i edukacyjnych. Zdanie tych młodych ludzi jest dla nas, polityków, cenną wskazówką.

– Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Katarzyna Burda

Grupa Pompidou – to Międzyrządowa

Grupa ds. Współpracy na rzecz Zwalczania Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami, powstała w 1971 r.

w celu rozwoju efektywnej polityki dotyczącej problemu nadużywania oraz przemytu narkotyków na terenie Europy.

Od 1980 r. Grupa działa w ramach Rady Europy. Obecnie w jej skład wchodzi 34 państwa europejskie.

Do głównych jej zadań należy m.in.:

- sprzyjanie tworzeniu uniwersalnego, niewiążącego forum dyskusyjnego dla decydentów politycznych oraz profesjonalistów zajmujących się rozwiązywaniem i badaniem problemu narkotyków i narkomanii,
- promowanie tworzenia kompleksowych strategii antynarkotykowych na poziomie krajowym, regionalnym oraz lokalnym,
- podnoszenie kwestii związanych z etyką i prawami człowieka w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień,
- usprawnianie systemu zbierania informacji oraz monitorowania nowych trendów zjawiska narkotyków i narkomanii,
- wypracowywanie kierunków działań adekwatnych do zaistniałych potrzeb,
- włączenie do współpracy krajów europejskich niebędących członkami Unii Europejskiej.

Badanie Krakowskie pozwoliło na oszacowanie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim. Jak się okazało, narkotyki wśród studentów to niemal codzienność...

UCZELNIE WOLNE OD UZALEŻNIEŃ

ELŻBIETA KRAWCZYK, KLINIKA TOKSYKOLOGII I CHORÓB ŚRODOWISKOWYCH, KATEDRA TOKSYKOLOGII KLINICZNEJ I ŚRODOWISKOWEJ UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO COLLEGIUM MEDICUM

Zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych nie zawsze było tematem publicznego zainteresowania w naszym kraju. Lata dziewięćdziesiąte ubiegłego stulecia przyniosły Polsce, oprócz pozytywnych zmian, również narastanie zjawisk niepożądanych. Nowy styl życia, w tym moda na różnego typu używki, stały się nieodłącznym elementem życia wielu młodych ludzi. Wzrost spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych dotyczy nie tylko polskiej młodzieży – nadużywanie środków odurzających stało się w ciągu ostatnich kilkunastu lat istotnym problemem na świecie. Do niedawna w świadomości opinii publicznej zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych dotyczyło marginesu społeczeństwa, osób z tzw. patologicznych, kryminogennych środowisk. Nieco później pojawiły się doniesienia o narkotykach wśród nastolatków – na podwórkach i w szkołach. Po narkotyki sięgają coraz młodszy ludzie. Te informacje nijako odwracają uwagę od zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych wśród osób dorosłych, w szczególności od młodych dorosłych, którzy teoretycznie dobrze funkcjonują w życiu społecznym, nierzadko pretendując do pełnienia istotnych ról społecznych – mam na myśli studentów.

W związku z narastającym zagrożeniem powstało wiele programów profilaktycznych przeprowadzanych już od początku szkoły podstawowej. Grupą dotychczas marginalnie traktowaną jest populacja studentów, którzy, z jednej strony są osobami dorosłymi, z drugiej zaś młodymi ludźmi wciąż podatnymi na różnego rodzaju zachowania ryzykowne.

Ogólnopolska Akcja Antynarkotykowa

Pierwsze ogólnopolskie badania dotyczące używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych „Studenci 2000” przeprowadził w 2000 roku Instytut Psychologii Zdrowia [2]. Wyniki zwróciły uwagę na studentów jako grupę, której zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych nie jest obce. W 2001 roku w Belwederze odbyła się uroczysta inauguracja programu Ogólnopolskiej Akcji Antynarkotykowej „Uczelnie Wolne od Narkotyków”, pod patronatem minister Barbary Labudy. Akcja zakłada współpracę między wieloma organizacjami i przedstawicielami władz uczelni w działaniach diagnostycznych i profilaktycznych, mających na celu ograniczenie zjawiska narkomanii na uczelniach. W ramach Akcji w 2004 roku przeprowadzono badania mające na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez studentów substancji psychoaktywnych, ale również próbę identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska.

Wyniki tych badań pokazały, że z narkotykami miało kontakt aż 41% studentów publicznych i niepaństwowych uczelni. Ponad 1/5 badanych przyznała, że sięgali po narkotyki w ciągu ostatniego roku, a blisko 12%, iż w ciągu ostatniego miesiąca. Największym rozpowszechnieniem w okresie studiowania cieszyła się marihuana/haszysz, zaś w drugiej kolejności amfetamina. [6]

23 lutego 2005 roku w Belwederze powołany został Komitet Sterujący akcją „Uczelnie Wolne od Narkotyków” złożony z przedstawicieli uczelni mających doświadczenie w działaniach przeciwdziałających uzależnieniom. Wkrótce potem zmieniono nazwę przedsięwzięcia na „Ogólnopolską Sieć Uczelni Wol-

nych od Uzależnień”. Do projektu przystąpiło ponad 120 uczelni z całej Polski. W ramach Komitetu Sterującego działa Sekretariat Merytoryczny i Sekretariat Informatyczny programu.

Komitetowi przewodniczy obecnie Katolicki Uniwersytet Lubelski. „Ogólnopolska Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień” wspierana jest przez Kancelarię Prezydenta RP oraz KRASP. W kwietniu 2005 roku w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Komitet Sterujący odbył pierwsze spotkanie, podczas którego dokonany został podział obowiązków pomiędzy poszczególne uczelnie. Spotkania Komitetu mają charakter cykliczny. Jednym z zadań Komitetu jest diagnoza zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim. Ze względu na wcześniejsze, opisane poniżej doświadczenie, odpowiedzialność za badania przypadła Uniwersytetowi Jagiellońskiemu.

Badania Krakowskie

Za: Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.: *The drug free Universities – trends in illicit drug use among the Kraków's students*. [4]

Obecność problemu w środowisku akademickim, przy jednoczesnym braku odpowiednich działań profilaktycznych, skłoniła władze krakowskich uczelni do podjęcia decyzji zmierzających do zidentyfikowania rozmiaru i przeciwdziałania rozpowszechnianiu się zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród społeczności akademickiej w Krakowie. W październiku 2004 roku Collegium Rektorów krakowskich szkół wyższych zainicjowało akcję przeciwdziałania uzależnieniom wśród studentów. Jednostką, która podjęła się tych działań, była Katedra Toksykologii Klinicznej i Środowiskowej CM UJ kierowana przez prof. dr hab. n. med. Janusza Pacha. W ramach podjętych działań na krakowskich uczelniach przeprowadzono wykłady o charakterze profilaktycznym dla studentów pierwszego roku. Wykład prowadzony

Tabela 1. Struktura badanych ze względu na rodzaj studiów.

Psychologiczne %	Medyczne %	Sportowe %	Artystyczne %	Pedagogiczne %
19,6	30,9	36	4,7	8,8

przez Konsultanta Krajowego ds. toksykologii klinicznej, prof. Janusza Pacha, połączony był z badaniem ankietowym mającym na celu oszacowanie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą anonimowej ankiety udostępnionej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W badaniu pytano o dostępność substancji psychoaktywnych, doświadczenia i gotowość do ich zażywania oraz osobiste przekonania. Badanie zostało przeprowadzone na próbie 725 studentów pierwszego roku sześciu krakowskich szkół wyższych, w większości studiów dziennych.

Wyniki badań w Krakowie

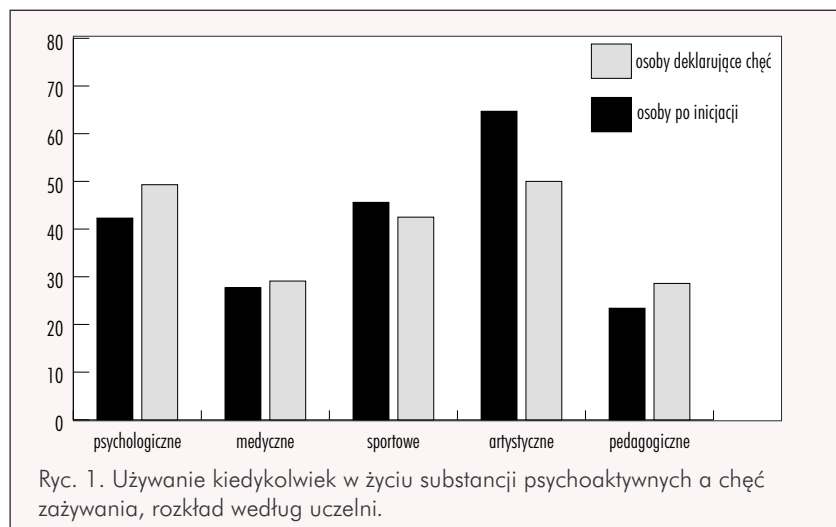
Wyniki pokazały, że 83,6% studentów wyższych uczelni krakowskich zetknęło się z zażywaniem środków odurzających wśród studentów, zaś 61,9% orzekło, że na zdobycie narkotyku potrzebuje mniej niż jeden dzień. 38,3% studentów ma za sobą inicjację narkotykową (Tabela 2.). Najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem wśród studentów pierwszych lat studiów krakowskich uczelni okazały się przetwory

Tabela 2. Odsetek studentów zażywających substancje psychoaktywne kiedykolwiek w życiu.

	% w stosunku do wszystkich badanych (n = 725)
Zażywał marihuanę	32,6
Zażywał haszysz	14,1
Zażywał amfetaminę	7,9
Zażywał środki nasenne i uspokajające bez przepisu lekarza	6,9
Zażywał grzyby halucynogenne	3,4
Zażywał ecstazy	3,3
Zażywał LSD	2,5
Zażywał kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wzięwe	1,1
Zażywał kokainę	0,8
Zażywał sterydy anaboliczne	0,6
Zażywał cracka	0,3
Zażywał heroinę	0
Zażywał tzw. polską heroinę, kompot	0
Ogółem zażywający narkotyki	38,3%

konopi indyjskich. 32,6% respondentów chociaż raz w życiu paliło marihuanę. Drugą, pod względem powszechności zażywania, substancją była amfetamina, do zażycia której przyznało się 7,9% badanych. 6,9%

substancje psychoaktywne, z wyłączeniem alkoholu, w miesiącu poprzedzającym badanie. W tym okresie, podobnie jak kiedykolwiek w życiu, najczęściej używanym narkotykiem była marihuana zażywana



respondentów zażywało leki nasenne i uspokajające bez przepisu lekarza. Pozostałe substancje odurzające były zdecydowanie mniej popularne (Tabela 2.). Żaden z badanych nie zażywał heroiny.

Istotne różnice obserwujemy w liczbie osób mających za sobą inicjację narkotykową wśród studentów poszczególnych uczelni (Ryc. 1.). Najwyższy odsetek studentów, którzy zażywali narkotyki i/lub leki kiedykolwiek w życiu, notujemy na uczelniach artystycznych, najniższy na medycznych i pedagogicznych. Interesujące wnioski możemy wyciągnąć z zestawienia danych na temat liczby osób mających za sobą inicjację z ilością osób deklarujących chęć spróbowania narkotyku. Na uczelniach, gdzie liczba osób po inicjacji narkotykowej jest niższa, więcej badanych deklaruje chęć spróbowania jakiegoś narkotyku, zaś tam, gdzie odsetek osób mających inicjację jest wyższy, chęć zażywania jest mniejsza (Ryc. 1.). Informacja ta, w powiązaniu z danymi o dostępności narkotyków, może sugerować niebezpieczeństwo zwiększenia liczby studentów sięgających po narkotyki.

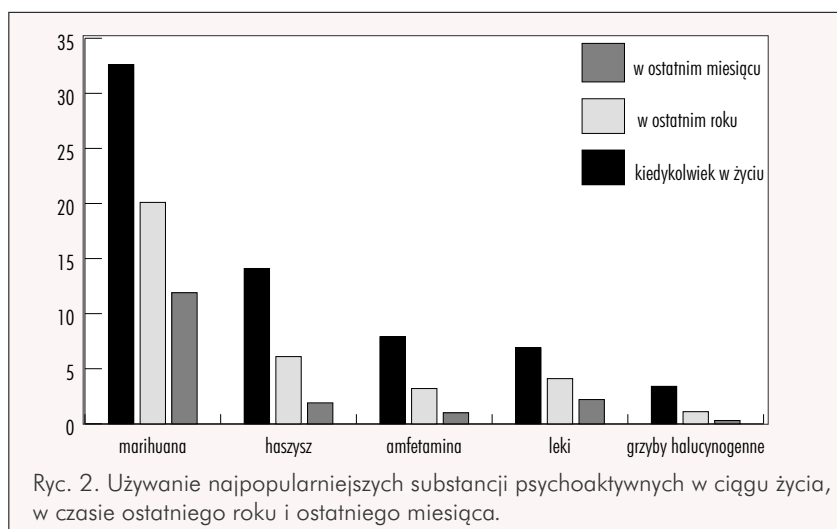
W związku z tym, że badani byli studentami pierwszego roku interesującym było poznanie liczby osób zażywających

przez 11,9% studentów. Znacząco spadł odsetek osób sięgających w ostatnim miesiącu po amfetaminę (1,0%) w zamian, drugą pozycję, pod względem powszechności stosowania, zajmowały środki nasenne i uspokajające (2,2%). Świadczy to o wzroście zainteresowania młodych ludzi substancjami legalnymi zażywanych w celach lub dawkach innych niż zalecane przez lekarza. Rycina druga przedstawia odsetek studentów zażywających najczęściej wskazywane substancje w ciągu ostatniego roku, miesiąca oraz, dla porównania, odsetek

studentów mających za sobą inicjację narkotykową/lekową.

Studenci krakowskich uczelni wskazują na ciekawość doznań, jakie dany narkotyk wywołuje, jako główny powód pierwszorazowego sięgnięcia po substancje psychoaktywne (89,2%). Późniejsze używanie środków odurzających najczęściej dyktowane jest potrzebą odczuwania przyjemności (72,4%) i odprężenia (55%).

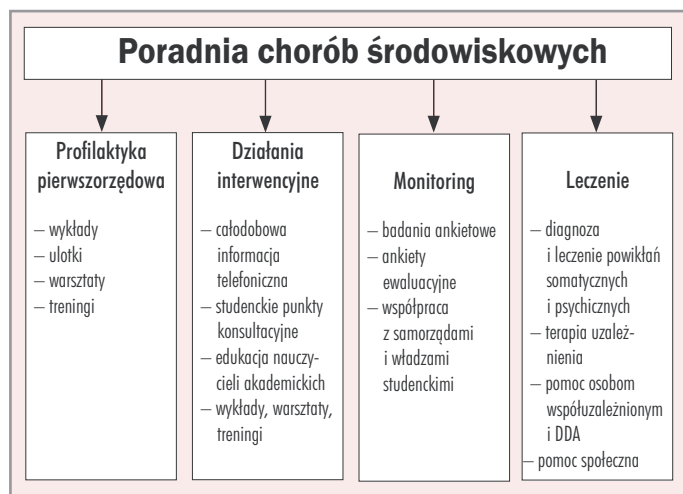
Najczęściej wskazywaną okolicznością sięgania po środki psychoaktywne są prywatki i wyjazdy ze znajomymi. Niepokojącym zjawiskiem jest sposób inicjacji narkotykowej, do której dochodzi najczęściej



w wyniku częstowania przez znajomego, podczas spotkań towarzyskich.

Profilaktyka wśród studentów

Wyniki przeprowadzonego w Krakowie badania wskazały na potrzebę wprowadzenia na uczelniach wyższych działań profilaktycznych. Ośrodkiem zajmującym się problemem uzależnień wśród studentów Krakowa była nowo powstała Poradnia Chorób Środowiskowych dla Szkół Wyższych Szpitala Uniwersyteckiego CM UJ w Krakowie przy współpracy z Kliniką Toksykologii CM UJ. Stworzono Krakowski Model Przeciwdziałania Uzależnieniom wśród studentów [1], którego schemat przedstawiał się następująco:



Prowadzono wykłady, przygotowano ofertę konsultacyjno-terapeutyczną dla osób uzależnionych, współuzależnionych i zagrożonych uzależnieniem. Działa całodobowa informacja telefoniczna. Przepro-

wadzono również badanie ewaluacyjne wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Badanie ewaluacyjne CM UJ

Za: Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Krawczyk E., Satora L., Brzyski P., Morawska J., Ogonowska D.: „Zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów medycyny, badanie ewaluacyjne” [5]

Celem badania ewaluacyjnego była ocena zasięgu i wzorów zażywania substancji psychoaktywnych po roku studiowania. W październiku 2004, w akcji Badania Krakowskie, przebadano grupę studentów pierwszego roku Wydziału Lekarskiego CM UJ (173 osoby). Badania tej samej próby powtórzono w grudniu 2005. Grupa była mniej liczna (61 osób), jednakowoż nie zaobserwowano istotnych zmian pod względem różnic demograficznych.

Badanie wskazało, że badani, będący studentami już drugiego roku studiów medycznych, rzadziej sięgali po środki odurzające w ostatnim roku niż w roku poprzedzającym pierwsze badanie. W roku poprzedzającym pierwsze badanie do zażywania substancji odurzających (z wyłączeniem alkoholu) przyznało się 17,9% badanych. W roku poprzedzającym drugie badanie po substancje odurzające sięgnęło 13,1% studentów.

Spadek odsetka osób zażywających substancje odurzające w ostatnim roku odnosi się zarówno do leków jak i środków narkotycznych. Wyjątek stanowi amfetamina – odsetek osób zażywających

ten narkotyk wzrósł nieco w ostatnim roku. Wskazane różnice nie są jednak istotne statystycznie. Z badania wynika także, że w okresie ostatniego roku nie zażywano środków, które nie były zażywane uprzednio. Rozkład badanych zażywających poszczególne substancje przedstawia Tabela 3.

W miesiącu poprzedzającym drugie badanie, użycie jakiegokolwiek środka poza alkoholem i tytoniem deklaruje 4,9% badanych. Na to samo pytanie zadane rok wcześniej, twierdząco odpowiedziało 5,2% respondentów.

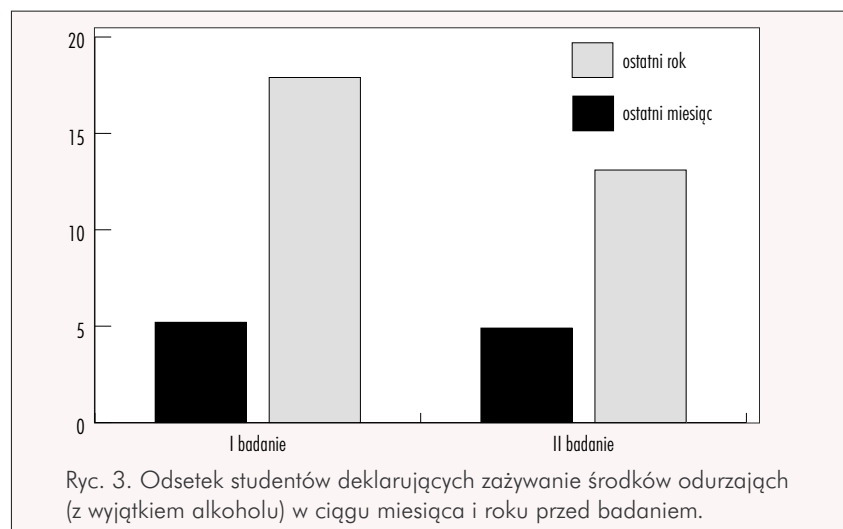


Tabela 3. Rozkład zażywających poszczególne substancje w ciągu ostatniego roku przed badaniem

	I badanie %	II badanie %
leki nasenne i uspokajające bez przepisu lekarza	4,0	3,3
marihuana	17,0	11,5
haszysz	1,2	0
amfetamina	1,2	1,6
ecstasy	0,6	0
grzyby halucynogenne	0,6	0

W okresie ostatniego miesiąca, studenci drugiego roku przyznają się do zażycia dwóch substancji odurzających – marihuany i leków. W miesiącu poprzedzającym pierwsze, studenci sięgali poza marihuanę i lekami także po amfetaminę, haszysz i grzyby halucynogenne. Istotny statystycznie okazał się wzrost odsetka osób sięgających po leki uspokajające i nasenne zażywanych bez przepisu lekarza. O ile w badaniu pierwszym żaden z respondentów, w okresie miesiąca przed badaniem, nie zażywał tych leków, o tyle w badaniu ewaluacyjnym do przyjmowania tych środków przyznaje się 3,3% studentów.

Właściwie nie odnotowaliśmy różnic w odpowiedziach na pytanie *Powody sięgania po substancje psychoaktywne*. Najczęściej wskazywanymi przyczynami były: przyjemność, odprężenie, chęć przeżycia czegoś niezwykłego. Interesującym jest, że w drugim badaniu nikt nie wskazał na powód sięgania po substancje psychoaktywne jako sposobu na ułatwienie sobie kontaktów z ludźmi (w pierwszym badaniu na ten powód wskazało 15% respondentów). Równie ciekawy wydaje się nieznaczny wzrost odsetka osób wskazujących substancje odurzające jako sposób na nudę i zapomnienie o problemach.

Warty zaznaczenia jest fakt, że znacznie wzrósł odsetek studentów, którzy spotkali się z propozycją wzięcia narkotyków. Jak wynika z pierwszego badania, z taką propozycją zetknął się co trzeci student. W drugim badaniu 77% respondentów przyznaje, że dostało propozycję wzięcia narkotyku.

Warto zaznaczyć, że aktualnie trwają prace nad powtórny, trzecim już, badaniem tej samej grupy studentów. Program zakłada podłużne badanie zja-

wiska zażywania substancji psychoaktywnych wśród studentów medycyny.

Jak wspomniano powyżej, zadaniem Uniwersytetu Jagiellońskiego było przygotowanie i koordynowanie ogólnopolskiego badania mającego na celu oszacowanie zasięgu zjawiska zażywania oraz poznanie wzorów i okoliczności sięgania po substancje psychoaktywne przez studentów. W tym celu, po licznych konsultacjach wewnątrz Sieci, stworzono ankietę zawierającą pytania o rodzaj, częstość i okoliczności zażywania substancji psychoaktywnych, postaw wobec nich oraz czynniki predysponujące i chroniące przed zażywaniem. Ankieta, poza pytaniami o narkotyki, została poszerzona o szersze spektrum leków zażywanych bez wskazań medycznych oraz alkohol. Badanie pilotażowe przeprowadzone zostało na uczelni w Nowym Sączu przez zespół krakowski, przy współpracy władz uczelni, na której realizowano badanie.

Badania Nowosądeckie

Za: Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Chodorowski Z., Krawczyk E., Satora L., Brzyski P., Sein Anand J., Ogonowska D., Morawska J.: „Używanie substancji psychoaktywnych wśród studentów w Nowym Sączu”[3]

W badaniu wzięło udział 849 studentów pierwszego roku studentów uczelni w Nowym Sączu.

Blisko 3/4 studentów zauważa istnienie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku akademickim. Blisko co trzeci z badanych uważa, że stanowi ono poważny problem. Co trzeci z badanych deklaruje ochotę na spróbowanie narkotyku, a co czwarty otrzymał w ostatnim półroczu propozycję zażycia narkotyku.

95,4% badanych zażywało jakiejkolwiek substancje psychoaktywne w przeszłości. 32,8% respondentów ma za sobą inicjację narkotykową i/lub lekową. Najwięcej studentów sięgało po substancje zawierające THC oraz leki zażywane w celu i/lub dawce innej niż zalecana. Najczęściej sięgano po leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, następnie przeciwbólowe wydawane na receptę, leki nasenne i uspokajające oraz leki pobudzające, przeciwkaszłowe (Tabela 4.).

W okresie studiowania 86,8% badanych przyznaje się do picia piwa, 56,1% wina, a 71,4% wódki, 34% badanych paliło papierosy. Większość badanych wypija

Tabela 4. Odsetek studentów zażywających poszczególne substancje psychoaktywne kiedykolwiek w życiu

Substancja psychoaktywna	% całości
cokolwiek	95,4
alkohol	94,8
tytoń	51,9
narkotyki, leki	32,8
marihuana/ haszysz	16,8
ecstasy	3,4
LSD	1,3
grzyby halucynogenne	2,6
leki nasenne i uspokajające, bez wyraźnego wskazania lekarskiego i/lub w dawce większej niż zalecana	6,2
leki przeciwbólowe dostępne na receptę bez wskazań medycznych i/lub w dawce większej niż zalecana	7,7
leki przeciwbólowe dostępne bez recepty w celu i/lub dawce innej niż zalecana.	13,6
inne leki (przeciwkaszlowe, pobudzające) w celu i/lub dawce innej niż zalecana	4,8
substancje wziewne (kleje, rozpuszczalniki, gaz)	1,3
heroina– brown sugar	1,3
heroina– kompot	0,9
kokaina	1,7
crack	1,0
amfetamina	3,9
bieluć	0,9
sterydy anaboliczne	0,6

jednorazowo jedno piwo, co trzeci z badanych pije od dwóch do trzech piw, co trzynasty pięć piw i więcej. W przypadku wina, największy odsetek wypija jednorazowo jedną lampkę wina. Natomiast co trzeci student wypija przy jednej okazji więcej niż 250 gram wódki – jest to najczęściej wskazywana ilość wypijanego przy jednej okazji alkoholu wysokoprocentowego.

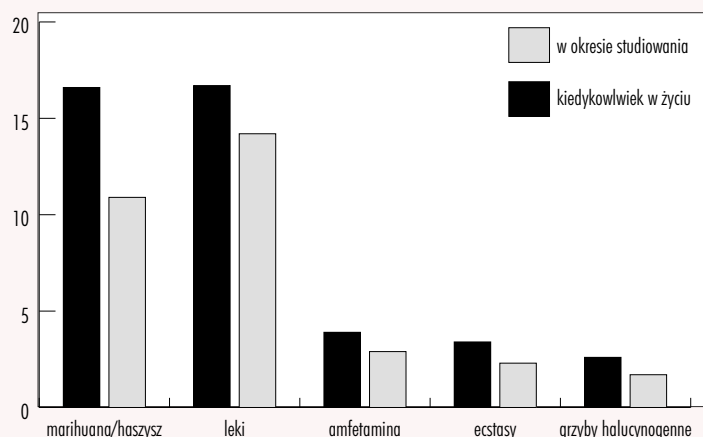
Do zażywania substancji psychoaktywnych, poza alkoholem i tytoniem, w okresie studiowania, przyznaje się 23,7% badanych. Zarówno kiedykolwiek w życiu, jak i w okresie studiowania substancją odurzającą (poza alkoholem), do zażycia której przyznało się najwięcej badanych studentów, były leki oraz substancje zawierające tetrahydrokannabinol (THC) (Rycina 4.). W okre-

sie studiowania leki zażywane bez wskazań medycznych okazały się zdecydowanie najczęściej zażywaną substancją psychoaktywną (z wyłączeniem alkoholu i tytoniu). Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że zarówno wyniki tego badania jak i badania ewaluacyjnego wśród studentów medycyny sugerują wzrost popularności leków jako środka zażywanego w celu zmiany stanu emocjonalnego czy stanu świadomości.

Głównymi przyczynami sięgania po substancje były: chęć zabawy (44%), relaks (33%) oraz chęć zapomnienia o problemach (18%). Najczęściej wskazywanym powodem decyzji o niezażywaniu jest troska o zdrowie i niezgoda wynikająca z zasad moralno–etycznych. Większość studentów opowiada się za potrzebą przeprowadzania akcji profilaktycznej na uczelni, wskazując na potrzebę dostępności informacji o terapii i prowadzenie warsztatów wzmacniających zasoby chroniące przed uzależnieniem jako główne działania profilaktyczne. Zaledwie 3,1% badanych jest zdania, że uczelnia nie powinna podejmować żadnych kroków w celu ograniczania spożywania substancji psychoaktywnych w środowisku akademickim.

Programy dostosowane do potrzeb

Podstawowym problemem realizacji wspólnego, opracowywanego przez Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień, modelu profilaktyki jest brak dofinansowania programów profilaktycznych. Trudnością jest również dotarcie z informacjami do kadry naukowo–



Ryc. 4. Używanie najpopularniejszych substancji w ciągu życia badanych i w okresie studiowania.

dydaktycznej, wśród której brak świadomości dotyczącej rozumienia uzależnienia jako choroby, którą można i należy leczyć.

Powyższe badania wskazują na zróżnicowanie w powszechności i obrazie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych wśród studentów różnych uczelni i kierunków. Stworzenie adekwatnych programów opierać się musi na rzetelnej diagnozie zjawiska zarówno w wymiarze epidemiologicznym jak i potrzeb zgłaszanych przez poszczególne środowiska studenckie. Pod koniec 2005 roku ośrodek krakowski udostępnił ankietę wszystkim uczelniom działającym w ramach Sieci Uczelni Wolnych od Uzależnień, zgłaszającym chęć udziału w ogólnopolskich badaniach. Na poszczególnych uczelniach, osoby odpowiedzialne za projekt badawczy, przeprowadziły badanie, a następnie wyniki przesłane zostały do ośrodka krakowskiego. Aktualnie wyniki są opracowywane i przygotowywane do publikacji.

Bibliografia:

1. Krawczyk E., Kroch S., Satora L., *Krakowski model przeciwdziałania uzależnieniom wśród studentów*. Przegl. Lek. 2005. 62. 6, 339.
2. Mellibruda J., Nikodemowska S., Fronczyk K., *Używanie i nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez polskich studentów*. Med Wieku Rozwoj, 2003, VII, 1; 135–55.
3. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Chodorowski Z. et al., „Używanie substancji psychoaktywnych przez studentów w Nowym Sączu” Przegl. Lek. 2006. 63. 6, 385.
4. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P. et al., *The drug free Universities – trends in illicit drug use among the Kraków's students*. Przegl. Lek. 2005. 62. 6, 342. English.
5. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Krawczyk E. et al., „Zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów medycyny, badanie ewaluacyjne” Przegl. Lek. 2006. 63. 6, 393.
6. Sierosławski J., *Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów STUDENCI 2004*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2004. <http://www.narkomania.gov.pl>.

Dzięki nowym regulacjom prawnym programy substytucyjne mogą stać się bardziej dostępne dla pacjentów. Dotychczas na możliwość przystąpienia do tego typu programu osoby uzależnione od opiatów czekały nawet dwa, trzy lata...

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE w polskim ustawodawstwie

AGNIESZKA SEJDA, KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Leczenie substytucyjne, będące jedną z form opieki medycznej dla osób uzależnionych, zaliczane jest do kategorii programów redukcji szkód zdrowotnych mających na celu poprawę stanu zdrowia osoby uzależnionej, readaptację społeczną oraz ograniczenie liczby zakażeń HIV, HCV, HBV wśród osób uzależnionych od opiatów przyjmowanych głównie drogą dożylną.

Do leczenia substytucyjnego osoby uzależnionej wykorzystuje się podobną lub identyczną substancję o działaniu i właściwościach podobnych do narkotyku, który spowodował uzależnienie, zwanym agonistą. Ma to na celu osiągnięcie bardziej kontrolowanej formy uzależnienia. Środek przyjmowany pod kontrolą lekarza, w odpowiednich dawkach, redukuje głód psychiczny opiatów.¹ W Polsce lekiem stosowanym w terapii substytucyjnej jest metadon.

Regulacje prawne

Warunki realizacji programów reguluje Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 z dnia 19.09.2005 r., poz. 1485 z późn. zm.) oraz do czasu wydania aktów wykonawczych na mocy art. 27 ust. 7 Ustawy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. Nr 77, poz. 873) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 maja 2004 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. Nr 128, poz. 1349) wydane na podstawie Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75, poz. 468, z późn. zm.)

Do roku 2005, czyli do czasu wejścia w życie nowej ustawy, leczenie substytucyjne mogły prowadzić wyłącznie publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Obecnie uprawnienia takie posiadają również niepubliczne zoz-y, których organami założycielskimi są najczęściej organizacje pozarządowe. Wiele publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej poszukuje nowych rozwiązań umożliwiających rozszerzenie dotychczasowej oferty leczniczej. Programy leczenia substytucyjnego umożliwiają stworzenie takiej oferty. Tu należy podkreślić, że takiej oferty, do której obecnie dostęp jest utrudniony.

W Polsce leczeniem substytucyjnym objętych jest około 1000 osób w ramach dwunastu programów realizowanych w zoz oraz trzech w zakładach karnych (realizowanych w pięciu placówkach). Zaspokaja to potrzeby tylko w niewielkim zakresie, o czym świadczy między innymi czas. Pacjenci oczekują dość długo na zakwalifikowanie do udziału w programie. Na przykład w województwie śląskim czy mazowieckim okres oczekiwania wynosi od 2 do 3 lat.

Warunki uruchomienia programu

Warunkiem uruchomienia programu jest uzyskanie przez zakład opieki zdrowotnej zezwolenia wojewody wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zakłady opieki zdrowotnej znajdujące się przy zakładach penitencjarnych w celu uzyskania zezwolenia na prowadzenie leczenia substytucyjnego muszą zwrócić się do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, który również ma obowiązek zasięgnąć opinii dyrektora Biura na temat programu.

Dyrektor Biura może wydać opinię na temat programu nie tylko na wniosek wojewody, ale także dyrektora zoz-u, który planuje ubiegać się o zgodę wojewody na jego realizację. W takim wypadku opinię przesyła się do wojewody, a także do wiadomości placówki, która zwróciła się o jej sporządzenie.

Organem opiniodawczo-doradczym dyrektora Biura w zakresie oceny programów jest powołany w listopadzie 2005 roku Zespół do Spraw Opiniowania Programów Leczenia Substytucyjnego, w skład którego wchodzi psychiatrzy posiadający wieloletnie doświadczenie w leczeniu osób uzależnionych, spe-

cialista terapii uzależnień oraz zastępca dyrektora Biura. W celu ujednolicenia procedury na stronie internetowej Biura (www.kbpn.gov.pl) zamieszczono obowiązujący wzór wniosku o wydanie opinii na temat programu leczenia substytucyjnego.

Zakład ubiegający się o zezwolenie na prowadzenie leczenia substytucyjnego powinien spełniać następujące warunki:

1. Posiadać aptekę szpitalną lub umowę z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny.
2. Posiadać pomieszczenia przystosowane do:
 - a. wydawania środka substytucyjnego,
 - b. prowadzenia terapii grupowej,
 - c. pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego,
 - d. pobierania próbek do analizy,
 - e. przechowywania i przygotowania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieupoważnionych.
3. Zapewnić pacjentowi udział w zajęciach psycho-terapeutycznych i rehabilitacyjnych w wymiarze 2 godzin tygodniowo oraz prowadzić współpracę z rodzinami pacjentów.

Ponadto, istotnym elementem oceny programu są kwalifikacje zespołu realizatorów, w szczególności kierownika programu oraz pielęgniarek i pracowników pomocniczych, którzy powinni posiadać doświadczenie oraz przygotowanie zawodowe zgodne z obowiązującymi wymogami.

Wymienione na wstępie akty wykonawcze określają również szczegółowe zasady realizacji programu w zakresie obrotu i przechowywania środka substytucyjnego oraz warunków i zasad wydawania środka, których niespełnienie, podobnie jak wymienionych wcześniej, może być podstawą do cofnięcia zezwolenia.

Pacjenci w programie metadonowym

Te same akty prawne nakładają również na pacjenta określone wymogi, od których uzależniony jest jego udział w programie. Przede wszystkim, osoba taka powinna mieć ukończone 18 lat, wcześniej granica wieku wynosiła 21 lat. Zapis ten został zmieniony w roku 2004 na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 maja 2004 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. Nr 128, poz. 1349). Dodatkowym warunkiem kwalifikacji jest

okres uzależnienia (minimum 3 lata) oraz wcześniejsze podejmowanie prób leczenia konwencjonalnymi metodami, które okazały się nieskuteczne, a także wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym rozporządzeniem.

Dopuszcza się odstępstwo od spełniania tych warunków, jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne. Decyzję taką podejmuje kierownik programu. Pacjent może zostać wykluczony z programu, jeżeli nie spełnia obowiązujących zasad dotyczących

w szczególności abstynencji narkotykowej lub odmowy poddania się badaniu w tym zakresie.

Obecnie w trakcie procedury opiniującej znajdują się dwa kolejne programy, które wpłynęły do Biura. Wzmoczone zainteresowanie tego typu ofertą leczniczą pozwala mieć nadzieję, że w najbliższych miesiącach będzie ich przybywać.

¹Ferster A., Buning E. „Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów”, Warszawa 2004, s.19.

Komentarz praktyka

METADON SZANSĄ NA LEPSZE ŻYCIE

DR KARINA STEINBARTH-CHMIELEWSKA – ORDYNATOR
ODDZIAŁU DETOKSYKACYJNEGO DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH
OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH, KIEROWNIK
PROGRAMU METADONOWEGO W INSTYTUCIE PSYCHIATRII
I NEUROLOGII W WARSZAWIE

W ciągu ostatnich dziesięciu lat funkcjonowania programów metadonowych w Polsce w publicznych zakładach opieki zdrowotnej udało się uruchomić zaledwie dziesięć programów. To znikoma liczba nie tylko w świetle potrzeb pacjentów, ale także w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej, USA czy Australią. Umożliwienie prowadzenia programów metadonowych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej należy więc uznać za bardzo ważną decyzję.

Niezwykle istotnym aspektem sprawy jest kontrola tego typu programów. Warunkiem powstania terapii metadonowej w niepublicznym ZOZ musi być finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Program taki musi mieć zabezpieczenia ze strony NFZ, zgodę wojewody, wykwalifikowaną kadrę, wreszcie odpowiednie warunki i zabezpieczenia do przechowywania narkotyku. Metadon to narkotyk, który wciąż znajduje popyt na nielegalnym rynku. Przy dobrym funkcjonowaniu programów metadonowych oraz ich dostępności dla pacjentów spełniających kryteria kwalifikacyjne popyt ten powinien być niewielki.

Wszystkie elementy kontroli mają służyć zagwarantowaniu między innymi płynności prowadzenia programu. Metadonu dla pacjentów nie może nagle zabraknąć, bo przyjmowania tego narkotyku nie można z dnia na

dzień przerwać. Programy metadonowe nie powinny ograniczać się wyłącznie do rozdawnictwa narkotyku. Muszą mieć spójny, merytoryczny program, obejmujący pacjenta pełną opieką medyczną i psychologiczną oraz zespół pracowników, który będzie go realizował.

Oczywiście nie można zapominać o tym, że programy metadonowe nie rozwiążą całkowicie problemu narkomanii. Są ofertą wyłącznie dla uzależnionych od opiatów. Obecnie grupa przyjmujących opiaty powoli maleje w stosunku do poprzednich lat, a wzrasta używanie stymulantów i środków halucynogennych.

Wokół metadonu narosło wiele kontrowersji, jednak nie można zaprzeczyć faktowi, że często jest to leczenie ratujące życie. Narkomania jest chorobą nieuleczalną, powodującą wiele powikłań. Metadon w znacznej mierze rozwiązuje te problemy. Często opór powodowany jest przez chęć uznania narkomanii za chorobę, którą można uleczyć i przywrócić byłego narkomana społeczeństwu. To utopia. Ograniczając dostęp do metadonu, robimy pacjentom krzywdę, bo dzięki niemu mogliby oni lepiej funkcjonować pod względem zdrowia psychicznego i fizycznego, nie zarażać się takimi chorobami jak HIV i HCV. Błędem jest także myślenie, że to leczenie zakładające przyjmowanie leku (narkotyku) do końca życia. Często jest ono etapem prowadzącym do całkowitej abstynencji. Jednak istnieje grupa osób uzależnionych, która nie potrafi bez narkotyków żyć – dla nich brak dostępu do terapii metadonowej to odebranie szansy na lepszą egzystencję, zmuszanie ich do bycia poza prawem.

Zaburzenia psychiczne współwystępujące z uzależnieniem to zagadnienie z obszaru problematyki narkomanii, które mimo stosunkowo małego rozpowszechnienia przybiera w ostatnich latach na sile

UŻYWANIE NARKOTYKÓW A ZABURZENIA PSYCHICZNE

AGNIESZKA KOLBOWSKA, KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

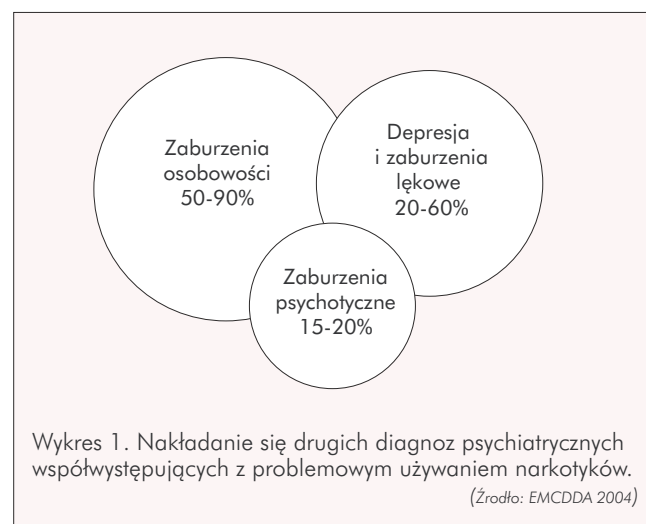
Sytuacja w Europie

Współzachorowalność, popularnie zwana podwójną diagnozą, w 1995 roku została zdefiniowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako równoczesne występowanie zaburzenia wynikającego z przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz innego zaburzenia natury psychicznej.

Jak informuje Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), zdecydowana większość osób używających narkotyków ma problemy zdrowotne o podłożu psychicznym. Badania epidemiologiczne potwierdzają związek pomiędzy zaburzeniami spowodowanymi zażywaniem substancji psychoaktywnych a zaburzeniami psychicznymi¹. Zwykle to psychopatologia poprzedza zażywanie narkotyków, jednak ryzyko wystąpienia problemów mentalnych zwiększa się w przypadku wczesnego sięgnięcia po narkotyki i długotrwałego, regularnego ich używania.

Z danych statystycznych² wynika, że w Europie od 30% do 50% pacjentów placówek zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych równocześnie nadużywa alkoholu, środków uspokajających i nasennych lub pochodnych konopi. Z kolei systematyczne badania diagnostyczne przeprowadzone w ośrodkach terapii uzależnień wskazują, że około 80% ich pacjentów cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Wśród pacjentów używających heroiny, amfetaminy lub kokainy od 14% do 96% wykazuje symptomy zaburzeń osobowości, głównie chodzi o osobowość antysocjalną oraz z pogranicza (*borderline*); od 5% do 72% ma depresję; od 4% do 32% zaburzenia lękowe; od 15% do 20% pacjentów cierpi na zaburzenia psy-

chotyczne. Ponadto wyniki badań wskazały, że około 50% pacjentów z podwójną diagnozą ma za sobą przynajmniej jedną próbę samobójczą. Targnięcie się na własne życie odzwierciedla najczęściej problemy w rodzinie, w szkole i w kontaktach z rówieśnikami. Wiele kobiet zażywających narkotyki było w przeszłości wykorzystywanych seksualnie lub doświadczyło urazu psychicznego w okresie dorastania.



Podwójna diagnoza jest stanem szczególnie trudnym do rozpoznania i często pozostaje niezidentyfikowana. Uzależnienie, powodując liczne zachowania destrukcyjne, często przesłania zaburzenia umysłowe, a syndromy psychiatryczne myli się z objawami wywołanymi przez zażycie narkotyku. Terapeuci uzależnień zwykle nie są ekspertami w obszarze psychiatrii, a psychiatry – w dziedzinie terapii uzależnień. W rezultacie pacjenci bywają odsyłani od jednego do drugiego specjalisty, nie otrzymując odpowiedniej pomocy. Tymczasem wśród personelu pracującego z osobami z podwójną diagnozą pojawia się problem wypalenia zawodowego. Często zmienia się personel prowadzący pacjenta, a leczenie nie przebiega zgod-

nie z założonym planem działania. Takie okoliczności prowadzą zwykle do przerwania terapii oraz poczucia frustracji zarówno u pacjenta, jak i u lekarza czy terapeuty. Dlatego też niezwykle ważne wydaje się kształcenie specjalistów pracujących z osobami zażywającymi narkotyki cierpiącymi na zaburzenia psychiczne³.

Dotychczas w leczeniu podwójnej diagnozy nie określono interwencji, która wyróżniałaby się skutecznością. Dla pomyślnego leczenia kluczowe znaczenie ma zatem współpraca i koordynacja działań pomiędzy placówkami na wszystkich etapach procesu terapeutycznego. EMCDDA podkreśla potrzebę zintegrowania różnych usług i specjalizacji oraz zaleca wypracowanie ustrukturyzowanego, a jednocześnie opartego na indywidualnych potrzebach pacjenta, podejścia.

Skala problemu w Polsce

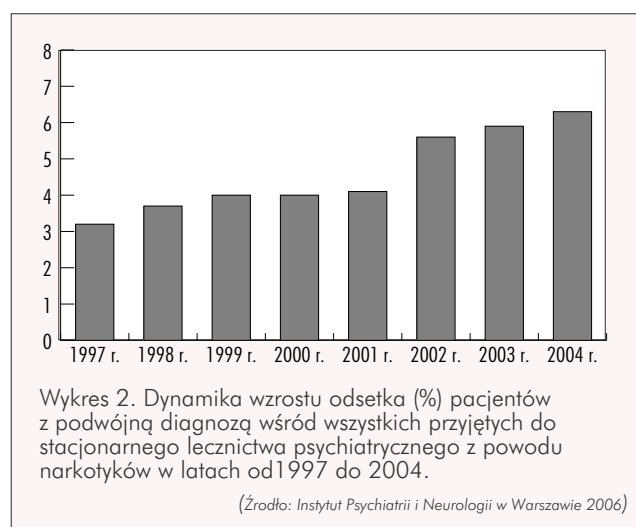
W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, pacjenci z podwójną diagnozą są leczeni w dwóch oddzielnych systemach leczniczych: w ośrodkach leczenia uzależnień, bazujących na modelu powrotu do normalnego życia, oraz w placówkach psychiatrycznych, ukierunkowanych na poprawę zdrowia psychicznego. Do tej pory w naszym kraju nie prowadzono badań epidemiologicznych nad współzachorowalnością. Skalę zjawiska współwystępowania zaburzeń spowodowanych używaniem narkotyków z innymi zaburzeniami psychicznymi można próbować określić na podstawie danych statystycznych o pacjentach przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w danym roku.

Będą to jednak z kilku względów informacje niepełne. Po pierwsze, dane pochodzą jedynie z placówek stacjonarnych, po drugie – współzachorowalność wciąż pozostaje trudna do zdiagnozowania. Objawy i problemy spowodowane zaburzeniami psychicznymi, na które cierpią osoby przyjmujące narkotyki, często są przypisywane właśnie używaniu substancji psychoaktywnych, co skutkuje niedoszacowaniem skali zjawiska.

Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego wskazują, że na przestrzeni lat od 1997 do 2004 stopniowo zwiększał się odsetek osób używających narkotyków, u których wystąpiły inne problemy psychiczne. W 1997 roku pacjenci z podwójną diagnozą stanowili

3,2% ogółem przyjętych z powodu narkotyków do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w 2000 roku 4%, w 2003 roku 5,9%, natomiast w roku 2004 aż 6,3%, czyli 809 spośród 12 027 pacjentów⁴.

Pacjenci z podwójną diagnozą leczenia w psychiatrycznych ośrodkach stacjonarnych w Polsce najczęściej wykazywali symptomy zaburzeń osobowości (39% w 2004 roku), depresji i zaburzeń lękowych, w tym fobii i lęku panicznego (po 6% w 2004 roku). Pozostałe zaburzenia często występujące u pacjentów przyjmujących narkotyki to schorzenia psychotyczne (45% w 2004 roku), w tym halucynacje, urojenia oraz schizofrenia, a także zaburzenia zachowania.



Mimo wzrostu ogólnej liczby pacjentów ze współzachorowalnością, odsetek drugich diagnoz od 1997 roku utrzymuje się na względnie stałym poziomie.

Podsumowanie

1. Ponad połowa osób problemowo zażywających narkotyki w Europie cierpi na zaburzenia psychiczne. Zarówno ośrodki leczenia uzależnień od narkotyków, jak i placówki psychiatryczne często nie potrafią zidentyfikować współzachorowalności.
2. Większość pacjentów z podwójną diagnozą boryka się z licznymi problemami zdrowotnymi oraz społecznymi. W związku z tym „krąży” pomiędzy różnorodnymi zakładami opieki zdrowotnej (próbując leczyć choroby somatyczne, zaburzenia psychiczne i uzależnienie), a ośrodkami pomocy społecznej, nie otrzymując właściwej diagnozy, terapii czy pomocy materialnej.

3. W leczeniu współzachorowalności nie pojawiła się do tej pory rekomendowana strategia terapeutyczna. Aby zwiększyć skuteczność postępowania, zaleca się wielopłaszczyznowe podejście integrujące świadczenia z kilku obszarów. Obecnie najwyższą skutecznością w leczeniu współzachorowalności charakteryzuje się metoda case management.
4. Specjaliści pracujący z osobami z podwójną diagnozą nie posiadają kwalifikacji odpowiednich do pracy z tego typu pacjentami, a ich wykształcenie jest zwykle kierunkowe (m.in. psychiatria, psychologia, praca społeczna). Konieczne jest prowadzenie systematycznych szkoleń dla personelu wszystkich instytucji, zaangażowanych w pomoc osobom z podwójną diagnozą.
5. Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem narkotyków występujących z innymi zaburzeniami psychicznymi wymaga współpracy różnych placówek i trwa znacznie dłużej niż leczenie pojedynczego zaburzenia.

Bibliografia:

1. „Cel – narkotyki”, nr 14, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA, 2004, ISSN 1725–8545, <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=439&sLanguageISO=EN>.
2. „Sprawozdanie Roczne 2005 – Stan problemu narkotykowego w Europie”, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA, 2005.
3. Dane statystyczne na temat liczby przypadków podwójnej diagnozy, spośród przyjętych ogółem do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997–2004, z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006 (informacje niepublikowane).

¹ „Cel – narkotyki”, nr 14, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA, 2004, ISSN 1725–8545, str. 1

² „Cel – narkotyki”, nr 14, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA, 2004, ISSN 1725–8545, str. 2

³ „Sprawozdanie Roczne 2005 – Stan problemu narkotykowego w Europie”, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA, 2005, str. 98

⁴ Niepublikowane dane statystyczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Fentanyl jest bardzo niebezpieczną, silną i w pełni syntetyczną substancją, której używanie nawet w bardzo małych dawkach może prowadzić do śmierci. Ostatnio ten zabójczy narkotyk pojawia się coraz częściej na ulicach Europy...

FENTANYL – niebezpieczna „syntetyczna heroina”

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

Na przestrzeni drugiej połowy 2006 roku zagraniczne media informowały o licznych przypadkach zgonów, w szczególności młodych osób, których przyczyną było przedawkowanie narkotyków. Jak się później okazało, wszystkie przypadki związane były z przedawkowaniem bardzo silnej substancji – fentanylu, który dodawano najczęściej do heroiny albo kokainy. Najwięcej przypadków zarejestrowano w Stanach Zjednoczonych, gdzie w ciągu kilku miesięcy odnotowano ponad 130 zgonów związanych z jego przedawkowaniem.

Dlatego też główną przyczyną napisania poniższego artykułu była chęć przedstawienia polskim czytelnikom podstawowych i kompletnych, a zarazem możliwie dostępnych, informacji na temat fentanylu i zagrożeń, które towarzyszą jego użytkowaniu.

OPIS I ZASTOSOWANIE MEDYCZNE FENTANYLU

Opis substancji

Fentanyl jest syntetycznym lekiem przeciwbólowym, pod względem chemicznym należącym do pochodnych fenylopiperydyny. Po raz pierwszy dokonano

jego syntezy w Belgii pod koniec lat 50. dwudziestego wieku, a wprowadzono do lecznictwa w latach 60. pod nazwą handlową SUBLIMAZE. W następnych latach dwa jego analogi zostały wprowadzone do lecznictwa – alfentanil (nazwa handlowa ALFENTA) jako działający bardzo krótko środek przeciwbólowy (od 5 do 10 minut) oraz sufentanil (SUFENTA) jako wyjątkowo mocny środek przeciwbólowy (od 5 do 10 razy silniejszy od fentanylu), stosowany głównie przy operacjach serca.

Obecnie znanych jest dwanaście analogów fentanylu. Wszystkie wykazują podobne właściwości, różniąc się jedynie potencją działania. Najbardziej rozpowszechnione to: alfentanil, sufentanil, remifentanil oraz karfentanil (najsilniejszy działa około 7500 do 1000 razy mocniej od morfiny).

Działanie

W małych dawkach fentanil powoduje efekty podobne do innych narkotyków opioidowych, powodując rozluźnienie mięśni, senność, zanik lęku i bólu. W większych dawkach powoduje długotrwałą śpiączkę (do 24 godzin), po której przez kilka dni występują silne stany depresyjne i lękowe. Przy przedawkowaniu następuje zgon przez depresję układu oddechowego. Fentanil działa już w bardzo małych dawkach – jego skuteczność jest od kilkudziesięciu (50) do kilkuset (300) razy większa od morfiny.¹

Dokładne dawki graniczne fentanylu, powodujące śpiączkę oraz śmierć, nie są obecnie znane. Należy jednak podkreślić, że fentanil jest niezwykle aktywną substancją. Dawka 500 µg podana dożylnie powoduje absolutne znieczulenie.

Fentanil podobnie jak morfina jest lekiem przeciwbólowym z grupy antagonistów receptorów opioidowych. Działa natychmiast po podaniu (do 2 minut) i dość krótko (od 20 do 30 minut), co wymaga

wielokrotnego podawania go podczas operacji. Duże dawki mogą utrzymywać efekt znieczulenia nawet przez kilka godzin. Substancja ma niewielki wpływ na układ krążenia. Wykazuje wszystkie typowe dla opioidów działania ośrodkowe, w tym zmniejszenie wrażliwości ośrodka oddechowego, wywoływanie nudności i wymiotów. Wewnątrz organizmu wiąże się

z białkami osocza, metabolizowany jest głównie w wątrobie, wydalany z moczem (ok. 10% wydalanych jest w postaci niezmienionej). W ciągu 24 godzin ok. 75% podanej dawki jest usuwane z organizmu.

Użycie

Fentanil i jego analogi mogą być używane w zastosowaniu terapeutycznym tylko wśród pacjentów wykazujących tolerancję na opioidy, w przeciwnym wypadku mogą spowodować śmierć pacjenta.

Obecnie fentanil w medycynie stosuje się jako silny środek przeciwbólowy: w leczeniu bólu ostrego (np. zawał mięśnia sercowego, ból pooperacyjny) i przewlekłego (np. ból nowotworowy), ale także jako środek znieczulający i w premedykacji (farmakologiczne przygotowanie chorego do operacji).

Fentanil używany jest także w oddziałach intensywnej terapii, w celu uzyskania analgesodacji (forma znieczulenia, polegająca na jednoczesnym podawaniu leków o działaniu uspokajającym i nasennym (sedacja) oraz leków o działaniu przeciwbó-

wym (analgezyja), stosowana przy bolesnych zabiegach diagnostycznych oraz w intensywnej terapii).

Fentanil używany jest w postaci ampulek do iniekcji dożylnych (w formie wodorocytrianu fentanylu), a także plastrów (system transdermalny).²

Należy podkreślić, że fentanil jest bardzo silną substancją uzależniającą i z tego względu jego obrót i stosowanie podlega restrykcyjnym przepisom regu-

W małych dawkach fentanil powoduje efekty podobne do innych narkotyków opioidowych, powodując rozluźnienie mięśni, senność, zanik lęku i bólu. W większych dawkach powoduje długotrwałą śpiączkę (do 24 godzin), po której przez kilka dni występują silne stany depresyjne i lękowe. Przy przedawkowaniu następuje zgon przez depresję układu oddechowego.



Fentanyl (wodorocytrian fentanylu) stosowany do iniekcji dożylnych

lacyjnym, podobnie jak w przypadku innych środków medycznych będących zarazem środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi. Przewlekłe stosowanie fentanylu powoduje wystąpienie tolerancji farmakologicznej.

POZAMEDYCZNE ZASTOSOWANIE FENTANYLU

Stosowanie fentanylu przez siły specjalne

23 października 2002 roku świat obiegły wstrząsające informacje o ataku terrorystycznym dokonanym przez czeczeńskich separatystów na moskiewski Teatr Dubrowka. Około pięćdziesięciu terrorystów przetrzymywało ponad 800 osób – zakładników. Uwaga całego świata koncentrowała się na wydarzeniach moskiewskich, a przede wszystkim na tym, w jaki sposób władze rosyjskie poradzą sobie z rozwiązaniem tej dramatycznej sytuacji.

Na odpowiedź nie trzeba było długo czekać, gdyż 26 października 2002 roku rosyjskie siły specjalne przeprowadziły szturm na teatr, poprzedzony użyciem jak określały – gazu obojętniającego.

Jak się później okazało, „cena” przeprowadzonej akcji była bardzo wysoka, bo oprócz terrorystów zostało zabitych 120 zakładników (niemal wszyscy w związku z użytym gazem). Akcja rosyjskich sił specjalnych, a tym samym decyzja Kremla, spotkała się z ogromną krytyką na całym świecie, potęgowaną dodatkowo zachowaniem władz rosyjskich, ukrywających, jaki gaz został użyty w trakcie szturm. Wielu obserwa-

torów podejrzewało, że rosyjskie władze użyły gazu bojowego, który spowodował tak wielkie straty wśród zakładników. Podejrzewano równocześnie, że Rosja złamała Międzynarodową Konwencję o Broni Chemicznej. Pod naciskiem światowej opinii publicznej, ówczesny rosyjski minister zdrowia – Jurij Szewczenko, ujawnił, że użytym w trakcie szturm gazem był – FENTANYL, którego, jak określił Szewczenko, używa się jako środka przeciwbólowego, więc w normalnych warunkach nie powinien spowodować śmierci. Zdaniem Szewczenki, w tym przypadku zawiodły rachuby, ponieważ więzieni przez kilka dni w teatrze zakładnicy byli głodni, odwodnieni i wyczerpani.

Tymczasem niemiecki profesor toksykologii Thomas Zilker twierdzi, że rosyjscy żołnierze najprawdopodobniej użyli mieszanki gazów. W jej skład, oprócz fentanylu, mógł także wchodzić halotan – gaz o silnych właściwościach znieczulających. Zilker doszedł do takich wniosków na podstawie wyników badań krwi i moczu dwóch Niemców, którzy znaleźli się w gronie zakładników.⁴



Fentanyl w formie plastrów – DURAGESIC (stosowany transdermalnie)

Późniejsze, liczne komentarze ekspertów z zakresu zwalczania terroryzmu, broni biologicznej i toksykologii, stwierdzały, że błędem, który doprowadził do tak wielkiej skali ofiar wśród zakładników, było użycie fentanylu w zbyt silnym stężeniu.⁵

Właściwości narkotyczne fentanylu

Fentanyl i jego pochodne są produkowane na małą skalę nielegalnie z przeznaczeniem na wykorzystanie odurzające. Fentanylu używa się jako substytutu heroiny. W celach narkotycznych przeważnie jest palony i zażywany doustnie. Fentanyl bardzo dobrze wchła-

nia się przez błony śluzowe jamy ustnej. Substancja ma niską temperaturę parowania – ok. 40 °C. Rozprowadzany jest w formie proszku i roztworu, który podgrzewa się, nie dotykając go ogniem, potem wdycha się opary. Ten sposób zażywania niesie za sobą najmniejsze ryzyko śmierci. Fentanyl jest niezwykle niebezpiecznym narkotykiem ze względu na ograniczoną możliwość dawkowania. Przedawkowanie fentanylu powoduje depresję ośrodka oddechowego, co prowadzi do śmierci w mechanizmie uduszenia. Fentanyl powoduje błądostan, znieczulenie, przyjemne otępienie, rozluźnienie mięśni, „rozleniwienie”, senność, delikatną euforię, poza tym posiada charakterystyczne dla innych opioidów działanie powodujące odsunięcie wszelkich problemów, uczucie, że „zło zniknęło”. W większych dawkach powoduje senność nie do pokonania oraz wymioty. Sny w trakcie odurzenia fentanyłem są niezwykle realistyczne, w niektórych przypadkach to sny świadome. Właściwości te sprawiają, że jest niezwykle silnie uzależniającą substancją. Fentanyl powoduje uzależnienie fizjologiczne.

NIELEGALNA PRODUKCJA I PRZEMYT FENTANYLU

Apache, China girl, China white, Persian white, Dance fever, Friend, Goodfella, Jackpot, Murder 8, TNT, Perc-O-Pop, Lollipop, Tango and Cash, White Chinaman, Dragon, 999, Crocodile Snow Powder to nazwy, które na całym świecie używane są przez przestępców, a także użytkowników w stosunku do fentanylu.⁶

Bardzo często w literaturze i w życiu codziennym spotyka się również określenie „syntetyczna heroina” i jest to określenie oddające efekty działania fentanylu na ludzki organizm (podobne do heroiny i innych opioidów). Określenie to nie ma jednak nic wspólnego z budową strukturalną i chemiczną związku, gdyż fentanyl jest w pełni substancją syntetyczną i nie ma żadnych podobieństw z opiatami.

Stany Zjednoczone

Historia rekreacyjnego używania fentanylu sięga końca lat 70. i lat 80. dwudziestego wieku. Wówczas to zaczęto w USA, szczególnie w Kalifornii, odnotowywać pierwsze przypadki śmiertelne w związku

z przedawkowaniem fentanylu. W okresie od 1979 do 1985 roku konsumpcja fentanylu i jego analogów została zidentyfikowana jako główna przyczyna śmierci 109 osób na terenie USA.⁷

Na początku lat 90. dwudziestego wieku zarejestrowano liczne przypadki śmierci z powodu przedawkowania fentanylu, jak również spowodowane jego zatruciem w rejonie Nowego Jorku.

Od 1990 do 2005 roku na terenie USA zlikwidowano co najmniej dziewięć laboratoriów produkujących fentanyl (siedem z nich zlokalizowanych było w Kalifornii). Jednakże, jak wskazują informacje operacyjne amerykańskich organów ścigania, głównym źródłem „zaopatrzenia” rynku amerykańskiego w fentanyl są kartele meksykańskie. Potwierdzają to zlikwidowane laboratoria fentanylu w Meksyku (m.in. Toluca, maj 2006), a także liczne przypadki ujawnionych prób przemytu fentanylu z Meksyku do USA.⁸

Bardzo niepokojące informacje na temat przypadków śmiertelnych związanych z przedawkowaniem fentanylu zaczęły napływać z USA w drugiej połowie 2006 roku. W okresie kilku miesięcy zidentyfikowano ponad 130 przypadków śmiertelnych, głównie w Chicago, Detroit, Nowym Jorku, Filadelfii oraz St. Luis. Wszystkie przypadki związane były z przedawkowaniem fentanylu, który był zwykle dodawany do heroiny, rzadziej kokainy, w celu zwiększenia ich siły działania. Tak więc ludzie – ofiary – użytkownicy, nie mieli pojęcia, z jaką mieszkanką substancji psychoaktywnych mają do czynienia.⁹

Amerykańskie organy ścigania wspólnie z mediami rozpoczęły szeroką kampanię informacyjno – prewencyjną o potencjalnym niebezpieczeństwie, w szczególności w stosunku do osób używających narkotyków (głównie heroiny). Ponadto amerykańskie służby antynarkotykowe – DEA, w ramach swoich kompetencji, rozpoczęły szczegółową kontrolę i monitoring prekursorów wykorzystywanych w nielegalnej produkcji fentanylu.

Należy stwierdzić, że tak naprawdę liczba przypadków śmiertelnych, związanych z przedawkowaniem fentanylu, nie zostanie dokładnie poznana, ponieważ takie przypadki, często na podstawie zwykłych testów toksykologicznych uryny, przypisywano heroinie. Należy pamiętać, że fentanyl zachowuje się jak inne

opiaty, a do jego wykrycia w organizmie powinno stosować się specjalistyczne testy biologiczne. W przypadku osób, u których podejrzewa się przedawkowanie fentanylu, zaleca się podanie Naloxonu (Narcan), który jest antagonistą opioidowym i działa poprzez blokowanie receptorów opioidowych w mózgu, eliminując efekty działania heroiny i innych opioidów na organizm.¹⁰

Europa

Pierwszy zarejestrowany przypadek przedawkowania fentanylu w Europie pojawił się w 1981 roku w Holandii (Rotterdam).¹¹

W marcu 2002 roku władze estońskie poinformowały o czterech przypadkach śmiertelnych wśród użytkowników heroiny, z powodu przedawkowania tzw. syntetycznej heroiny. Odnotowano również liczne przypadki hospitalizacji w związku z przedawkowaniem fentanylu. Narkotyk na ulicy sprzedawany był w dawkach 0,05 g, w cenie od 6,5 do 8 euro. W kwietniu 2005 roku policja w Tallinie zatrzymała cztery osoby, przy których zabezpieczyła aż 760 g 3-metylfentanylu o czystości 0,64%. Dwie z zatrzymanych osób pochodziły z Azerbejdżanu. Według policji, osoby te w ciągu miesiąca sprzedawały około jednego kilograma fentanylu. Do tej pory nie odnotowano w Estonii nielegalnej produkcji fentanylu, a jego przemyt następuje głównie z terytorium Rosji przez obywateli Azerbejdżanu i Armenii.

W Finlandii na przestrzeni ostatnich lat odnotowano wśród użytkowników heroiny liczne przypadki używania syntetycznych opioidów, w szczególności Subutexu i fentanylu (3-metylfentanyl). Zdaniem władz fińskich, fentanyl przemycany jest bezpośrednio z Rosji do Finlandii, bądź tranzytem przez Estonię. Zdaniem policji fińskiej fentanyl jest najprawdo-

podobniej nielegalnie produkowany w laboratoriach zlokalizowanych głównie w St. Petersburgu.

Również władze szwedzkie szczególnie dokładnie monitorują problem dotyczący fentanylu. W 1993 roku odnotowano 22 konfiskaty fentanylu (wszystkie poniżej 8 g). W tym samym roku zarejestrowano również trzynaście przypadków śmiertelnych związanych z przedawkowaniem fentanylu. Czystość fentanylu we wszystkich zabezpieczeniach wynosiła od 4 do 12%.

W 1995 roku na terenie Szwecji odnotowano trzy zabezpieczenia fentanylu o czystości 3%, a także dziewięć konfiskat heroiny zmieszanej z fentanylem. We wszystkich przypadkach substancja była sprzedawana jako „syntetyczna heroina”.

W Rosji w miejscowości Siktifkar (Zachodni Ural) pomiędzy 23 a 29 stycznia 2006 roku odnotowano 25 przypadków hospitalizacji w związku z przedawkowaniem 3-metylfentanylu. Dwie osoby zmarły, a jedna zapadła w śpiączkę.¹² Fentanyl sprzedawany był jako heroina, także za taką samą cenę jak heroina. Inne przypadki hospitalizacji z powodu przedawkowania fentanylu odnotowano w innych miastach rosyjskich – Murmańsku, Archangielsku i St. Petersburgu.

Drobne konfiskaty fentanylu odnotowano również na przestrzeni ostatnich lat na Łotwie i Litwie. W tych krajach odnotowano również konfiskaty heroiny zmieszanej z fentanylem.

Do chwili obecnej organy ścigania na terytorium Unii Europejskiej odnotowały trzy nielegalne laboratoria fentanylu. Pierwsze z nich zostało zlikwidowane w marcu 2003 roku na przedmieściach Lizbony. Laboratorium zlokalizowane było w prywatnym mieszkaniu. Policja została wezwana przez sąsiadów, z uwagi na bardzo silny, nieprzyjemny zapach dobiegający

Wszystkie informacje na temat konfiskat, nielegalnych laboratoriów, jak również przypadków śmiertelnych związanych z przedawkowaniem fentanylu są gromadzone przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA), jak również Europejski Urząd Policji – Europol, na podstawie informacji i raportów przysyłanych przez państwa członkowskie oraz kraje trzecie.

z tegoż lokalu. Wewnątrz mieszkania policja odnalazła zwłoki mężczyzny w zaawansowanym stadium rozkładu, a także laboratorium o małej skali produkcji. Zabezpieczony sprzęt laboratoryjny i chemikalia potwierdziły, że osoba produkowała fentanyl oraz dwa jego analogi: AMF (alfa-metylfentanyl) oraz TMF (3-metylfentanyl) znany jako *Tango & Cash*.

Kolejny przypadek odnotowano w styczniu 2004 roku w Austrii, gdzie po zatrzymaniu osoby posiadającej dwa tysiące tabletek ekstazy dokonano przeszukania jej mieszkania oraz firmy zajmującej się badaniami zapachów. W firmie zabezpieczono sprzęt oraz chemikalia niezbędne do produkcji fentanylu. Ponadto zabezpieczono ponad trzy tysiące sztuk fentanylu w formie znaczków (podobnie jak w przypadku LSD) oraz 46 g w postaci proszku i płynu.

Ostatnie z laboratoriów zabezpieczono w styczniu 2006 roku w Niemczech. Laboratorium zlokalizowane było na terenie prywatnej posesji w miejscowości Lindewitt niedaleko Kiel. Zatrzymany na miejscu mężczyzna był użytkownikiem heroiny i próbował na własną rękę, bez stosownej wiedzy chemicznej, produkować fentanyl. Sprzęt oraz niezbędne chemikalia (prekursory) zatrzymany zakupił przez internet. Brak stosownej wiedzy chemicznej spowodował, że zatrzymany zamiast fentanylu wyprodukował liczne odmiany śmiertelnej substancji – cyjanku.¹³

PODSUMOWANIE – KONKLUZJE

- Fentanyl jest bardzo niebezpieczną, silną i w pełni syntetyczną substancją, której używanie nawet w bardzo małych dawkach może prowadzić do śmierci;
- Nielegalna produkcja fentanylu jest złożonym procesem wymagającym zaawansowanej wiedzy chemicznej, jak i odpowiednich warunków laboratoryjnych;
- Do tej pory na terenie Unii Europejskiej zarejestrowano trzy nielegalne laboratoria fentanylu o małej (eksperymentalnej) skali produkcji;
- Przemyt fentanylu i jego analogów na terytorium UE odbywa się głównie z terytorium Federacji Rosyjskiej i Ukrainy;
- W Polsce do tej pory nie odnotowano żadnego przypadku konfiskaty fentanylu i jego analogów

(ani jako oddzielnej substancji, ani jako mieszanki dodanej do innych substancji, np. heroiny);

- Wszystkie informacje na temat konfiskat, nielegalnych laboratoriów, jak również przypadków śmiertelnych związanych z przedawkowaniem fentanylu są gromadzone przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA), jak również Europejski Urząd Policji – Europol, na podstawie informacji i raportów przysyłanych przez państwa członkowskie oraz kraje trzecie. Jest to zgodne z przepisami zawartymi w Decyzji Rady UE2005/387/JHA z dnia 10.05.2005 w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych.

W przypadku ewentualnych pytań lub komentarzy uprzejmie proszę o kontakt pod wskazanym poniżej adresem e-mail: Daniel.Dudek@europol.europa.eu, Phone : +31 703025396

¹ Różne źródła podają różne skale wielkości skuteczności fentanylu i jego analogów w porównaniu z działaniem morfiny, np. www.dea.gov podaje, że fentanyl jest ok. 80 razy silniejszy od morfiny, z kolei jego analogi: sufentanil od 5 do 10 razy mocniejszy od fentanylu (czyli od 400 do 800 razy silniejszy od morfiny), a karfentanil ok. 10000 razy silniejszy od morfiny. Niemiecki Federalny Urząd Śledczy (BKA) podaje, że skuteczność w przypadku fentanylu jest ok. 300 razy większa od morfiny, a jego analogów: alfentanilu 1100 razy, sufentanilu 4500 razy, a karfentanilu ok. 7500 razy.

² Źródło: www.wikipedia.pl

³ Zdjęcia pochodzą ze strony internetowej: www.erowid.com

⁴ <http://news.bbc.co.uk/>

⁵ <http://www.polska-zbrojna.pl/>

⁶ <http://www.deadiversion.usdoj.gov>

⁷ BKA, Drugs Post, Edition 4 – 2004

⁸ National Drug Intelligence Center, Fentanyl : Situation Report, June 5, 2006

⁹ Washington Post, June 15, 2006, 130 dead from New U.S super- heroin

¹⁰ The New York City Department of Health and Mental Hygiene, NEW YORK CITY – August 29, 2006

¹¹ BKA, Drugs Post, Edition 4 – 2004

¹² www.newsru.com

¹³ Europol Drugs Unit, Situation Report on the illicit production and trafficking of 'Fentanyl' in the European Union, 19.07.2006

List do Redakcji

KONOPIE WŁÓKNISTE nie są narkotyczne

Inspiracją do zabrania głosu na powyższy temat był artykuł pod prowokacyjnym tytułem „Konopie włókniste czy narkotyczne” napisany przez pana Waldemara Krawczyka z Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KG Policji i zamieszczony w Serwisie Informacyjnym „Narkomania” nr 2/33/2006 na stronach od 18 do 20.

Konopie (*Cannabis sativa* L.) z pewnością należą do najstarszych i wielokierunkowo wykorzystywanych roślin uprawnych w dziejach człowieka, a także do najbardziej obiecujących surowców odtwarzalnych naszej szerokości geograficznej. Ponadto uważane są za roślinę łatwo przystosowującą się do zmieniających się warunków wegetacji. W obrębie gatunku występuje wiele typów, form i odmian o znacznych różnicach biologiczno-morfologicznych i różnej wartości gospodarczej.

Pod względem zróżnicowanych warunków środowiskowych, do jakich musiały się przystosować, rozprzestrzeniając się w różnych strefach klimatycznych, konopie dzielimy na północne, południowe i śródwoeuropejskie.

Istnieje również podział w zależności od kierunku użytkowania na konopie: przemysłowe (włókniste, oleiste) i narkotyczne. Konopie narkotyczne uprawia się w celu produkcji marihuany i haszyszu. Do konopi włóknistych zalicza się odmiany dające wysoki plon słomy (ok. 10 ton z hektara) i włókna (od 2,5 do 3,0 ton z hektara), natomiast do konopi oleistych – odmiany o wysokim plonie nasion (od 1,0 do 2,0 ton z hektara).

Uzyskiwana corocznie duża biomasa konopi przemysłowych może być niemal w stu procentach wykorzystana w przemyśle. Włókno stanowi cenny surowiec dla przemysłu włókienniczego, papierniczego i samochodowego; olej – dla przemysłu kosmetycznego, farmaceutycznego i chemicznego; paździerz – dla przemysłu materiałów budowlanych, meblarskiego i energetycznego.

W związku z rozwojem narkomanii na świecie oraz w Polsce zasady uprawy i wykorzystania surowca konopnego uregulowano ustawowo. Z punktu widzenia

administracyjno-porządkowego powstał podział na dwa chemotypy: włóknisty i narkotyczny.

W Polsce zasady uprawy konopi reguluje Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Konopie włókniste, zgodnie z Ustawą, to rośliny z gatunku *Cannabis sativa* zawierające w kwiatowych lub owocujących wierzchołkach roślin poniżej 0,2 % delta-9-tetrahydrokannabinolu (Δ^9 THC) w przeliczeniu na suchą masę. Natomiast wszystkie konopie zawierające powyżej 0,2% Δ^9 THC, bez względu na ich wartość gospodarczą, zaliczono do konopi narkotycznych.

Tabela 1. Procentowa zawartość Δ^9 THC w konopiach włóknistych uprawianych w Polsce w latach 2004–2006.

lp.	Odmiana	2004r.	2005r.	2006r.	średnia
1.	Białobrzskie	0,0331	0,0365	0,0520	0,040
2.	Beniko	0,0138	0,019	0,0360	0,023
3.	Silesia	X	0,1661	0,1203	0,143
4.	Średnia	0,023	0,074	0,069	X
5.	Ilość prób	41	75	77	X

Normy przyjęte w polskim ustawodawstwie są zgodne z Rozporządzeniem WE nr 1782/2003 (rozdział I, art. 52) z dnia 29 września 2003 r. Zawartość THC oznaczana jest zgodnie z metodą opublikowaną w załączniku 1 do Rozporządzenia (WE) nr 796/2004 z dnia 21 kwietnia 2004 r. pod tytułem „Wspólnotowa metoda ilościowego oznaczania zawartości 9 tetrahydrokannabinolu w odmianach konopi”.

W oparciu o powyższe podstawy prawne, w Instytucie Włókien Naturalnych do oznaczania zawartości THC stosuje się metodę chromatografii gazowej, w której zachodzi pełna dekarboksylacja THCA do Δ^9 THC.

Aktualnie w Rejestrze Krajowym COBORU i we Wspólnotowym Katalogu Odmian Roślin Rolniczych (CCA) znajdują się trzy odmiany jednopiennych konopi włóknistych wyhodowanych w IWN w Poznaniu: Białobrzskie, Beniko i Silesia. Odmiany te charakteryzują się wysoką wartością gospodarczą i zgodnie z wymogami Ustawy, zawierają poniżej 0,2% Δ^9 THC.

W związku z dopłatami bezpośrednimi do upraw konopi, na zlecenie Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa w Warszawie, przeprowadzone zostały kontrole zawartości THC w próbach losowo wybranych plantacji. Uzyskane wyniki wykazały, że w polskich odmianach konopi jest około pięciokrotnie niższa od dopuszczalnej zawartość THC (Tabela 1.).

Zatem nie ulega żadnej wątpliwości, że konopie włókniste uprawiane w Polsce nie należą do narkotycznych, pomimo śladowych ilości kwasu $\Delta^9\text{THC}$ -2-karboksyłowego (THCA).

Natomiast konopiami włóknistymi nie można nazwać konopi z upraw szklarniowych w Europie i Ameryce Północnej, czy z plantacji w krajach Ameryki Łacińskiej, Azji i Maroka. Celem tych upraw jest bowiem pozyskanie maksymalnego plonu ziela o jak największej aktywności biologicznej. Obok konopi indyjskich być może istnieją – jak podaje Waldemar Krawczyk – wyspecjalizowane formy, genetycznie zmodyfikowane, charakteryzujące się znaczną zawartością THCA, przy niewielkiej zawartości THC. Wówczas zaproponowane przez autora oddzielne oznaczanie THCA i THC jest w pełni uzasadnione.

Jednakże na podstawie dotychczasowych badań nie ma powodów ani merytorycznych, ani formalnych do wprowadzenia zmian w definicji konopi włóknistych (zgodnej z dyrektywami UE), znajdującej się w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Tym bardziej, że Ustawa nie tylko definiuje konopie włókniste, ale również określa, na jakich zasadach oraz dla jakich potrzeb może być prowadzona uprawa tej rośliny w Polsce. Według przepisów zawartych w tym akcie prawnym uprawa konopi włóknistych dozwolona jest:

- w wyznaczonych rejonach, na określonej powierzchni, na podstawie zezwolenia na uprawę, przy zastosowaniu kwalifikowanego materiału siewnego w rozumieniu przepisów o nasiennictwie,
- wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego, chemicznego, celulozowo-papierniczego, spożywczego, kosmetycznego, farmaceutycznego, materiałów budowlanych oraz nasiennictwa.

Prowadzenie upraw konopi włóknistych w sposób niezgodny z wyżej wspomnianą Ustawą jest w Polsce zabronione, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności.

HENRYK BURCZYK, LIDIA GRABOWSKA
INSTYTUT WŁÓKIEN NATURALNYCH W POZNANIU

Narkotyki w ruchu drogowym są problemem nie mniej groźnym niż alkohol. Niestety, część kierowców nie jest tego świadoma...

NARKOTYKI w ruchu drogowym

**ŁUKASZ JĘDRUSZAK, KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII**

Stanowcze działania podejmowane przez policję, ostracyzm społeczny, na który narażają się pijani kierowcy, oraz surowe kary grożące za prowadzenie „na podwójnym gazie”, nie odstraszą pijanych użytkowników dróg, a zagrożenie z ich strony stale rośnie.

Od pewnego czasu dostrzega się nowe zjawisko, chyba nawet bardziej niepokojące niż prowadzenie po spożyciu alkoholu. To narkotyki, które stają się coraz tańsze i dostępnejsze, a co się z tym wiąże, są częściej zażywane, niestety także przez kierowców. Czują się oni bardziej bezkarni, mając świadomość, iż wykrycie obecności narkotyku w ich krwi jest trudniejsze.

I. Działania mające na celu ograniczenie zjawiska¹

Problematykę badania kierującego na zawartość we krwi lub w moczu środka działającego podobnie do alkoholu reguluje § 11 Zarządzenia Nr 496 Komendanta Głównego Policji z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie badań na zawartość w organizmie alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu. Wynika z niego m. in., że badanie takie przeprowadza się u kierującego, który uczestniczy w wypadku drogowym, w którym są ofiary śmiertelne. Obecnie trwają prace nad ostatecznym opracowaniem algorytmu postępowania policjanta z kierującym podejrzanym o zażycie środka działającego podobnie do alkoholu.

W ramach Projektu PHARE – Twinning 2001, wraz z partnerami niemieckimi, przeszkolono pięćdziesięciu policjantów z komend wojewódzkich policji (Komendy Stołecznej Policji) w problematyce narkotykowej. W ramach tego projektu, w 2003 roku w Centrum Szkolenia Policji w Legionowie (CSP w Legionowie), zostało zorganizowane seminarium szkoleniowe na niniejszy temat.

Wynikiem praktycznych zajęć było stworzenie filmu instruktażowego, przekazanego następnie do wszystkich Komend Wojewódzkich Policji (KWP) i Komendy Stołecznej Policji (KSP). W czerwcu 2006 roku w CSP w Legionowie zorganizowano warsztaty szkoleniowe dla liderów z poszczególnych KWP, mających brać udział w programie „DRUID”.

W roku 2004 KGP zgłosiła gotowość do wzięcia udziału w VI Ramowym Programie Badań Naukowych w Unii Europejskiej, którego jednym z elementów jest program badawczy DRUID – *Driving under the influence of drugs, alcohol and medicine*. To program badawczy mający na celu m.in. określenie wpływu środków działających na kierujących w sposób podobny do alkoholu.

Ponadto jednym z kierunków działania w tym obszarze, wyznaczonym przez nowy Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN), jest wdrażanie systemu zbierania danych dotyczących narkotyków w ruchu drogowym. System ten będzie polegał na analizowaniu zjawiska na podstawie informacji otrzymywanych corocznie od policji zobowiązanej do zbierania niniejszych danych.

Komenda Główna Policji, jako instytucja stykająca się w sposób bezpośredni z problemem narkotyków w ruchu drogowym, podjęła szereg inicjatyw, aby możliwie w jak najlepszy sposób przygotować policjantów ruchu drogowego do odpowiedniego reagowania w sytuacjach, gdy zachodzi podejrzenie, że kierujący pojazdem jest pod wpływem substancji odurzających.

II. Rozpowszechnienie i metodologia badań zjawiska

W 2005 roku policja ruchu drogowego przekazała do badań 1165 próbek krwi na zawartość środków działających podobnie do alkoholu. W efekcie w ubiegłym roku ujawniono 280 dorosłych i 3 nieletnich kierujących pojazdami pod wpływem narkotyków (dane uzyskane z systemu „Temida” Komendy Głównej Policji). Niestety nie istnieją ogólnopolskie, policyjne dane statystyczne charakteryzujące w sposób szczegółowy (grupa wiekowa, płeć, notowania o karalności itp.) zatrzymanych kierowców, znajdujących się pod wpływem środków działających podobnie do alkoholu. Jednakże zgodnie zapisami nowego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) policja została zobowiązana do zbierania

i corocznego aktualizowania danych dotyczących problemu narkotyków w ruchu drogowym, tzn.: liczby przeprowadzonych testów na obecność narkotyków, w tym testów z wynikiem pozytywnym oraz liczby wypadków drogowych spowodowanych przez osoby będące pod wpływem narkotyków, w tym wypadków ze skutkiem śmiertelnym.

W ramach ogólnopolskich badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych, realizowanych w 2002 roku na populacji generalnej Polaków, zostały zamieszczone pytania, dotyczące prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków. Na podstawie odpowiedzi respondentów dokonano próby oszacowania liczby osób prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem narkotyków. Zgodnie z jego wynikami odsetek osób kierujących pojazdami pod wpływem narkotyków sięga 1,2%. Oznacza to, iż co osiemdziesiąty kierujący samochodem lub innym pojazdem chociaż raz w ciągu roku siada za kierownicę po użyciu narkotyku.

III. Wykrywanie substancji zabronionych i egzekwowanie prawa

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zabrania się kierowania pojazdem, prowadzenia kolumny pieszych, jazdy wierzchem lub pędzenia zwierząt osobie w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu (art.45 pkt 1 Ustawy z dnia 30 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym Dz. U. z 2005 r., Nr 108, poz. 908 z późniejszymi zmianami). Natomiast, Art. 178a § 1. kodeksu karnego stanowi, że kto znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat dwóch.

Do skutecznego egzekwowania powyższych zapisów niezbędne jest odpowiednie wyposażenie, dlatego policjanci ruchu drogowego zostali wyposażeni w tzw. narkotestery, które posiadają, zgodnie z § 4 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2003 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie (Dz. U. Nr 116, poz. 1104 z późniejszymi zmianami), świadectwo dopuszczenia wydane przez Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie. Wśród tych przyrządów są także urządzenia

wielopanelowe, badające kierującego pod kątem obecności w jego organizmie wszystkich, wymienionych w Rozporządzeniu, rodzajów środków działających podobnie do alkoholu. Należy podkreślić, iż pozytywny wynik badania narkotesterem musi być potwierdzony badaniem laboratoryjnym.

Kolejnym etapem doskonalenia zawodowego policjantów ruchu drogowego było szkolenie z zakresu ujawniania środków działających podobnie do alkoholu, które odbyło się w październiku i czerwcu 2005 roku. Każdorazowo przygotowywano materiały szkoleniowe w postaci prezentacji na płytach CD-R, które wykorzystuje się w dalszym szkoleniu w jednostkach terenowych w kraju.

IV. Prewencja ²

Należy zauważyć, iż problem narkotyków w ruchu drogowym, w przeciwieństwie do problemu kierowania pod wpływem alkoholu, nie jest tematem pojawiającym się często w mediach. Publikacje dotyczące prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków mają charakter sporadyczny. Nie da się także zauważyć debaty publicznej na niniejszy temat. Pomimo tego w niektórych regionach Polski podejmowane są akcje mające na celu przeciwdziałanie temu zjawisku.

W październiku 2004 roku opracowano metody dotyczące zwalczania narkomanii w ruchu drogowym. Na podstawie tych materiałów Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie opracowała podręcznik dla policjantów, rozpowszechniony w całym kraju. Urząd Marszałkowski przekazał Komendzie Wojewódzkiej Policji 330 narkotesterów, a zakład Toksykologii Pomorskiej Akademii Medycznej przeszkolił policjantów w zakresie rozpoznawania uczestników ruchu będących pod wpływem środków psychoaktywnych. Pierwszą wymierną korzyścią tej akcji było ujawnienie w 2005 roku 41 kierujących, u których badanie krwi potwierdziło obecność środków odurzających, działających podobnie do alkoholu. W okresie od 2005 do 2006 policja zachodniopomorska posiadała do dyspozycji 731 narkotesterów, a ujawniła 93 osoby kierujące, będące pod wpływem środków psychoaktywnych innych niż alkohol.

W przedmiotowym zakresie, w województwie zachodniopomorskim przeprowadzono trzynastą kampanii skierowanych do młodych uczestników ruchu drogowego, w dużych przedsiębiorstwach transportowych

i wśród zawodowych kierowców. Przeprowadzono też 123 pogadanki z uczniami szkół ponadpodstawowych i ich rodzicami.

Powyższe działania były finansowane ze środków własnych policji i Urzędu Marszałkowskiego, natomiast dodatkowe narkotestery zostały zakupione ze środków posiadanych przez gminy i organizacje działające na rzecz bezpieczeństwa publicznego².

Zagrożenia związane ze zjawiskiem narkotyków w ruchu drogowym należy uświadamiać młodym kierowcom już na etapie nauki jazdy w Ośrodkach Szkolenia Kierowców. Dlatego też, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 27.10.2005 r. w sprawie szkolenia, egzaminowania i uzyskiwania uprawnień przez kierujących pojazdami, instruktorów i egzaminatorów, tematyka zajęć w Ośrodku Szkolenia Kierowców powinna objąć zaznajomienie kursanta z wpływem alkoholu i innych środków działających podobnie do alkoholu na zdolności prowadzenia pojazdu.

Działania w zakresie przeciwdziałania prowadzeniu pojazdów pod wpływem substancji odurzających prowadzone były także wśród lekarzy i farmaceutów. Ich zadanie polega na udzieleniu pacjentowi informacji dotyczących wpływu leku na zdolność kierowania pojazdami mechanicznymi.

Natomiast producenci i dystrybutorzy leków mają obowiązek umieszczania na opakowaniu leku widocznej informacji dotyczącej wpływu, jaki wywiera dana substancja na zdolność prowadzenia pojazdów. Taka informacja znajduje się wewnątrz opakowania na załączonej ulotce.

Istotne jest, aby dołożyć wszelkich starań w celu zwrócenia uwagi opinii publicznej na ten poważny, ale chyba wciąż niedostrzegany problem. Warto także uświadomić kierowcom, że prowadzenie pojazdu pod wpływem narkotyków jest równie niebezpieczne, jak jazda po spożyciu alkoholu i wiąże się z podobnymi konsekwencjami prawnymi w wypadku zatrzymania. Narkotyki w ruchu drogowym są problemem nie mniej groźnym niż alkohol, niestety część kierowców nie jest tego chyba świadoma.

¹ Informacje dot. punktów 1, 2 i 3 uzyskano z Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji w Warszawie

² Informację dot. niniejszego podpunktu uzyskano z Wydziału Polityki Społecznej, Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie.

W trakcie listopadowej Konferencji Ministerialnej Grupy Pompidou Rady Europy została podjęta decyzja przekazania Polsce przewodnictwa w Grupie na następne cztery lata

POLSKA PREZYDENTURA W GRUPIE POMPIDOU

W dniach od 27 do 28 listopada 2006 roku w Strasburgu w siedzibie Rady Europy odbyła się Konferencja Ministerialna Grupy Pompidou. Za myśl przewodnią spotkania ministrów odpowiedzialnych za politykę antynarkotykową krajów będących członkami Grupy przyjęto hasło „Grupa Pompidou – nowe sygnały dla europejskiej polityki narkotykowej” (*The Pompidou Group: New signals for drug policy across Europe*). Hasło to odzwierciedla misję Grupy, którą jest wspieranie rozwoju efektywnych i opartych na dowodach naukowych podejść do problematyki narkotykowej w krajach członkowskich. Wypracowywanie działań łączących w sobie politykę, naukę i praktykę powinno być wspierane szczególnie poprzez koncentrację wysiłków na poziomie lokalnym realizowanych programów antynarkotykowych.

Konferencje Ministerialne organizowane zgodnie z nowo przyjętymi regulacjami co cztery lata, stanowią polityczny poziom decyzyjny w Grupie. Otwarty charakter Grupy kreujący niewiążące politycznie forum dyskusji pomiędzy państwami i ministrami umożliwia dialog pomiędzy stronami, których pozycje wyjściowe w stosunku do narkotyków i narkomanii są często skrajnie przeciwstawne. W ramach politycznego wymiaru działalności Grupy Konferencja Ministerialna formułuje strategiczne dla codziennej praktyki tej organizacji decyzje i dokumenty. Przyjęcie politycznej deklaracji Grupy Pompidou i zatwierdzenie planu pracy na kolejny okres funkcjonowania poprzedzone jest zatwierdzeniem sprawozdania z działalności za ostatni okres prac Grupy oraz przyjęciem sygnałów kierunkowych dla polityki i praktyki antynarkotykowej wynikających z doświadczeń realizacji planów i zadań Grupy oraz będących rezultatem wniosków z funkcjonowania platform tematycznych i aktywności Stałych Korespondentów Grupy.

Prezydencja w rękach Holandii

W okresie od 2004 do 2006, w którym prezydencja Grupy spoczywała w rękach Ministra Zdrowia Holandii i w którym wiceprzewodniczącym Grupy była Polska, podjęte zostały nowatorskie formy pracy – tzw. platformy tematyczne służące wymianie informacji i rozwojowi sześciu grup problemowych: profilaktyce, leczeniu, badaniom naukowym, etyce, sprawom egzekwowaniu prawa i problematyce bezpieczeństwa na lotniskach.

Specjalnym zadaniem prezydencji holenderskiej było również powołanie do życia Komitetu Audycyjnego, który dokonał oceny aktualnego funkcjonowania Grupy i rekomendował działania niezbędne do unowocześnienia i zwiększenia skuteczności oraz widoczności Grupy na arenie międzynarodowej i w krajach członkowskich.

W trakcie prezydencji holenderskiej Polska była jednym z aktywniejszych członków Grupy, czego przejawem było pełnienie przez Stałego Korespondenta Polski funkcji wiceprzewodniczącego Stałych Korespondentów, członka zespołu audycyjnego i koordynatora Platformy „Treatment” (leczenie/terapia). Przedstawiciele Polski byli szczególnie aktywni w platformach: „Research” (Badanie), „Ethics” (Etyka) i „Prevention” (Profilaktyka) oraz wspomnianej wyżej platformie „Treatment”.

W ostatnich trzech latach Polska gościła w Warszawie jedno z trzech spotkań Komitetu Audycyjnego oraz Platformę „Treatment”. Z kolei w Gdańsku odbyło się spotkanie Platformy „Research”.

Rezultatem aktywności Platformy „Treatment” było również przygotowanie publikacji poświęconej terapii osób młodocianych uwikłanych w problem uzależnienia. Książka pod tytułem „Young People and Drugs. Treatment and Care” (Młodzi Ludzie

i Narkotyki. Leczenie i Opieka), które polskimi współautorami są Jolanta Koczurowska, Bogusława Bukowska, Janusz Sierosławski i Piotr Jabłoński, wydana została w wersji angielskojęzycznej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i dystrybuowana po raz pierwszy w trakcie konferencji w Strasbourgu (publikacja ta przewidziana jest do przetłumaczenia i wydania w polskiej wersji językowej).

Pałeczka przekazana Polsce

Wyrazem docenienia roli i zasług Polski dla rozwoju i dorobku Grupy stała się przyjęta przez aklamację decyzja o powierzeniu Ministrowi Zdrowia Polski, profesorowi Zbigniewowi Relidze, przewodnictwa w Grupie Pompidou na lata od 2007 do 2010. Jednocześnie Stały Korespondent ze strony Polski, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński, przyjął z rąk holenderskich rolę przewodniczącego Stałych Korespondentów i Biura Grupy.

Wzrastającej i aktywnie zmienianej roli międzynarodowej Grupy Pompidou towarzyszy wola powierzenia Grupie przez społeczność międzynarodową (co zawarte zostało zarówno w propozycji obecnej prezydencji fińskiej Unii Europejskiej jak i w Deklaracji Politycznej Grupy) roli organizatora współpracy różnych instytucji i organizacji europejskich zajmujących się narkotykami i narkomanią. Działania te mają na celu podniesienie efektywności i jakości działań. Jednych z priorytetów Grupy staje się więc organizacja współpracy międzynarodowej w obszarze wymiany informacji i doświadczeń w celu ograniczania powielania aktywności. Rolą Grupy jest też stworzenie międzynarodowego i interinstytucjonalnego forum współpracy dla organizacji działających na polu redukcji popytu i podaży substancji psychoaktywnych w społeczności europejskiej. (red.)

W dniach od 12 do 14 listopada bieżącego roku odbyła się w Warszawie Konferencja Eksperska Unia Europejska – Rosja, dotycząca narkotyków i narkomanii...

EKSPERCI NA SZCZYCIE

KLAUDIA PALCZAK, ŁUKASZ JĘDRUSZAK, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Obecnie problem narkotyków i narkomanii należy rozpatrywać w wymiarze ponadnarodowym, a nawet ogólnoswiatowym. Zapobieganie narkomanii oraz zwalczanie przestępczości narkotykowej na poziomie krajowym wspierane jest więc przez inicjatywy i aktywności międzynarodowe.

Państwa Unii Europejskiej prowadzą zaawansowaną współpracę w tym zakresie, należy jednak pamiętać, że znaczną część narkotyków trafiających na rynki zachodnie produkuje się poza Europą, np. heroina pochodząca z Afganistanu, poprzez terytorium Federacji Rosyjskiej, trafia do państw unijnych. Przemysł narkotyków ze wschodu stanowi poważny problem dla bezpieczeństwa i zdrowia publicznego krajów tranzytowych i docelowych. Dla przykładu warto wskazać wzrost konsumpcji narkotyków, w tym przyjmowanie ich w iniekcji w Federacji Rosyjskiej oraz związany z tym problem zakażeń HIV/AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Zjawiska te, z racji bliskiego położenia geograficznego, mogą dotknąć także mieszkańców Unii Europejskiej, dlatego też w najlepiej pojętym interesie państw członkowskich leży współpraca i wspieranie wschodniego sąsiada w walce z tym problemem.

Mając na względzie powyższe fakty, Polska wielokrotnie podkreślała na forum Rady Unii Europejskiej znaczenie rozwijania współpracy z Federacją Rosyjską, wskazując występujące tam zagrożenia. Między innymi dzięki polskiemu zaangażowaniu obszar ten stał się jednym z regionów priorytetowych antynarkotykowej polityki Unii Europejskiej.

Zaangażowanie to znalazło odzwierciedlenie w idei, która narodziła się w 2005 roku w Luksemburgu na spotkaniu ministrów spraw wewnętrznych Unii Europejskiej i Rosji. Dotyczyła ona organizacji Konferencji Eksperskiej Unia Europejska – Rosja poświęconej narkotynom i narkomanii, która, po niemal rocznym okresie przygotowań, odbyła się w dniach od 12 do 14 listopada 2006 roku w Warszawie.

Głównym celem warszawskiej konferencji było wypracowywanie w gronie ekspertów z zakresu ograniczania popytu, podaży oraz monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, obszarów współpracy oraz określenie ram czasowych dla realizacji wypracowanych koncepcji. W konferencji udział wzięło ponad stu reprezentantów z państw członkowskich oraz Federacji Rosyjskiej. Wśród uczestników znaleźli się przedstawiciele Komisji Europejskiej, Rady Unii Europejskiej, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz Europolu. Ponadto uczestnicy konferencji reprezentowali szereg instytucji i organizacji odpowiedzialnych za kwestie narkotykowe. Wśród nich byli pracownicy ministerstw: spraw wewnętrznych, zdrowia, spraw społecznych, spraw zagranicznych oraz rosyjskiej agencji zajmującej się zwalczaniem przemytu narkotyków. Ponadto w spotkaniu uczestniczyli także przedstawiciele organizacji pozarządowych.

Spotkanie odbyło się pod patronatem Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religii oraz z aktywnym udziałem Sekretarza Stanu MSWiA, Marka Surmacza.

Warszawskie spotkanie zostało zorganizowane w formie czterech grup warsztatowych:

- I. Redukcja podaży;
- II. Profilaktyka antynarkotykowa;
- III. Leczenie, rehabilitacja i ograniczenie szkód zdrowotnych;
- IV. Monitoring zjawiska narkomanii.

W trakcie spotkania udało się wypracować rekomendacje oraz zaplanować konkretne działania do realizacji pomiędzy ekspertami z krajów członkowskich oraz Rosji. Warto podkreślić, że Federacja Rosyjska reprezentowana była przez osiemnastoosobową delegację, w której skład weszli przedstawiciele różnych ministerstw zajmujących się problematyką narkomanii oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych.

Dyskusja prowadzona w obszarach, w których współpraca pomiędzy UE a Rosją jest znacznie bardziej zintensyfikowana, takich jak współpraca policji, przebiegała łagodniej i bardziej intensywnie. W obszarach dotyczących leczenia lub profilaktyki polemika często odnosiła się do kwestii ideologicznych. Podejście do metod leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych w Krajach Unii Europejskiej często różni się od

podejścia promowanego przez Federację Rosyjską. Mimo to we wszystkich czterech grupach warsztatowych udało się wypracować istotne konkluzje i rekomendacje dotyczące możliwości przyszłej współpracy.

Rekomendacje z poszczególnych grup

warsztatowych kształtowały się następująco:

I. Redukcja podaży:

- Uczestnicy warsztatu uznali, iż alarmująca sytuacja w Afganistanie wymaga niezwłocznego i pełnego wykorzystania istniejących mechanizmów oraz szybkiej implementacji środków przyjętych podczas konferencji Paryż 2 – Moskwa 1, która odbyła się w Moskwie w czerwcu 2006 roku. Podkreślono jednocześnie, iż należy zwiększyć znaczenie Bałtyckiej Grupy Zadaniowej w zwalczaniu przemytu narkotyków.
- Unijni i rosyjscy specjaliści podjęli decyzję, iż wiosną 2007 roku zostanie zorganizowane w Polsce dziesięciodniowe szkolenie z zakresu zwalczania nielegalnych laboratoriów produkujących narkotyki syntetyczne. Szkolenie zorganizują specjaliści Europolu i polskiej policji.
- Kolejną aktywnością będzie organizacja spotkania w Rosji poświęconego zwalczaniu przemytu narkotyków z Afganistanu. W spotkaniu wezmą udział przedstawiciele Rosji, Unii Europejskiej i państw regionu Azji Centralnej.

II. Profilaktyka antynarkotykowa:

- Profilaktyka antynarkotykowa powinna odnosić się zarówno do legalnych jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych. Działania profilaktyczne prowadzone powinny być na poziomie lokalnym w celu podniesienia ich efektywności (czasowo i geograficznie bliżej źródła problemu). Należy włączyć społeczność lokalną w przeciwdziałanie zjawisku narkomanii poprzez zachęcanie do współpracy oraz podnoszenie umiejętności realizatorów działań antynarkotykowych na szczeblu lokalnym. Proponowanym działaniem w tym zakresie jest realizacja strategii profilaktycznej w gminach sąsiadujących ze sobą państw. Taka inicjatywa dałaby możliwości eksplorowania wpływu różnic kulturowych na efekty prowadzonych działań oraz identyfikacji wspólnych elementów.
- Konieczna jest poprawa współdziałania i budowa efektywniejszych sposobów komunikacji między naukowcami, decydentami oraz szczeblem lokalnym jako niezbędny warunek ku efektywniejszemu zwal-

czaniu zjawiska narkotyków i narkomanii. Proponowane działanie to budowa wspólnych standardów jakości oraz opracowanie systemu akredytacji. Pozwoli to na ocenę efektywności prowadzonych działań oraz umożliwi wymianę dobrych praktyk między państwami. Przykładem może być europejska baza rekomendowanych programów przeciwdziałania narkomanii EDDRA (Europejskie Baza rekomendowanych Programów z Zakresu Ograniczania Popytu).

- Postanowiono lepiej wykorzystać potencjał środków masowego przekazu w poszerzaniu świadomości i promowaniu bardziej realistycznej i opartej na badaniach naukowych wiedzy o narkotykach. Proponuje się zorganizowanie seminarium na temat efektywności kampanii medialnych dotyczących narkotyków i narkomanii.

III. Leczenie, rehabilitacja

i ograniczenie szkód zdrowotnych:

- Zaplanowano podnoszenie świadomości dotyczącej opartych na badaniach naukowych metod leczenia osób uzależnionych. Proponowanymi aktywnościami w tym zakresie są seminaria poświęcone prezentacji różnych podejść terapeutycznych do problemu narkotyków i narkomanii oraz prezentacja wyników ich ewaluacji. Ponadto postanowiono utworzyć ośrodek rehabilitacyjny oparty o metodę społeczności terapeutycznej.
- Zdecydowano o promowaniu współpracy mającej na celu poprawę i lepsze rozpowszechnienie usług rehabilitacyjno – leczniczych, między innymi poprzez organizację seminarium dla praktyków na temat znaczenia działań z zakresu redukcji szkód oraz publikacje na temat leczenia metodą społeczności terapeutycznych.

IV. Monitoring zjawiska narkomanii:

Uczestnicy warsztatu uznali za istotne polepszenie jakości wyników badań realizowanych w obszarze narkotyków i narkomanii. Rzetelne informacje pozwolą na opracowywanie efektywniejszych sposobów walki z problemem.

Polepszenie jakości danych jest możliwe po spełnieniu następujących warunków:

- opracowanie ujednoliconej terminologii,
- wypracowanie wspólnych i ujednoliconych metod przeprowadzania badań.

Ważnym elementem będzie powołanie do życia Unijno – Rosyjskiej Grupy Roboczej do opracowania projektu współpracy bazującego na powyższych rekomendacjach oraz udział ekspertów z Rosji w corocznych spotkaniach krajowych eksportów organizowane przez EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii).

Dokument zawierający listę konkretnych działań do realizacji w przyszłości pomiędzy państwami członkowskimi a Rosją ma być przedstawiony na spotkaniu ministrów spraw wewnętrznych, gdzie zostanie określony ostateczny termin realizacji zaplanowanych na warszawskim spotkaniu oraz wyznaczone źródła ich finansowania.

Należy mieć nadzieję, iż warszawskie spotkanie przyczyni się do poprawy współpracy pomiędzy unijnymi i rosyjskimi ekspertami oraz decydentami zajmującymi się zjawiskiem narkomanii, dając jednocześnie pozytywny impuls do zintensyfikowania wspólnych działań w tym zakresie.

KALENDARIUM WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ

Grudzień

- Regionalne seminarium ESPAD (projektu badań nad używaniem alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną), z udziałem Ukrainy, Rosji, Bośni i Hercegowiny, Irlandii, Rumunii, Armenii i Polski, Warszawa od 8 do 9.12.2006 r.
- Spotkanie Trojki i zainteresowanych państw członkowskich z przedstawicielami – Ukrainy oraz Stanów Zjednoczonych, Bruksela 18.12.2006 r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 19.12.2006 r.
- Posiedzenie Centralnej Grupy Dublinskiej, Bruksela 20.12.2006 r.
- „Badanie środków odurzających i substancji psychotropowych” szkolenie dla ekspertów chemii z Ukrainy realizowane przez Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Komendy Głównej Policji, Warszawa od 5 do 15.12.2006 r.

Styczeń

- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 11.01.2007 r.
- Spotkanie Trojki, Bruksela 12.01.2007 r.

ReLION, opracowany we Francji system obserwacji działań prewencyjnych związanych z substancjami psychoaktywnymi legalnymi i nielegalnymi, jest w formie pilotażu wdrażany w województwie lubelskim

ReLION 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



Zapobieganie narkomanii stanowi podstawowe ogniwo w skutecznym ograniczaniu problemów związanych z używaniem narkotyków i uzależnieniem od nich. Optymalizacja strategii profilaktycznych to jeden z ważniejszych celów Eu-

ropejskiej Strategii Walki z Narkotykami na okres od 2005 do 2012 roku. Ciągłe rozwijająca się profilaktyka i jej różnorodne formy stanowią swojego rodzaju odpowiedź na krajobraz kulturowy naszego kraju, którego stałym elementem stały się narkotyki. Obserwujemy rosnącą popularność narkotyków wśród młodzieży szkolnej. Nieodczynnym elementem kultury młodzieżowej są przetwory konopi, a w mniejszym stopniu narkotyki syntetyczne, które wkraczają również w świat dorosłych.

Z kolei niewiele można powiedzieć zarówno o zakresie jak i kształcie działań profilaktycznych w skali kraju czy też województwa. Nie wiadomo zatem, jaki jest poziom zaspokojenia potrzeb w tym zakresie. W związku z powyższym warto stworzyć system obserwacji działań profilaktycznych, który w efekcie pozwoli na gromadzenie danych na poziomie wojewódzkim i krajowym. To musi być taki system, który pozwoli na scharakteryzowanie prowadzonych działań profilaktycznych oraz identyfikację zmian profilaktycznych na różnych poziomach.

Prewencyjny ReLION

Potrzebom w tym zakresie jest w stanie sprostać implementowany do warunków polskich ReLION – system obserwacji działań prewencyjnych związanych z substancjami psychoaktywnymi legalnymi i nielegalnymi. Projekt pilotażowy, do którego przystąpiło województwo lubelskie, ukierunkowany będzie na adaptację i wykorzystanie narzędzi badawczych opracowanych przez Francuskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, służących skutecznemu monitorowaniu prowadzonej działalności profilaktycznej oraz ich pilotażowemu wdrożeniu na terenie Lubelszczyzny.

Monitorowanie działań profilaktycznych może zatem dostarczyć danych w zakresie zaspokojenia potrzeb w obszarze profilaktyki na danym terenie, informacji o jakości i skuteczności działań profilaktycznych oraz informacji o obszarach, gdzie profilaktyka nie dociera lub dociera w niedostatecznym stopniu. Koordynacja działań profilaktycznych w skali województwa czy kraju zapewni informacje o instytucjach prowadzących działania, zakresie i charakterze podejmowanych przedsięwzięć, nakładach finansowych oraz umożliwi uniknięcie wielokrotnego liczenia tych samych działań i tych samych środków finansowych. Zatem będzie odpowiedzią na pytania: kto, co robi, kiedy, gdzie, w jaki sposób, u kogo, z jakich środków finansowych korzysta.

Badanie ReLION prowadzone jest we Francji od 2005 roku. Koordynatorami są regionalne ośrodki informacji o narkotykach i uzależnieniach (CIRDD) oraz Francuskie Obserwatorium Narkotyków i Uzależnień (OFDT). Faza pilotażowa prowadzona była na przełomie lat 2005 i 2006 w trzech departamentach: Alzacji, Bretanii i Burgundii. Kolejnym etapem było

włączenie i upowszechnienie ReLION w dziesięciu regionach (49 francuskich departamentach).

Nadrzędnym celem programu ReLION we Francji jest przetestowanie krajowej procedury obserwacji, nakierowanej na całość działań prewencyjnych, w szczególności na działania wymykające się obserwacji oraz wzmocnienie zadań CIRDD-ów w kontekście obserwacji sceny narkotkowej i problemu uzależnień.

Metody badawcze

Podstawową metodą badawczą jest kwestionariusz kierowany do zainteresowanej populacji na określonym terytorium i przez określony czas. Adresatami kwestionariusza ReLION byli wszyscy, którzy mogli mieć styczność z realizacją zadań z obszaru profilaktyki uzależnień m.in.: stowarzyszenia, szkoły, policja, żandarmeria, placówki sądowe, edukacyjne i opiekuńcze dla młodzieży, kasy chorych, kasy ubezpieczeń społecznych, struktury socjalne, resocjalizacyjne, placówki ochrony zdrowia i inne. Dane zawarte w kwestionariuszu to odpowiedzi, których udzielano anonimowo w wersji elektronicznej, na trzydzieści pytań. W wyniku przeprowadzenia pilotażowego badania uzyskano bazę danych o realizatorach działań profilaktycznych w trzech departamentach Francji, ich charakterystykę oraz szczegółowe informacje o działaniach przez nich podejmowanych. Ponadto wyniki zdiagnozowanych 232 działań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- 78% działań skierowanych było do środowisk szkolnych,
- 44% korzystało z dotacji publicznych, podczas gdy 33% zostało przeprowadzonych w ramach środków własnych,
- 83% podlegało ocenie,
- 39% było realizowanych przez zróżnicowaną grupę uczestników,
- 45% stanowiło część szerszych programów, składających się z większej ilości działań, 18,5% stanowiły programy wieloletnie,
- 48% dotyczyło uzależnień od tytoniu,
- 34,5% dotyczyło uzależnienia od alkoholu,
- 27% dotyczyło uzależnienia od marihuany,
- 47% dotyczyło ogółu narkotyków,

- 45% działań było realizowane z wykorzystaniem metod partycypacyjnych.

Przeprowadzenie pilotażowego programu pozwoliło na stwierdzenie, że eksperyment uznano za niezwykle udany, zarówno jeśli chodzi o trafność zastosowanego mechanizmu, jak i ogólną metodologię.

Adaptacja do polskich warunków

Inauguracja pilotażu programu ReLION w województwie lubelskim odbyła się 7 grudnia 2006 roku podczas międzynarodowej konferencji z udziałem zastępcy dyrektora Francuskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Paryżu OFDT – Matthieu Chalumeau, Bogusławy Bukowskiej – zastępcy dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie, Janusza Sierosławskiego i Katarzyny Okulicz-Kozaryn z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W spotkaniu uczestniczyli również: Janusz Jurek – dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie, Marek Błaszczak – lubelski wicekurator oświaty, Jolanta Herda – zastępca dyrektora Lubelskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie, Małgorzata Łobodzińska – zastępca dyrektora Miejskiego Inspektoratu Zdrowia, mjr Feliks Świrszcz – Naczelnny Lekarz Specjalista Ochrony Zdrowia Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Lublinie, przedstawiciel Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie, przedstawiciel Komendy Miejskiej Policji w Lublinie, a także przedstawiciele wybranych samorządów gminnych i organizacji pozarządowych.

Pilotażowe wdrożenie programu będzie stanowiło wsparcie procesu adaptacji francuskich rozwiązań do polskich warunków, które wynikają chociażby z odmienności w strukturach instytucjonalnych. Możliwe ono będzie dzięki zaangażowaniu pracowników Oddziału ds. Uzależnień Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie, eksperta wojewódzkiego ds. informacji o narkotykach i narkomanii, a także Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U” – oddział Lublin oraz innych osób włączających się aktywnie w podejmowane działania.

Cele pilotażowego wdrożenia programu ReLION to:

- Sprawdzenie możliwości wdrożenia francuskiego systemu monitorowania w Polsce (tzw. studium wykonalności).

- Weryfikacja narzędzi monitorowania w polskich warunkach instytucjonalnych i kulturowych.
- Zebranie doświadczeń w realizacji projektu, które posłużą do zdefiniowania polskiego systemu.
- Wstępna ocena wiarygodności możliwych do uzyskania danych.

Proces wdrażania ww. programu rozpoczął się w trakcie wizyty studyjnej eksperta wojewódzkiego i dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w OFDT w Paryżu, a także w CIRRD w Dijon w listopadzie bieżącego roku, podczas której zapoznano się z francuskimi doświadczeniami w implementacji systemu. Kolejnym krokiem było tłumaczenie i wstępna adaptacja protokołu monitorowania i kwestionariusza opracowanego przez specjalistów francuskich. Następnym i bardzo ważnym elementem wdrażania ReLION będzie wybór i szkolenie ankieterów, którzy zajmą się zbieraniem danych od wybranych wcześniej beneficjentów programu. Opracowanie danych, obliczenia i analizy, a także opracowanie raportu, to działania zaplanowane do realizacji w drugiej połowie 2007 roku.

W metodzie pilotażu w województwie lubelskim będzie funkcjonowała przewaga aktywnych form identyfikacji podmiotów poddanych badaniu, natomiast samorząd gminny będzie stanowił punkt wyjścia do zbierania danych. W części zidentyfikowanych programów zbieraniem danych zajmą się wyszkoleni ankieterzy (zamiast kwestionariusza do samodzielnego wypełnienia), co pozwoli na weryfikację kwestionariusza w następujących kwestiach:

- Zrozumiałość pytań.
- Jednoznaczność pytań i odpowiedzi.
- Poprawność kategoryzacji odpowiedzi.
- Identyfikacja luk informacyjnych.
- Czytelność układu graficznego.

Podczas zbierania danych obowiązywać będzie anonimowość respondentów, anonimowość programów i działań, a także wiarygodność i rzetelność działań. W celu uniknięcia wielokrotnego liczenia tych samych działań, ważnym i nieodzownym elementem będzie opis struktur wielopoziomowych, czyli wnikliwa informacja o programach realizowanych w ramach profilaktyki, subprogramach, wzajemnych zależnościach między programami i działaniami, o efektach

synergistycznych i potencjalnych konfliktach. Podstawę wiedzy w tym zakresie ankieter uzyska z danych pochodzących z Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii oraz innych programów lokalnych realizowanych przez organizacje pozarządowe, szkoły i inne podmioty.

Warunki powodzenia pilotażu:

- Pomoc i współpraca ze strony administracji lokalnej (gminy).
- Zrozumienie i współpraca ze strony realizatorów programów i działań profilaktycznych.
- Wsparcie ze strony mediów, szczególnie lokalnych – propagowanie programu.
- Operatywność ankieterów.

ReLION w całej Polsce?

Wdrożenie systemu obserwacji działań profilaktycznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych ma ogromne znaczenie dla rozwoju systemu monitorowania w skali kraju, a nawet Unii Europejskiej. Istnieje potrzeba pełnego zaangażowania ze strony wszystkich partnerów oraz zorganizowanie współpracy podmiotów realizujących zadania z obszaru profilaktyki uzależnień, co z pewnością przyniesie wymierne efekty dla nich samych, a także dla beneficjentów zadań przez nich realizowanych.

Prezentacja pierwszych wyników z realizacji „lubelskiego ReLION” nastąpi w przyszłym roku, przewidziano także publikację w formie raportu. Wyniki zostaną przekazane wszystkim partnerom projektu. Rozpoczęcie prac nad ogólnopolskim wdrożeniem monitorowania rozpocznie się w 2008 roku.

Monitorowanie działań profilaktycznych pozwoli na gromadzenie danych do ewaluacji profilaktyki, a także upowszechnianie programów i oddziaływań odznaczających się dużą skutecznością. Stworzenie bazy danych profesjonalnych realizatorów działań profilaktycznych pozwoli na wyeliminowanie nieracjonalnych działań, a także skoordynowanie działań profilaktycznych w skali województwa czy też kraju. To z kolei pozwoli na racjonalną alokację środków publicznych, które będą wspierać profesjonalne działania. System monitorowania powinien dostarczać danych porównywalnych z innymi krajami Unii Europejskiej.

Działająca pod adresem internetowym <http://eldd.emcdda.europa.eu> bezpłatna europejska baza aktów prawnych dotyczących narkotyków jest łatwo dostępnym źródłem wiedzy dla zaangażowanych w działania antynarkotykowe instytucji Unii Europejskiej oraz całej społeczności międzynarodowej

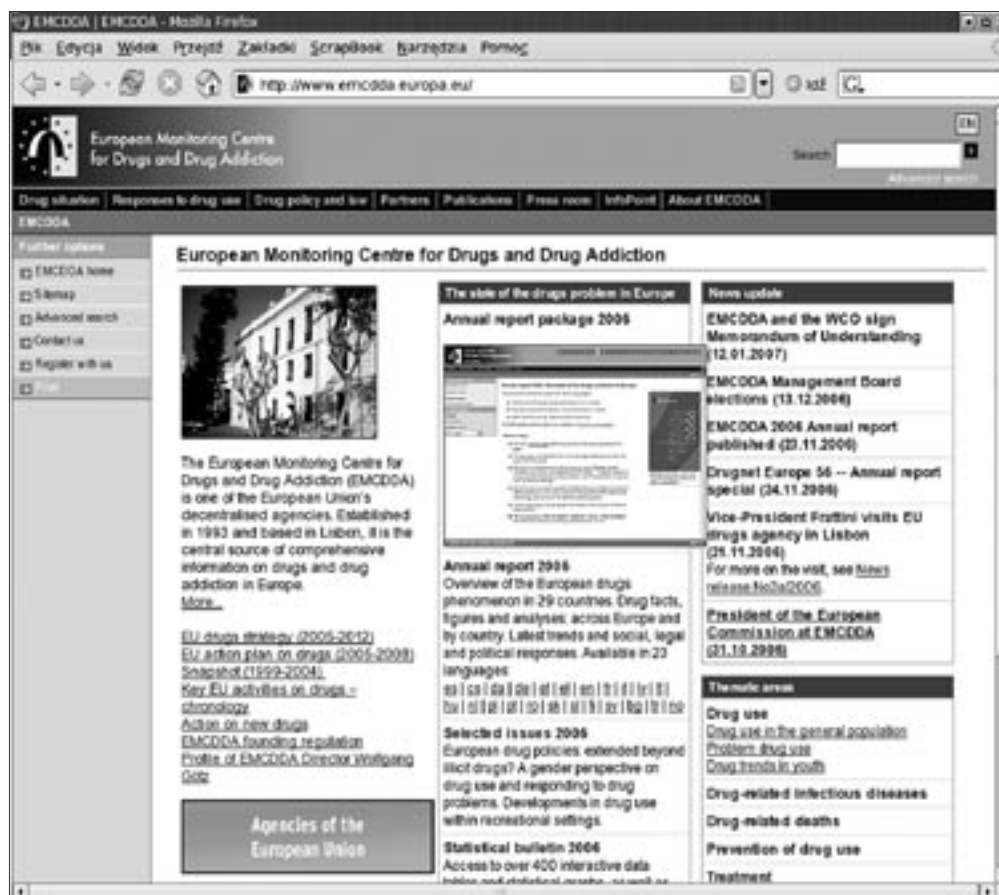
ELDD – Europejska baza aktów prawnych dotyczących narkotyków

Zakres przedmiotowy, mechanizm działania oraz ocena

**PIOTR RAKOWSKI, GŁÓWNY SPECJALISTA
W DEPARTAMENCIE UNII EUROPEJSKIEJ
I WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ MSWiA,
SEKRETARIAT GENERALNY RADY UE W BRUKSELI**

Europejskie Centrum Przeciwdziałania Narkotykom i Narkomanii (ang. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA) odpowiada m.in. za monitorowanie sytuacji w zakresie stanu problemu narkotykowego w państwach członkowskich UE oraz państwach współpracujących z EMCDDA.¹ Jednym z ważnych elementów takiej oceny jest również analiza ustawodawstwa wewnętrznego państw, które reguluje problem narkomanii i narkotyków. Od momentu utworzenia Centrum przekazywanie informacji o stanie prawa odbywało się tym samym kanałem i z wykorzystaniem tych samych instrumentów, jak w przypadku innych informacji dotyczących narkomanii i narkotyków, czyli za pośrednictwem krajowych punktów kontaktowych (ang. *focal*

points) i w oparciu o przygotowywane przez te punkty raporty roczne, okresowe lub konkretne informacje. Przygotowywane przez EMCDDA roczne raporty na temat sytuacji w zakresie problemu narkotykowego w państwach członkowskich i współpracujących zawierały również, jakkolwiek ograniczone, informacje o stanie ustawodawstwa i najważniejszych rozwiązaniach prawnych.



Bezpłatna baza aktów prawnych

Po kilku latach działalności EMCDDA pojawiła się jednak konieczność zajęcia się problematyką prawną w obszarze dotyczącym narkomanii, a także powiązanymi z nią kwestiami praktycznymi, w sposób szerszy i zdeterminowany. Powiązane jest to bezpośrednio z zakresem samego zagadnienia i jego wewnętrzną specjalizacją. Należy również pamiętać, że nowe ustawodawstwo i rozwiązania prawne dotyczące narkotyków rozwijają się stale, zarówno na poziomie krajowym, jak i UE. W konsekwencji w czerwcu 2001 r. podjęto decyzję o utworzeniu Europejskiej bazy aktów prawnych dotyczących narkotyków (ang. European Legal Database on Drugs – ELDD). W 2002 roku do udziału w pracach ELDD zaproszono 10 ówczesnych państw kandydujących do UE, natomiast od samego początku funkcjonowania bazy aktów prawnych w jej pracach uczestniczy Norwegia.

ELDD jest ogólnodostępnym zbiorem aktów prawnych i opracowań dotyczących różnych prawnych aspektów wiążących się z problemem narkotyków. Podstawowym założeniem ELDD jest dostarczanie wiarygodnych i uaktualnianych informacji o ustawodawstwie krajowym państw członkowskich, kandydujących do UE i Norwegii, strategiach i planach krajowych przyjmowanych na podstawie instrumentów prawnych oraz praktyki ich stosowania w kontekście konkretnych problemów czy zagadnień. ELDD, poza informacjami dotyczącymi państw, zawiera także informacje o rozwiązaniach prawnych przyjmowanych przez UE oraz o odpowiednich instytucjach i agencjach UE, które posiadają w swojej właściwości zagadnienia dotyczące narkotyków. Baza aktów prawnych adresowana jest do specjalistów–prawni-

ków, naukowców, studentów, a także innych użytkowników sieci zainteresowanych tą problematyką. Dostęp do bazy danych odbywa się za pośrednictwem internetu i jest bezpłatny.

Rodzaje informacji w ELDD

Informacje zgromadzone w ELDD można podzielić na cztery podstawowe grupy. Pierwsza obejmuje teksty aktów prawnych. Obecnie ponad 800 tekstów aktów

Wyszukiwanie instrumentów prawnych odbywa się z wykorzystaniem takich kryteriów jak: tekst aktu prawnego, państwo, słowa kluczowe lub rodzaj instrumentu prawnego. Do aktów prawnych dołączone są krótkie (dostępne w języku angielskim) streszczenia, aby umożliwić użytkownikowi zapoznanie się z ogólnym zakresem regulacji. Okazuje się to szczególnie pomocne w przypadku, kiedy dany akt prawny nie posiada tłumaczenia.

prawnych zostało zgromadzonych w bazie. Większość z nich opublikowano w narodowych wersjach językowych, niemniej dostępne są także angielskie tłumaczenia niektórych instrumentów prawnych (najczęściej dotyczy to aktów regulujących problem narkomanii i narkotyków o charakterze podstawowym czy też horyzontalnym). Wyszukiwanie instrumentów prawnych odbywa się z wykorzystaniem takich kryteriów jak: tekst aktu prawnego, państwo, słowa kluczowe lub rodzaj instrumentu prawnego. Do aktów prawnych dołączone są krótkie (dostępne w języku angielskim) streszczenia, aby umożliwić użytkownikowi zapoznanie się z ogólnym zakresem regulacji. Okazuje się to szczególnie pomocne w przypadku, kiedy dany akt prawny nie posiada tłumaczenia.

Drużga grupa to tzw. charakterystyki państwa (ang. *country profiles*) pod kątem rozwiązań prawnych i w pewnym zakresie instytucjonalnych w zakresie narkotyków, a które wynikają bezpośrednio z przyjętych rozwiązań prawnych. Wszystkie podzielono na wybrane zagadnienia odnoszące się do roz-

wiązań krajowych w zakresie prawnych aspektów substancji podlegających kontroli państwa (przede wszystkim dotyczy to prekursorów), rozwiązań dotyczących karalności (lub nie) używania i posiadania narkotyków, przemytu narkotyków i substancji

kontrolowanych (w tym zwłaszcza popełnianego w ramach przestępczości zorganizowanej), środków karnych i stosowanej polityki karnej, zapobiegania i leczenia narkomanii oraz prania pieniędzy.

Trzecią grupę stanowią tzw. przeglądy tematyczne (ang. *topic overviews*), które dotyczą wybranych i szczególnych zagadnień wiążących się z problemem narkotykowym w aspekcie prawnym (ustawodawstwa i praktyki). Najważniejsze dotychczas przygotowane i umieszczone w bazie przeglądy dotyczyły takich problemów jak: rozwiązania prawne dotyczące tzw. miękkich narkotyków (ang. *cannabis*), krajowych sankcji karnych związanych z posiadaniem lub przemytem narkotyków, prawnych klasyfikacji środków odurzających i substancji psychotropowych czy środków alternatywnych stosowanych wobec osób popełniających przestępstwa po użyciu narkotyków (np. znane w niektórych państwach sankcje administracyjne). Ostatnie przykłady takich przeglądów to między innymi możliwości legalnego badania pracowników w miejscu pracy na obecność środków odurzających i substancji psychotropowych, rozwiązania odnoszące się do grzybów halucynogennych oraz prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków. Takie przeglądy przygotowuje się zawsze według wspólnie przyjętego formatu, który obejmuje omówienie problemu oraz szczegółowe tabele informacyjne.

Ostatnią grupę tworzą tzw. raporty dotyczące sytuacji prawnej (ang. *legal reports*). Są to bardziej szczegółowe analizy i opracowania o charakterze porównawczym odnoszące się do sytuacji prawnej w Europie. Jednym z najbardziej reprezentatywnych przykładów takiego raportu jest tabela dotycząca substancji oraz ich klasyfikacji w ustawodawstwie krajowym i instrumentach międzynarodowych, która obejmuje ponad 500 różnych

substancji. Podlega ona cyklicznej aktualizacji. Inne z ważniejszych, przygotowanych w ramach działania ELDD raportów prawnych, dotyczą m.in. leczenia substytucyjnego, prawnych aspektów narkotyków wykorzystywanych w leczeniu, problemu używania narkotyków przez nieletnich, a także zagadnienia ilości jako kryterium do przyjmowania sankcji karnych.

Informacje podlegają okresowej aktualizacji. Dlatego też uzupełniane są one o dane przekazywane za

pośrednictwem tzw. portalu wiadomości (ang. *news service*), którego zadaniem jest dystrybuowanie powiadomień do wszystkich zarejestrowanych użytkowników portalu o wszelkich przyjętych zmianach w prawie wewnętrznym państw, prawie UE, strategiach oraz planach. Rejestracja w portalu jest bezpłatna i następuje po wypełnieniu odpowiedniego formularza członkowskiego.

Krajowi korespondenci prawni

ELDD działa w oparciu o tzw. krajowych korespondentów prawnych (ang. *legal correspondents on drugs*), czyli specjalistów-prawników, których głównym zadaniem jest umieszczanie w bazie, aktualizowanie, a nierzadko także tłumaczenie krajowych instrumentów prawnych i innych dokumentów, które umieszcza się w bazie. Są oni oficjalnymi przedstawicielami państw członkowskich i instytucji UE. Nie zostały jak dotąd sprecyzowane konkretne wymogi co do organów czy instytucji, z których korespondenci powinni być wyznaczani, dlatego też

decyzja należy do państw. Dotychczasowa praktyka pozwala stwierdzić, iż pochodzą oni bądź z ministerstw odpowiedzialnych za ograniczanie popytu (ministerstwa zdrowia i pokrewne) lub ministerstw właściwych za ograniczanie podaży (sprawiedliwości

ELDD działa w oparciu o tzw. krajowych korespondentów prawnych (ang. *legal correspondents on drugs*), czyli specjalistów-prawników, których głównym zadaniem jest umieszczanie w bazie, aktualizowanie, a nierzadko także tłumaczenie krajowych instrumentów prawnych i innych dokumentów, które umieszcza się w bazie. Są oni oficjalnymi przedstawicielami państw członkowskich i instytucji UE.

i spraw wewnętrznych). Do pierwszej grupy należą Czechy, Dania, Niemcy, Grecja, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Norwegia, Austria, Portugalia, Słowenia, Szwecja i Finlandia. Do drugiej grupy należą Belgia, Estonia, Cypr, Malta, Holandia, Polska, Słowacja i Wielka Brytania. Jedynym państwem, którego przedstawiciel reprezentuje w/w krajowy punkt kontaktowy, są Węgry.² Przedstawiciel Komisji Europejskiej jest delegowany z Dyrekcji Generalnej ds. Sprawiedliwości, Wolności i Bezpieczeństwa. Krajowi korespondenci prawni spotykają się raz w roku na spotkaniach podsumowujących. Za koordynację tych spotkań oraz techniczne zaplecze i wszelką pomoc w edycji informacji przekazywanych do ELDD odpowiada EMCDDA.

Obecnie główna strona internetowa ELDD jest odwiedzana średnio przez 3000 użytkowników w miesiącu, przy średnio 13 000 otwieranych podstronach w miesiącu. Przeciętny czas korzystania z zasobów ELDD wynosi od 10 do 15 minut. W ciągu kilku lat od powstania bazy odnośniki do niej znalazły się na wielu stronach internetowych organizacji międzyrządowych i pozarządowych, instytutów badawczych i naukowych, uniwersytetów i innych podmiotów zajmujących się w różnym zakresie problematyką narkotykową w ujęciu prawnym. Natomiast w portalu wiadomości ELDD zarejestrowało się wielu badaczy, prawników i specjalistów w zakresie krajowej i międzynarodowej kontroli narkotyków.³ Co więcej, z bazy korzystają nie tylko specjaliści z UE lub państw, z którymi współpracę nawiązało EMCDDA, ale także pochodzący z ośrodków pozaeuropejskich.

Plusy i minusy ELDD

ELDD należy uznać za praktyczny i użyteczny instrument – źródło informacji na temat konkretnych rozwiązań prawnych, a także o praktyce ustawodawczej, programach prewencyjnych czy politykach karnych stosowanych przez państwa wobec problemu narkotykowego. Na efektywność wykorzystania bazy rzutuje jednak kilka czynników. Jednym z podstawowych problemów jest dostępność aktów prawnych w innych językach niż narodowe. Poziom tłumaczenia ich na angielski jest ograniczony, co w konsekwencji ogranicza krąg potencjalnych odbiorców. Nie zawsze aktualiza-

cja zawartych informacji odpowiada obowiązującym właśnie aktom prawnym czy innym instrumentom. Jakkolwiek korespondenci prawni powinni zapewniać jak najbardziej wiarygodne i aktualne informacje – nie zawsze tak się dzieje (co w dużej mierze wiąże się z ich podstawową aktywnością zawodową, a także nierzadko trudnościami technicznymi czy obiektywnymi, np. z dostępem do wszystkich źródeł). Wreszcie, coroczne spotkania korespondentów pokazują częstą polaryzację między nimi, szczególnie gdy chodzi o ich aktywność i propozycje dalszych inicjatyw czy działań. Z drugiej jednak strony ograniczenia te wydają się zbyt trudne do wyeliminowania, co – jeśli tak się w pewnym momencie stanie – w przyszłości powinno zapewnić, że ELDD będzie jeszcze bardziej dostępnym i użytecznym źródłem informacji prawnych związanych z problemem narkotykowym.

¹ Por. art. 1 ust. 2 Rozporządzenia Rady (EWG) nr 302/93 z dnia 8 lutego 1993 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Dz. Urz. WE L 36/1 z 12 lutego 1993 r. (wielokrotnie zmieniane: ostatnie zmiany wprowadzone Rozporządzeniem (WE) 1651/2003, Dz. Urz. UE L 245/30 z 29 września 2003 r.).

² <http://eldd.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.html&Template=contact>

³ Za: Hughes B., European Legal Database on Drugs (ELDD), EMCDD information material, Lisbon 2006.

STAN PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE

**KLAUDIA PALCZAK, KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII, KIEROWNIK
CENTRUM INFORMACJI O NARKOTYKACH
I NARKOMANII**

Wielokrotnie na łamach Serwisu pisaliśmy o działalności Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z siedzibą w Lizbonie. Słowem przypomnienia chciałabym jedynie wspomnieć, że głównym zadaniem tej instytucji jest śledzenie trendów w rozwoju zjawiska używania narkotyków i narkomanii w Europie na podstawie danych przesyłanych corocznie przez krajowe centra informacji o narkotykach i narkomanii sieci REITOX. Dzięki informacjom zbieranym przez punkty kontaktowe zlokalizowane we wszystkich krajach UE oraz Norwegii, Bułgarii, Rumunii i Turcji corocznie przygotowuje się raport na temat stanu zjawiska w Europie. Polska także wnosi swój wkład w opracowanie tego raportu. System monitorowania zjawiska narkomanii w Polsce prowadzi się w oparciu o standardy EMCDDA od 2001 roku, kiedy to powołane zostało Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii składające sprawozdania do EMCDDA i odgrywające rolę jego krajowego punktu kontaktowego.

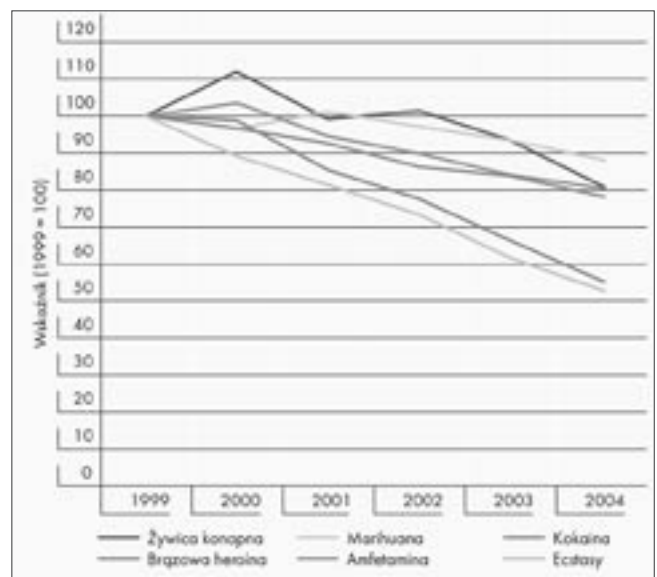
Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie najnowszych danych zawartych w Sprawozdaniu Europejskiego Centrum opublikowanym 23 listopada bieżącego roku w Brukseli. Raport zawiera dokładny opis zjawiska używania poszczególnych narkotyków (konopi indyjskich, kokainy oraz opiatów, a także amfetaminy, ekstazy i leków psychotropowych), koncentrując się na ich rozpowszechnieniu, wzorach używania, a także dostępności do leczenia. Ponadto raport poświęcony jest aspektom prawnym zjawiska; działaniom podejmowanym w odpowiedzi na problem narkotykowy; chorobom zakaźnym oraz zgonom spowodowanym narkotykami, a ponadto

monitorowaniu zjawiska politoksykomanii. Dane przedstawione w opracowaniu dotyczą głównie 2004 roku lub w wybranych przypadkach ostatniego roku, dla którego dane są dostępne.

Przedstawienie najważniejszych zagadnień opisanych w Sprawozdaniu Rocznym rozpocznie od analizy cen narkotyków na rynku europejskim.

Europa – narkotyki najtańsze w historii

Jak informuje EMCDDA, ceny narkotyków sprzedawanych na europejskich ulicach spadły w ciągu ostatnich pięciu lat i w tej chwili są najniższe w historii Europy. Analiza zjawiska prowadzona była w oparciu o dane z okresu od 1999 do 2004 roku dotyczące cen narkotyków na poziomie ulicznym (Wykres nr 1.).



Wykres 1. Kształtowanie się cen detalicznych narkotyków w Europie w latach 1999 - 2004.

Analiza wykazała, że ceny narkotyków w większości krajów europejskich spadły nawet o połowę. Ceny w Europie w badanym okresie spadły w przypadku

haszyszu (o 19%), marihuany (o 12%), kokainy (o 22%) oraz brązowej heroiny (o 45%), a także amfetaminy (o 20%) i ekstazy (o 47%). W celu ustalenia rzeczywistych cen wszystkie uzyskane w trakcie badania wartości skorygowano o wskaźniki inflacji. Choć nie są dostępne pełne dane dotyczące cen narkotyków przed 1999 rokiem, to informacje, którymi dysponuje EMCDDA, sugerują, że ceny stopniowo obniżały się w ostatniej dekadzie. Na przykład w niektórych krajach ekstazy i kokaina są obecnie tańsze niż pod koniec lat 80. i na początku lat 90.

Na ceny narkotyków może wpływać wiele czynników, w tym wahania podaży, poziom czystości, rodzaj substancji i kupowana ilość. Analizę cen dodatkowo komplikuje ukryty charakter rynku narkotyków oraz zróżnicowanie między krajami w zakresie metod gromadzenia i jakości danych o cenach.

EMCDDA informuje, że dane uzyskane w pięcioletnim okresie objętym badaniem nie pokazują bezpośredniego związku między spadkiem cen narkotyków a wahaniami lub wzrostem liczby konfiskat narkotyków. Dane nie wskazują także bezpośredniego powiązania między cenami a poziomem używania narkotyków. Niemniej niniejsze opracowanie stanowi solidną podstawę do planowania przyszłych prac agencji i państw członkowskich UE, których celem jest lepsze zrozumienie dynamiki europejskiego rynku narkotykowego

i ocena wpływu aktualnie podejmowanych działań na obniżanie podaży i popytu na nielegalne substancje psychoaktywne.

Pomimo ogólnej tendencji spadkowej cen narkotyków w Europie, zgłaszane są istotne różnice między poszczególnymi krajami. Choć zazwyczaj większość krajów zgłaszała ceny haszyszu na poziomie od 5 do 10 euro za gram, to jej ceny wynosiły 2 lub 3 euro za gram w Portugalii oraz ponad 12 euro za gram w Nor-

wegii. Ceny kokainy również były bardzo zróżnicowane: od 41 euro za gram w Belgii do ponad 100 euro za gram na Cyprze, w Rumunii oraz w Norwegii. Podobnie zgłoszone ceny ekstazy, na bardzo niskim poziomie – 3 euro za tabletkę – kształtowały się na Litwie oraz w Polsce, natomiast w Grecji oraz we Włoszech osiągały wartości od 15 do 25 euro. Ceny najpopularniejszej obecnie formy heroiny – heroiny brązowej

z Azji Południowo-Zachodniej – także różniły się znacznie między sobą: od 12 euro za gram w Turcji do 141 euro za gram w Szwecji.

EMCDDA informuje, że dane uzyskane w pięcioletnim okresie objętym badaniem nie pokazują bezpośredniego związku między spadkiem cen narkotyków a wahaniami lub wzrostem liczby konfiskat narkotyków. Dane nie wskazują także bezpośredniego powiązania między cenami a poziomem używania narkotyków.

Heroina i dożyłne przyjmowanie narkotyków – nowe dane podkreślają zagrożenie dla zdrowia publicznego

W tegorocznym sprawozdaniu podkreśla się, że używanie heroiny i wstrzykiwanie narkotyków pozostaną w najbliższej przyszłości jednymi z głównych problemów zdrowia publicznego w Europie, powodując długoterminowe koszty. Zaprezentowane w tym roku dane częściowo kwestionują względnie optymistyczną ocenę tych zachowań przedstawioną w Sprawozdaniu Rocznym 2005.

Heroina zażywana w Europie jest produkowana głównie w Afganistanie, który pozostaje światowym lide-

rem w zakresie dostawy nielegalnego opium. W 2005 roku kraj ten wyprodukował 89% światowych zasobów opium (4100 ton), równocześnie ostatnia analiza UNODC sugeruje, że aktualny wzrost produkcji tego narkotyku oznacza, że jego podaż może przekroczyć popyt. Najwięcej heroiny konfiskuje się nadal w Azji (50%) i Europie (40%). Całkowite ilości przejęte w Europie stale rosną od 1999 roku, a w 2004 roku osiągnęły rekordowy poziom, głównie z powodu

dużej ilości narkotyków przechwyconych w Turcji. W 2004 roku szacowana liczba 46 000 konfiskat narkotyku w Europie doprowadziła do przejścia 19 ton heroiny, co stanowiło wzrost o ponad 10% w stosunku do ilości przechwyconej w roku 2003.

Występowanie zakażeń HIV wśród narkomanów wstrzykujących narkotyki w większości państw członkowskich UE, państw akcesyjnych oraz krajów kandydujących utrzymuje się na niskim poziomie. Szacuje się, że nosicielami wirusa jest około 1% lub mniej narkomanów wstrzykujących narkotyki w Czechach, Grecji, na Węgrzech, Malcie, w Słowenii, Słowacji, Norwegii, Bułgarii, Rumunii oraz Turcji, a w pozostałych krajach europejskich badania nadal wskazują na występowanie zakażeń HIV poniżej 5%. Niemniej jednak nowe zakażenia wirusem HIV przypisywane wstrzykiwaniu narkotyków są nadal zgłaszane, co może spowodować, że na niektórych obszarach i w grupach populacji ich liczba wzrośnie. W krajach, w których od wielu lat utrzymuje się wysoki poziom występowania HIV wśród narkomanów wstrzykujących narkotyki (około 10% lub więcej) – takich jak Hiszpania, Francja, Włochy, Polska i Portugalia – w określonych regionach lub grupach narkomanów wstrzykujących narkotyki zaobserwowano wzrost zakażeń. Z kolei nowe dane z państw nadbałtyckich, w których, jak się wydaje, epidemia HIV na wielką skalę osiągnęła swój szczyt w 2001 roku, sugerują, że istnieją regiony, gdzie sytuacja wciąż nie jest kontrolowana. Tymczasem w kilku krajach o niskim stopniu występowania zakażeń – Luksemburgu, Austrii, Wielkiej Brytanii – zgłoszono niewielki, lecz niepokojący, wzrost rozpowszechnienia HIV.

Choroby zakaźne związane z używaniem narkotyków nie ograniczają się do HIV. W Europie częstość zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C

(WZW C – HCV) wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach jest wysoka, choć znacznie zróżnicowana w poszczególnych badanych populacjach. Ostatnio wysokie rozpowszechnienie zakażeń, na poziomie ponad 60%, odnotowano w niektórych populacjach w Belgii, Danii, Niemczech, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Włoszech, Polsce, Portugalii, Wielkiej Brytanii, Norwegii i Rumunii – choć zazwyczaj roz-

Występowanie zakażeń HIV wśród narkomanów wstrzykujących narkotyki w większości państw członkowskich UE, utrzymuje się na niskim poziomie. Szacuje się, że nosicielami wirusa jest około 1% lub mniej narkomanów wstrzykujących narkotyki w Czechach, Grecji, na Węgrzech, Malcie, w Słowenii, Słowacji, Norwegii, Bułgarii, Rumunii oraz Turcji

powszechnienie zakażeń WZW C wśród osób wstrzykujących narkotyki określane z poziomów ogólnokrajowych jest niższe. Występowanie HCV wśród osób wstrzykujących narkotyki przez okres krótszy niż dwa lata jest miarodajnym wskaźnikiem pojawiania się nowych zakażeń w badanej grupie (tempa, w jakim osoby zarażają się HCV). Mimo, że dane w tym zakresie są ograniczone, wysokie wskaźniki nowych zakażeń (powyżej 40%) zgłoszono wśród narkomanów badanych w Grecji, Polsce, Wielkiej Brytanii i Turcji, co sugeruje, że w tych krajach znaczna część „nowych” osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach zostaje szybko zarażona WZW C.

Wydaje się, że dostępność leczenia substytucyjnego w Europie od połowy lat dziewięćdziesiątych przyczyniła się w istotny sposób do ograniczenia tempa rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród narkomanów wstrzykujących narkotyki, a także skali problemów wynikających z używania heroiny. EMCDDA szacuje, że

całkowita liczba osób korzystających z leczenia substytucyjnego w Europie przekroczyła poziom pół miliona. Tego typu leczenie otrzymuje obecnie od jednej czwartej do połowy osób z problemem heroinowym. Warto podkreślić jednak, że udział pacjentów poddawanych leczeniu substytucyjnemu w dziesięciu nowo przyjętych państwach członkowskich, Bułgarii oraz Rumunii wynosi zaledwie nieco ponad 1% wszystkich pacjentów leczonych w ten sposób w Europie.

Jednak leczenie jest tylko jednym z elementów zapobiegania zakażeniom HIV. Obecnie w całej Europie osiągnięto porozumienie, że w kwestii zakażeń HIV jedynie wielowymiarowe podejście może przynieść oczekiwane efekty. Poza leczeniem, prowadzone są takie działania jak: udzielanie rzetelnych informacji na temat możliwości zakażenia HIV, techniki edukacyjne i komunikacyjne, testy na obecność przeciwciał przeciwko HIV oraz poradnictwo przed- i potestowe, a także niegdyś kontrowersyjne programy wymiany igieł i strzykawek. Choć charakter i zakres wymienionych działań różni się między poszczególnymi krajami, powyższe metody zapobiegania zakażeniom zostały włączone do głównego nurtu oddziaływań podejmowanych w większości krajów europejskich.

Zgony spowodowane narkotykami – możliwość załamania trendu spadkowego

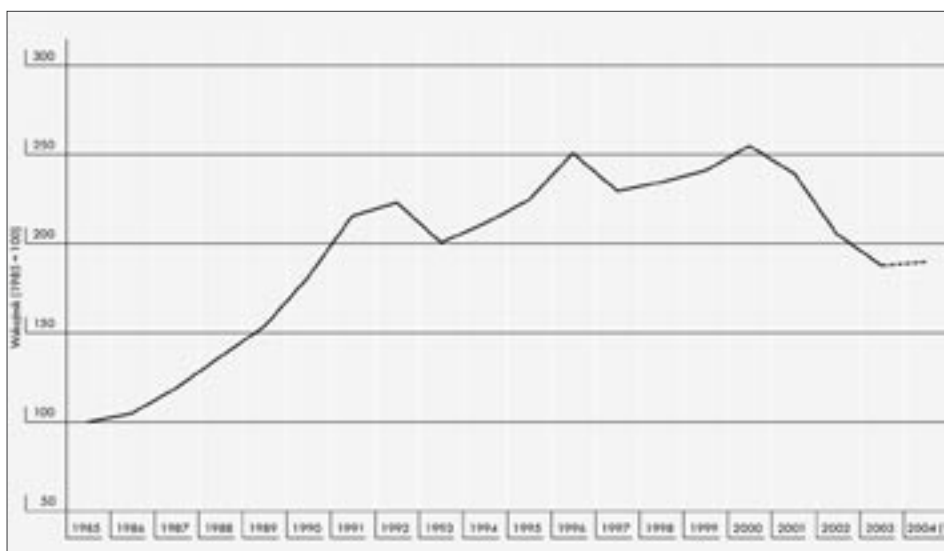
W dwóch ostatnich Sprawozdaniach Rocznych EMCDDA odnotowało spadek liczby nagłych zgonów spowodowanych narkotykami: w okresach od 2000 do 2001 (6%), od 2001 do 2002 (13%) i od 2002 do 2003 (7%), co mogło być wynikiem lepszego dostępu do leczenia oraz programów redukcji szkód, a także zahamowania tempa wzrostu problemu narkotykowego. Obecny spadek liczby zgonów związanych z narkotykami nastąpił po 14% wzroście w latach od 1995 do 2000. W tegorocznym sprawozdaniu agencja ostrzega jednak przed niepokojącymi symptomami sugerującymi, że owa tendencja zniżkowa słabnie od 2000 roku (Wykres nr 2.).

Z danych za okres od 2003 do 2004 wynika, że liczba zgłoszonych zgonów z powodu narkotyków wzrosła o 3%. Jest zbyt wcześnie, by osądzać, czy owe niewielkie wahania zwiastują długoterminową zmianę – stwierdza agencja, jednak niepokój budzi fakt, że

pewien wzrost odnotowano w 13 spośród 19 krajów dostarczających dane.

Co roku w Europie notuje się średnio od 7000 do 8000 zgonów spowodowanych narkotykami. Ostatnie dane pokazują, że stanowiły one 3% wszystkich zgonów osób dorosłych poniżej czterdziestego roku życia. W Danii, Grecji, Luksemburgu, na Malcie, w Austrii oraz w Wielkiej Brytanii i Norwegii liczba ta wynosiła ponad 7%. Powyższe (minimalne) szacunki dotyczą zgonów bezpośrednio związanych z używaniem narkotyków, głównie opiatów, jednak nie obejmują sytuacji, które zakończyły się śmiercią osób będących pod wpływem narkotyków, takich jak wypadki, przemoc czy choroby przewlekłe.

Bez względu na obawy dotyczące zgonów spowodowanych narkotykami w grupie osób bardzo młodych, w rzeczywistości typową ofiarą przedawkowania narkotyków w Europie jest mężczyzna około trzydziestopięcioletni. W przypadku mężczyzn poniżej czterdziestu pięciu lat, a zwłaszcza mężczyzn mieszkających w miastach, narkotyki stanowią jedną z głównych przyczyn śmierci. Mimo, że w całej Europie wiek ofiar przedawkowania rośnie, w niektórych z nowych



Wykres 2. Długoterminowa tendencja w liczbie nagłych zgonów związanych z narkotykami, obserwowana w latach 1985–2004.

państw członkowskich UE i państw akcesyjnych – na Cyprze, w Estonii, na Łotwie, Słowacji, w Bułgarii i Rumunii – duży odsetek ofiar stanowiły osoby w mające mniej niż 25 lat, co prawdopodobnie wskazuje relatywnie niższy wiek użytkowników heroiny w tych krajach.

Nowym elementem, który pojawił się w tegorocznym sprawozdaniu, są doniesienia kilku krajów o metadonie jako przyczynie znacznej części zgonów spowodowanych narkotykami (choć jego rola nie zawsze jest określona). Metadon i buprenorfina to substancje najczęściej stosowane w terapii substytucyjnej, jednak tak jak w przypadku innych leków wydawanych na receptę, ich niewłaściwe stosowanie może być niebezpieczne. Na przykład w Danii metadon został zgłoszony jako powód zatrucia w 95 z 214 zgonów spowodowanych narkotykami, a w Wielkiej Brytanii wskazano nań w 216 przypadkach przedawkowania. W Niemczech 345 przypadków przedawkowania przypisano substancjom zastępczym. Hiszpania zgłosiła, że jedynie 2% przypadków przedawkowania spowodowane było samym metadonem, substancję często łączono z innymi narkotykami – 42% zgonów z udziałem metadonu przypisano opiatom, a 20% zgonów było wynikiem zażycia kokainy. EMCDDA podkreśla wagę monitorowania zgonów związanych z nadużyciem substancji substytucyjnych oraz okoliczności towarzyszących tym zgonom.

Kokaina – trend wzrostowy i sygnały stabilizacji

Najnowsze dane dotyczące używania kokainy w Europie pokazują bardzo zróżnicowany obraz. Niektóre kraje zgłaszają niewielkie rozpowszechnienie używania tego narkotyku, podczas gdy w innych problem występuje na dużą skalę. Właśnie w krajach, w których zjawisko używania kokainy jest najwyraźniej zarysowane, pojawiły się oznaki stabilizacji w ogólnej tendencji zwykłej.

UNODC szacuje, że globalna produkcja kokainy wzrosła w 2004 roku do około 687 ton, przy czym wy-

twarzana była głównie w Kolumbii (56%), Peru (28%) i Boliwii (16%). Większość kokainy skonfiskowanej w Europie dociera na kontynent z Ameryki Południowej albo przez kraje leżące w Ameryce Środkowej lub Karaiby. Również kraje afrykańskie są coraz częściej wykorzystywane jako alternatywne szlaki tranzytowe. Wstępne dane za 2004 rok sugerują, że w Europie, głównie w krajach zachodnich, przechwycono około

Wstępne dane za 2004 rok sugerują, że w Europie, głównie w krajach zachodnich, przechwycono około 74 ton kokainy. Półwysep Iberyjski stanowi ważną bramę przemytu kokainy, a ponad połowa kokainy skonfiskowanej w Europie została przejęta w Hiszpanii lub Portugalii. W 2004 r. Hiszpania odpowiadała za około połowę całkowitej liczby konfiskat oraz największe w historii ilości przechwyconych narkotyków.

74 ton kokainy. Półwysep Iberyjski stanowi ważną bramę przemytu kokainy, a ponad połowa kokainy skonfiskowanej w Europie została przejęta w Hiszpanii lub Portugalii. W 2004 roku Hiszpania odpowiadała za około połowę całkowitej liczby konfiskat oraz największe w historii ilości przechwyconych narkotyków (33 135 kg). Tymczasem ilość narkotyków skonfiskowanych w Portugalii w okresie od 2003 do 2004 wzrosła ponad dwukrotnie (z 3017 kg do 7423 kg). W latach od 2003 do 2004 szacowana liczba konfiskat wzrosła w Europie o 36% (do 60 890 kg). Jednak w ilości przechwyconego narkotyku nastąpił 20% spadek, co można wyjaśnić nadzwyczajnie wysoką ilością narkotyku przejętego w 2003 roku. Niemniej ogólny trend pozostaje rosnący.

EMCDDA szacuje, że około 10 milionów Europejczyków (ponad 3% osób dorosłych w wieku od 15 do 64 lat) zażyło kokainę przynajmniej raz w życiu, a około 3,5 miliona prawdopodobnie wzięło ją w ciągu ostatniego roku (1%). W odniesieniu do wcześniejszych danych europejskich obecne wskaźniki przyjęły najwyższe wartości, jednak nadal pozostają

znacznie niższe niż szacowana liczba obywateli amerykańskich, którzy kiedykolwiek spróbowali narkotyku (14%). Około półtora miliona Europejczyków (0,5% osób dorosłych) deklaruje użycie kokainy w ostatnim miesiącu. Narkotyk biorą głównie młode

osoby (w wieku od 15 do 34 lat), zwłaszcza młodzi mężczyźni mieszkający na obszarach miejskich.

Obecnie w Europie kokaina znajduje się na drugim miejscu wśród najczęściej stosowanych narkotyków po marihuanie, nieco wyprzedzając amfetaminę i ekstazy. Większość badań przeprowadzonych w poszczególnych krajach wskazuje, że od 1% do 10% młodych Europejczyków (w wieku od 15 do 34 lat) przynajmniej spróbowało tego narkotyku, a od 0,2% do 4,8% brało go w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wyższy odsetek młodych osób zaobserwowano w Danii, Irlandii, Włoszech oraz Holandii – gdzie odsetek używających kokainy w ostatnim roku przyjął wartość 2% – oraz w Hiszpanii i Wielkiej Brytanii, gdzie szacunki przekroczyły 4%. W tych dwóch ostatnich krajach, po dużym wzroście rozpowszechnienia używania kokainy w połowie i pod koniec lat 90., około roku 2001 sytuacja ustabilizowała się. Niewielki wzrost używania kokainy wśród młodych osób w ciągu ostatniego roku odnotowano w Danii, Niemczech, Włoszech i na Węgrzech. Na razie ten trend zwykłowy należy interpretować ostrożnie, do czasu kiedy nie zostanie potwierdzony kolejnymi badaniami.

Błędem byłoby wyciągnięcie wniosku, że stabilizacja tendencji zwykłowej w zakresie używania kokainy doprowadzi do stabilizacji problemu. Zazwyczaj od pierwszego przyjęcia narkotyku do regularnego brania i pojawienia się problemów z nim związanych mija pewien czas. W Hiszpanii i w Holandii, gdzie obecnie problem kokainy osiągnął pewną stabilizację, przynajmniej jedna z czterech osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków przychodzi po pomoc ze względu na kokainę. Natomiast Dania, Niemcy, Francja, Irlandia, Włochy, Cypr, Malta, Wielka Brytania i Turcja raportują, że od 5% do 10% zgłoszeń

do leczenia ma związek z kokainą. W całej Europie w latach od 1999 do 2004 podwoiła się liczba zgłoszeń do leczenia z powodu kokainy. Obecnie około 12% wszystkich nowych zgłoszeń do leczenia w związku z narkotykami dotyczy tego narkotyku. Dotychczas nie została wypracowana jednak zalecana i efektywna strategia leczenia uzależnienia od kokainy i cracku.

W Europie informacje dotyczące zgonów spowodowanych kokainą są dostępne jedynie w niewielkim stopniu, jednak na potrzeby tegorocznego sprawozdania zidentyfikowano ponad czterysta zgonów związanych z kokainą. W większości przypadków kokaina była główną przyczyną zgonu. W Niemczech, Hiszpanii, Francji, Holandii i Wielkiej Brytanii z kokainą związane było od 10% do 20% wszystkich zgonów spowodowanych narkotykami, kolejne dziewięć krajów praktycznie nie zgłosiło zgonów spowodowanych kokainą. EMCDDA zwraca uwagę na zbyt małą liczbę zgłoszeń zgonów związanych z kokainą w stosunku do ich rzeczywistej liczby, a także podkreśla, że przyjmowanie kokainy może powodować powikłania i problemy zdrowotne w obrębie układu krążenia.

Opisane w niniejszym artykule zagadnienia to tylko wybrane aspekty zjawiska używania narkotyków i narkomanii w Europie przedstawione w Sprawozdaniu Rocznym EMCDDA, dlatego zachęcam do pełnej lektury tej publikacji. Ponadto w kolejnych numerach Serwisu szerzej opisane zostaną kwestie będące również przedmiotem analizy EMCDDA, dotyczące m.in. kwestii krajowych polityk antynarkotykowych, różnic pod względem płci w używaniu narkotyków i analizie problemu oraz rozpowszechnieniu używania narkotyków w miejscach rekreacji.

Pełny tekst Sprawozdania 2006 jest dostępny pod adresem: <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

[...] kokaina znajduje się na drugim miejscu wśród najczęściej stosowanych narkotyków po marihuanie, nieco wyprzedzając amfetaminę i ekstazy. Większość badań przeprowadzonych w poszczególnych krajach wskazuje, że od 1% do 10% młodych Europejczyków (w wieku od 15 do 34 lat) przynajmniej spróbowało tego narkotyku, a od 0,2% do 4,8% brało go w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Dział Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA zorganizował konferencję szkoleniową, na której terapeuci pracujący w lecznictwie alkoholowym mogli poszerzyć swoją wiedzę o specyfikę terapii osób uzależnionych od narkotyków

INTEGRACJA ŚRODOWISK

KATARZYNA BURDA

Do poradni i ośrodków trafia coraz mniej pacjentów uzależnionych wyłącznie od jednego środka. Sytuacja, w której pomocy poszukuje coraz więcej osób z diagnozą uzależnienia krzyżowego lub politoksykomanii, generuje zmiany również w środowisku terapeutów, zajmujących się zarówno uzależnieniem od narkotyków, jak i od alkoholu. Ścisły podział na lecznictwo alkoholowe i narkotykowe od dawna przestał mieć sens i uzasadnienie, stąd coraz częściej podejmuje się próby integracji i wymiany doświadczeń między tymi dwoma nurtami terapii uzależnień. Nieformalne spotkania i wzajemne dzielenie się wiedzą terapeutów „alkoholowych” i „narkotykowych” to nic nowego. Nadszedł jednak czas na bardziej formalną współpracę. Dział Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA zorganizował konferencję szkoleniową, na której terapeuci pracujący w lecznictwie alkoholowym mogli poszerzyć swoją wiedzę o specyfikę terapii osób uzależnionych od narkotyków. Konferencja odbyła się w dniach od 21 do 24 listopada

2006 roku na terenie Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie. Spotkaniu przyświecało hasło Podobieństwa i różnice w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu. Czego wzajemnie możemy się uczyć dla dobra naszych pacjentów? Wagę tego typu wymiany doświadczeń oraz konieczność zbliżenia obu nurtów terapii podkreślił w swoim wystąpieniu zarówno Krzysztof Brzózka, dyrektor PARPA, jak i Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, którego wykład na temat specyfiki leczenia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych rozpoczął część merytoryczną konferencji.

– Podstawowym zadaniem konferencji było zapoznanie środowiska terapeutów pracujących z alkoholikami ze specyfiką problemów w terapii osób uzależnionych od narkotyków, między innymi w związku z zakażeniem HIV, HCV, różnorodnością środków psychoaktywnych, a także z konsekwencjami uzależnienia mieszanego – powiedziała Elżbieta Rachowska, kierownik Ośrodka Terapii Odwykowej i Uzależnień w Toruniu, sprawująca nadzór merytoryczny nad całą konferencją – Chcieliśmy także przybliżyć programy terapeutyczne, które mają zastosowanie w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków – poczynając od programów ograniczenia szkód i programów metadonowych aż po społeczność terapeutyczną i pracę z młodzieżą zagrożoną uzależnieniem.

Do udziału w spotkaniu, wygłoszenia wykładów oraz poprowadzenia warsztatów zaproszeni zostali specjaliści pracujący z uzależnionymi od środków psychoaktywnych. Wykłady wygłosili profesor Czesław Czabała (Czynniki leczące w psychoterapii), dr Karina Steinbarth-Chmielewska (Specyfika uzależnienia ze względu na zażywaną substancję), Edward Bożek (Rola i filozofia programów ogra-



Dział Lecznictwa Odwykowego PARPA. Trzecia od lewej kierownik Jagoda Fudała.

niczania szkód w pomocy osobom uzależnionym). Teoretyczne koncepcje uzależnienia od narkotyków oraz specyfikę pracy z wykorzystaniem społeczności terapeutycznej przybliżyła słuchaczom w swoich wykładach Elżbieta Rachowska, a Małgorzata Kowalcze podjęła próbę integracji obu podejść terapeutycznych i wskazania podobieństw w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

Uczestnicy konferencji brali także udział w warsztatach, przybliżających specyficzne dla nurtu narkotykowego problemy i metody pracy terapeutycznej. Ich tematykę można uznać za niezwykle szeroką:

- Specyfika ambulatoryjnej terapii osób zażywających substancje psychoaktywne – Izabela Sawicka,
- Praca terapeutyczna z rodziną, w której występuje uzależnienie – Grażyna Miros,
- Specyfika pracy z osobami seropozytywnymi – Katarzyna Puławska-Popielarz,
- Wypalenie zawodowe w pracy z osobą uzależnioną – Małgorzata Kowalcze,
- Zarządzanie zespołem terapeutycznym w kontekście pracy z pacjentem uzależnionym – Małgorzata Kowalcze,
- Specyfika pracy z pacjentem niepełnoletnim, eksperymentującym ze środkami psychoaktywnymi – Witold Skrzypczyk, Joanna Malinowska.

Czy wzajemne poznanie ma wartość?

To pozornie retoryczne pytanie wywołało sporo emocji na kończącej trzeci dzień spotkania dyskusji panelowej. Terapeuci pracujący w lecznictwie alkoholowym i narkotykowym wyrażali swoje zdanie na temat zasadności organizowania podobnych spotkań w przyszłości, możliwości formalnego zbliżenia obu nurtów (na przykład w procesie certyfikacji). Większość uczestników oraz zaproszonych do dyskusji gości nie miała wątpliwości, że konferencja była pomocna i potrzebna, a jej efekty wykorzystają w codziennej pracy z osobami uzależnionymi.

– *To spotkanie ma sens i wartość z kilku powodów* – stwierdziła Katarzyna Puławska-Popielarz, kierownik Młodzieżowego Ośrodka Rehabilitacyjnego w Ka-

zuniu Bielanach, prowadząca na konferencji warsztaty dotyczące pracy z uzależnionymi nosicielami HIV i chorymi na AIDS.



Zajęcia warsztatowe prowadzi Katarzyna Puławska-Popielarz

– *Możemy wzajemnie wiele się od siebie nauczyć. Terapeuci pracujący z uzależnionymi od narkotyków mogą lepiej poznać lecznictwo ambulatoryjne, z kolei terapeuci alkoholowi mają szansę przyjrzeć się sposobom długoterminowej pracy stacjonarnej. Nasi pacjenci powinni być traktowani holistycznie, szczególnie jeśli są to pacjenci chorzy. Na przykład na moich warsztatach próbowałam przekonać słuchaczy, że problem HIV/AIDS nie występuje wyłącznie w narkomanii, że zakażony i poważnie chory może być również człowiek trafiający do poradni alkoholowej.*

Podobnego zdania byli również organizatorzy konferencji, którzy wyrazili nadzieję, że rozpoczęta na wykładach, warsztatach i podczas towarzyszących dyskusji wymiana poglądów oraz doświadczeń zaowocuje tym, o co w pracy terapeutycznej chodzi przede wszystkim – lepszą i bardziej kompleksową ofertą dla pacjenta.

– *Myszę, że w zakresie pracy z uzależnieniami jest jeszcze przed nami mnóstwo nieodkrytych pól i możliwości rozwojowych* – podsumowała spotkanie Jagoda Fudała, kierownik Działu Lecznictwa PARPA. – *Poza terapią różnych uzależnień wymienię choćby pracę z rodziną, z młodzieżą, pomaganie osobom pijącym szkodliwie, rozwijanie programów redukcji szkód. Nie grozi nam wypalenie zawodowe, dopóki będziemy otwarci na nowe idee. Nowe, nawet jeśli budzi lęk – ożywia i motywuje do działania.*

Rozmowa z Anną Mroczek, dyrektorem Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi przy Urzędzie Marszałkowskim

PRZED WSZYSTKIM PROFILAKTYKA

Serwis Informacyjny
NARKOMANIA – *W jaki sposób i na jakich płaszczyznach realizowane są w województwie łódzkim zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii?*



Anna Mroczek – Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi realizuje cele z zakresu profilaktyki narkomanii w ramach Wojewódzkiego programu zapobiegania narkomanii (Uchwała Nr VII/78/2003 z dnia 25 lutego 2003 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego programu zapo-

biegania narkomanii). W programie wyszczególnione są trzy cele: profilaktyka mająca na celu zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki, w szczególności wśród młodzieży; leczenie, rehabilitacja i ograniczanie szkód zdrowotnych oraz badania, monitoring i ewaluacja.

Wytyczne te w 2005 roku były realizowane m.in. we współpracy z siedmioma organizacjami pozarządowymi (2 fundacjami i 5 stowarzyszeniami), których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu. Na zwalczanie narkomanii samorząd województwa łódzkiego organizacjom pozarządowym przekazał dotacje o łącznej wartości 125.000,00 zł. Fundacje otrzymały 34.900,00 zł na cztery programy, stowarzyszenia natomiast 90.100,00 zł na dziewięć programów.

– Pierwszym celem tego programu były działania profilaktyczne...

– W zakres tych działań wchodzi przede wszystkim działania informacyjno-edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży. To również akcje edukacyjne, kształtujące umiejętności radzenia sobie z naciskiem otoczenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, w szczególności narkotyków. Realizowane są programy pod nazwami: „Bezpieczna Młodzież”, „Wbrew większości”, „Uczelnie wolne od narkotyków”. Wspieraliśmy także działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób dorosłych, w szczególności rodziców i wychowawców, dotyczące wczesnego rozpoznawania sygnałów zagrożenia narkomanią, czyli kampanię „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”. Wychodzimy z założenia, że profilaktyka opiera się po pierwsze – na zwiększeniu zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych, w szczególności przez dzieci i młodzież, a po drugie – ma na celu podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku.

– Jakie konkretne akcje zostały podjęte, aby zwiększyć poziom wiedzy i zaangażowanie społeczne w kwestii zapobiegania narkomanii?

– Grupą docelową naszych działań były zarówno dzieci i młodzież, jak ich opiekunowie czy rodzice. Dlatego wspieraliśmy wykłady i warsztaty dla rodziców, opiekunów, dzieci i młodzieży zagrożonej narkomanią (na przykład w zajęciach prowadzonych przez Fundację „ARKA” brała udział grupa 20 osób w wieku od 14 do 18 lat oraz ich rodzice w liczbie 28 osób), wspieraliśmy również organizację konferencji „Bezpieczna młodzież”, zrealizowaną przez Fundację „Człowiek i Środowisko”, warsztatów „Zdrowym być” oraz programu profilaktyczno – edukacyjno – informacyjnego dla rodziców i opiekunów „Wbrew większości cz. II” (wzięło w nim udział stu rodziców).

Regionalne Centrum Polityki Społecznej było współorganizatorem działań informacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień, organizowanych wspólnie z Kuratorium Oświaty, Komendą Wojewódzką Policji w Łodzi, Komendą Miejską Policji w Łodzi, Uniwersytetem Medycznym, organizacjami pozarządowymi oraz mediami. Były to między innymi takie akcje jak: współpraca z Oddziałem Łódzkim Telewizji Polskiej SA w zakresie produkcji i emisji cyklicznego programu „Prowokacje...” oraz organizacja wojewódzkich obchodów Międzynarodowego Dnia Zapobiegania Narkomanii.

Elementem profilaktyki narkomanii jest Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, realizowany przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej we współpracy z gminami województwa.

– Jak wygląda wojewódzka strategia realizacji drugiego celu programu – zwiększenia dostępności leczenia i rehabilitacji?

– W tym zakresie również podjęliśmy wiele działań. Należy do nich między innymi prowadzenie przy NZOZ Stowarzyszeniu MONAR w Kęblinach całodobowego Punktu Informacyjno – Konsultacyjnego dla młodych ludzi uzależnionych od narkotyków raz ich rodzin, wspieranie programów kompleksowego leczenia osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Zarząd Województwa Łódzkiego przyznał dotacje dla dwóch zakładów leczenia uzależnień na powstanie oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz na modernizację istniejącej bazy w celu przystosowania ich do potrzeb utworzenia Centrum Leczenia Uzależnień.

Współpracujemy również z zaprzyjaźnionymi regionami partnerskimi Oerebro (Szwecja), Winnica (Ukraina) w zakresie wymiany doświadczeń i budowania programów współpracy w obszarze leczenia, rehabilitacji i readaptacji osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych.

Aby ułatwić kontakt z placówkami leczniczymi, na stronie internetowej RCPS www.rcpslodz.pl została stworzona baza danych zawierająca informacje o organizacjach pozarządowych oraz placówkach leczenia uzależnień, znajdujących się na terenie województwa łódzkiego.

– Czy na terenie województwa prowadzone są również jakiekolwiek zorganizowane działania z zakresu readaptacji czy redukcji szkód?

– Oczywiście. W roku 2005 Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi przekazało dotację dla Fundacji „ARKA” na organizację letniego obozu terapeutycznego, będącego podsumowaniem całorocznej

terapii, prowadzonej z osobami uzależnionymi od narkotyków. Dotacje na podobny cel uzyskały również: Stowarzyszenie „MONAR” NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny w Kęblinach, Stowarzyszenie „MONAR” NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży w Łodzi oraz Stowarzyszenie „MONAR” NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny w Sokolnikach. Dotowaliśmy również kurs dla osób bezdomnych, uzależnionych przebywających w hostelu, z zakresu prowadzenia wózków jezdniowych z napędem silnikowym zorganizowany przez Stowarzyszenie „MONAR” NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny w Kęblinach oraz hostel Fundacji „ARKA” dla osób

uzależnionych krzyżowo i z podwójną diagnozą.

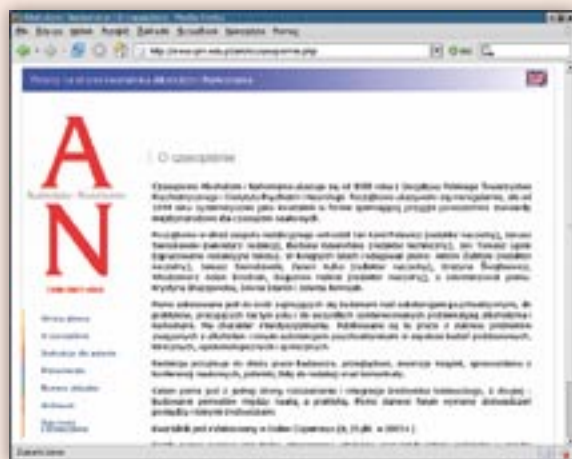
Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że na koszty przeznaczone na readaptację narkomanów w województwie łódzkim przeznaczono 3.329.504 zł. Była to najwyższa kwota w kraju. Przekazano również dotację w kwocie 80.700 zł dla Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ na modernizację Punktu Substytucyjnego i zakup prezerwatyw dla pacjentów programu leczenia substytucyjnego (dodatkowe 1.500 zł).

– Dziękuję za rozmowę.

ROZM. KB

Aby ułatwić kontakt z placówkami leczniczymi, na stronie internetowej RCPS www.rcpslodz.pl została stworzona baza danych zawierająca informacje o organizacjach pozarządowych oraz placówkach leczenia uzależnień, znajdujących się na terenie województwa łódzkiego.

Przedstawiamy, polecamy ...



stanowi forum wymiany doświadczeń pomiędzy różnymi środowiskami. Jest indeksowany w Index Copernicus (4,15 pkt. w 2005 r.) [Zespół redakcyjny to: Jacek Moskalewicz – redaktor naczelny, Barbara Gawrońska – redaktor, Grażyna Herczyńska – sekretarz redakcji].

Czasopismo **Alkoholizm i Narkomania**

ukazuje się od 1988 roku z Inicjatywy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Instytutu Psychiatrii i Neurologii (dotowane przez Krajowe Biuro d/s Przeciwdziałania Narkomanii). Początkowo ukazywało się nieregularnie. Dopiero w 1994 roku zaczęło wychodzić systematycznie jako kwartalnik w formie spełniającej przyjęte powszechnie standardy międzynarodowe dla czasopism naukowych. Pismo adresowane jest do osób zajmujących się badaniami nad substancjami psychoaktywnymi, do praktyków, pracujących na tym polu i do wszystkich zainteresowanych problematyką alkoholizmu i narkomanii. Ma charakter interdyscyplinarny. Publikuje się w nim prace z zakresu problemów związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi w aspekcie badań podstawowych, klinicznych, epidemiologicznych i społecznych. Pismo ma dwa zasadnicze cele: rozszerzenie i integracja środowiska badawczego oraz budowanie pomostów między nauką a praktyką. Kwartalnik



Internetowy Serwis Informacyjny **„NA ZDROWIE”**

(www.nazdrowie.europ.pl) wydawany jest przez Fundację Na rzecz Edukacji, Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Droga”. Ukazuje się od sierpnia 2004 roku. W skali całego 2006 roku oglądalność Serwisu wynosiła – 58 762 wizyt, co można uznać za sukces. (Dla porównania w roku 2005 serwis obejrzało 48 722 internautów.)

W roku 2006 rozpoczęto wydawanie miesięcznika „NA ZDROWIE”. Dotychczas ukazały się cztery numery. Serwis ukazuje się dzięki głównemu sponsorowi – Firmie Art4net s.c., ale również dzięki wsparciu wielu gmin Województwa Śląskiego.

[Zespół redakcyjny to: Zbigniew Rusek – redaktor naczelny, Andrzej Wojciechowski – profilaktyka, samorządy, Sonia Rzeczkowska – organizacje pozarządowe, współpraca ze społecznościami lokalnymi, Martyna Kajzer – współpraca z samorządami, Piotr Nawrot – terapia uzależnienia, pomoc społeczna, Krzysztof Czekaj – terapia uzależnień, narkomania. Stałymi współpracownikami są: Grzegorz Płonka, Andrzej Czerny, Wiesław Micorek.]



Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, www.tuiw.pl

Jest profesjonalnym czasopismem skierowanym do szerokiego kręgu pracowników lecznictwa odwykowego i pracowników instytucji oraz organizacji współpracujących z placówkami tej branży. Zawiera materiały programowe, dotyczące zarówno koncepcji samego uzależnienia, jak i realizowanych programów psychoterapii. Przytacza zapisy doświadczeń psychoterapeutów, a także opracowania teoretyczne. Prezentuje nowe trendy i koncepcje. Przedstawia placówki, ważne wydarzenia, interesujące poglądy – z punktu widzenia pracowników lecznictwa odwykowego. Do każdego numeru redakcja zaprasza gościa specjalnego, który ukazuje szerszą perspektywę wydarzeń z innych obszarów, mających jednak wpływ na to, co dzieje się w „odwyku”. Na łamach „Terapii” Czytelnik znajdzie także ważne dokumenty niezbędne w pracy psychoterapeutów uzależnień.

Pismo stara się włączyć w zagadnienia związane z reformą służby zdrowia, przede wszystkim w problematykę kontraktowania usług zdrowotnych. Każdy numer przynosi informacje dotyczące najważniejszych wydarzeń związanych z lecznictwem odwykowym. Ukazuje się co 2 miesiące.

Z różnych stron...



W świat Remedium wprowadza nas substrona zawierająca opis stałych rubryk i działów, na których opiera się konstrukcja pisma, a blankiet zamówienia prenumeraty dołączony do strony pozwala w łatwy sposób zaprenumerować miesięcznik na bieżący rok. Zapraszamy na stronę <http://www.remedium-psychologia.pl/>

Remedium

Witryna pisma Remedium jest rozbudowanym miniportalem czasopisma poświęconego profilaktyce uzależnień i innych zachowań problemowych. Ideą miesięcznika, które znalazło się na renomowanej liście czasopism punktowanych w Index Copernicus, jest promowanie integralnego podejścia do profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży w obszarach głównych zagrożeń dla ich zdrowia i prawidłowego rozwoju.

Na stronie znajdziemy: skróty archiwalnych numerów od 2003 roku, podstawowe wiadomości o misji czasopisma, zespole redakcyjnym i profilu odbiorców. Autorzy strony zadbali także o wymianę informacji między Redakcją i odbiorcami Remedium i udostępnili specjalne forum, na którym można formułować opinie o piśmie, a także wymieniać się doświadczeniami z pracy zawodowej w obszarze profilaktyki lub nawiązywać kontakty. Na stronie Internauci mogą także znaleźć informacje o aktualnych wydarzeniach w branży.



Kwartalnik „Problemy Narkomanii”

Na stronie <http://www.ptzn.org.pl/problemy.php> można pobrać w wersji Word oraz html. To całość wydawanego przez Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii Biuletynu „Problemy Narkomanii”.

Na stronie udostępniono numery kwartalnika już od roku 2000.

Biuletyn w swych założeniach jest forum wymiany doświadczeń i wiedzy w obszarze rehabilitacji i profilaktyki narkomanii między organizacjami z sektora pozarządowego.

Znajdziemy w nim między innymi opisy i komentarze zagadnień z zakresu rozwiązań legislacyjnych, metod leczenia, aktualnej wiedzy nt. substancji psychoaktywnych, profilaktyki uzależnień, a także raporty epidemiologiczne, prezentacje towarzystw i fundacji z branży oraz wiele innych ciekawych artykułów. Pismo finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od lat jest redagowane przez przedstawicieli PTZN, MONAR-u, Towarzystwa „Powrót z U” oraz TZPS „Kuznia”. Zachęcamy do odwiedzenia strony.



Miesięcznik SEMESTR

Wyszukiwarka na stronie Miesięcznika Studenckiego Semestr z łatwością doprowadzi każdego internautę do informacji o narkotykach i narkomanii, jaka stała się także udziałem środowisk studenckich. Portal www.semestr.pl prócz wiadomości z życia akademickiego oferuje dostęp do artykułów z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki narkomanii.

„Czy wiesz, co bierzesz?”, „Nie trać kontroli”, „Wpadnie, nie wpadnie, wpadnie” to tylko niektóre z cyklu artykułów o ryzyku brania substancji psychoaktywnych wśród studentów. Na stronie internauci znajdą także relacje z debat, podstawową wiedzę o zagrożeniach związanych z przyjmowaniem środków odurzających. Co ważne, wszystko opisano w sposób przystępny i bez zbędnego moralizowania.

(OPRAC. TOMASZ ZAKRZEWSKI)

 Serwis Informacyjny NARKOMANIA	Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl , http://www.kbpn.gov.pl
Adres redakcji: Fundacja Zdrowie-Trzeźwość, ul. Czapliniecka 44B/424, 97-400 Bełchatów tel./fax: (044) 635 08 79 e-mail: info@serwis@tuiw.pl	Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński, Redaktor prowadzący: Dariusz Dybek Korekta: Ewa Grzesiak Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska, Anna Radomska, Klaudia Palczak, Tomasz Zakrzewski Druk: www.drukarniagis.com
	Pismo bezpłatne