

Raport Krajowy **2009**

SYTUACJA NARKOTYKOWA
W POLSCE





European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii



2009 NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point

„POLAND” **New Development, Trends and in-depth information on selected issues**

REITOX

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Warszawa, Polska 2009

Redakcja:

dr Piotr Jabłoński – Dyrektor

Bogusława Bukowska – Zastępca Dyrektora

Artur Malczewski – Kierownik Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Autorzy:

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – Reitox National Focal Point

Artur Malczewski – Kierownik Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Michał Kidawa

Marta Struzik

Ewa Sokołowska

Anna Strzelecka

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Anna Radomska – Kierownik Działu Realizacji Zadań Profilaktyczno-Rehabilitacyjnych

Dawid Chojecki

Bożena Bajerowska

Łukasz Jędruszek

Danuta Muszyńska

Ekspert zewnętrzny

dr Waldemar Krawczyk

Korekta

Nina Węgrzecka-Gilun

DTP:

Pracownia Graficzna “Dąbrowa”

Egzemplarz bezpłatny**Dla przypisów bibliograficznych:**

Malczewski, A., Bukowska, B., Jabłoński, P., Kidawa, M., Struzik, M., Sokołowska, E., Strzelecka, A., Radomska, A., Chojecki, D., Bajerowska, B., Jędruszek, Ł., Muszyńska, D., Krawczyk, W. (2009). Raport Krajowy 2009: Sytuacja narkotykowa w Polsce, Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Spis treści

Streszczenie	5
Część A: Problem narkotyków i narkomanii oraz odpowiedź na zjawisko	11
1. Ustawodawstwo, strategie i analiza ekonomiczna w zakresie narkotyków i narkomanii	11
2. Używanie narkotyków w populacji generalnej i w konkretnych grupach docelowych	24
3. Profilaktyka	41
4. Problemowe używanie narkotyków	51
5. System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność	56
6. Konsekwencje zdrowotne i zjawiska pokrewne	72
7. Działania zaradcze wobec konsekwencji zdrowotnych i zjawisk pokrewnych	83
8. Korelaty społeczne i readaptacja	90
9. Przestępczość narkotykowa, profilaktyka i więziennictwo	94
10. Rynek narkotykowy	105
Część B: Wybrane zagadnienia	111
11. Rynek i produkcja konopi	111
12. Problemowe używanie amfetminy oraz metaamfetaminy oraz związane z tym konsekwencje zdrowotne i społeczne	122
Część C:	137
13. Bibliografia	137
Alfabetyczny wykaz przypisów bibliograficznych	137
Alfabetyczny wykaz istotnych baz danych	140
Alfabetyczny wykaz istotnych stron internetowych	141
14. Aneksy	142
Wykaz wykresów i tabel	142
Wykaz skrótów użytych w tekście	145
Część D: Tabele Standardowe i ustrukturyzowane kwestionariusze	147

Streszczenie

Marta Struzik, Artur Malczewski

Monitoring zjawiska używania nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym problemów prowadzony jest od lat 70., czyli właściwie od początku istnienia problemu narkotyków w Polsce. Pomimo ograniczeń metodologicznych związanych z charakterem badanego zjawiska oraz dostępnością i wiarygodnością niektórych danych, możliwe jest uzyskanie w miarę rzetelnego obrazu rozmiarów problemu i trendów w jego rozwoju.

Badania wśród młodzieży szkolnej

Popyt na narkotyki mierzony jest rozpowszechnieniem ich konsumpcji. Dysponujemy kilkoma źródłami informacji na ten temat, w szczególności danymi dotyczącymi rozpowszechnienia używania narkotyków wśród młodzieży szkolnej. Najnowsze wyniki pochodzą z badania zleconego przez KBPN w 2008 r. Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS. Był to kolejny pomiar, którego pierwsza edycja odbyła się w 2003 r. Celem projektu było zbadanie aktualnej konsumpcji substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Badanie zrealizowano metodą audytoryjną i objęło młodzież uczęszczającą do ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych. Łącznie zrealizowano 1 400 ankiet. Badani uczniowie pytani byli o używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku, a następnie proszeni o wymienienie trzech używanych substancji psychoaktywnych. W 1992 r. 5% ankietowanych przyznało się do używania narkotyków. Odsetki wzrastały w każdej edycji badania, by osiągnąć 24% w 2003 r. W 2008 r. kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku zadeklarowało 15%, czyli nastąpił spadek o 9 punktów procentowych w stosunku do pomiaru z 2003 r. W ostatnim badaniu 12% respondentów miało kontakt z marihuaną lub haszyszem (2003 r. – 18%), a 2% z amfetaminą (2003 r. – 8 %).

Innowacyjnym elementem badań w 2008 r. było dodanie do ankiety dodatkowych pytań o używanie narkotyków, które stanowiły częściowo powtórzenie już wcześniej sformułowanych zagadnień. W dalszej części ankiety respondenci proszeni byli zatem o zaznaczenie substancji, które zażywali kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni. Udzielając odpowiedzi badani korzystali z przedstawionej kafeiterii substancji. Wyniki badania, na podstawie pytania zamkniętego, wskazują, że najbardziej rozpowszechnionymi substancjami psychoaktywnymi używanymi przez młodzież, chociaż raz w życiu są: marihuana i haszysz (30,5%), leki uspokajające i nasenne bez zaleceń lekarza (21,8%) oraz amfetamina (9%). W ww. badaniu pytano także o stosowanie tzw. „dopalaczy”, do których używania przyznało się 3,5% badanych, co jest porównywalne z używaniem chociaż raz w życiu grzybów halucynogennych (3,6%), sterydów anabolicznych (3,4%) oraz leków przeciwkaszlowych (3,2%). Ponadto rozpowszechnienie używania alkoholu w połączeniu z marihuaną oraz alkoholu z tabletkami wyniosło odpowiednio: 17,3% i 12,2%.

Wyniki powyższego badania potwierdzają wcześniejsze rezultaty ogólnopolskiego audytoryjnego badania ankietowego na temat używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną z roku 2007, w którym odnotowano stabilizację trendu, a w niektórych przypadkach nawet tendencję spadkową. Badanie to było kolejnym pomiarem prowadzonym co 4 lata na reprezentatywnej próbie uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, w ramach międzynarodowego Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Wyniki pomiaru z 2007 r. wskazały na spadek o 3 punkty procentowe, w porównaniu do 2003 r. używania konopi w kategorii

osób, które spróbowały tego narkotyku chociaż raz w życiu (wiek 15-16 lat). Na drugim miejscu w Polsce po konopiach odnotowano amfetaminę oraz ecstasy – 4% danych dla obydwu narkotyków. W pomiarze z 2003 r. odsetki kształtowały się na poziomie: 6% amfetamina oraz 3% ecstasy. Możemy zatem mówić o spadku używania amfetaminy oraz stabilizacji w przypadku ecstasy w Polsce. Najbardziej popularny środek halucynogeny w Polsce, czyli grzyby był używany przez 3% respondentów. W 2003 r. był on nieznacznie wyższy – 5% badanych zadeklarowało kontakt z tą substancją. W przypadku pozostałych takich narkotyków, jak LSD i inne halucynogeny (2%), kokaina (2%) oraz heroina (2%), wyniki z Polski są poniżej średniej europejskiej. W pomiarze z 2007 r., 18% respondentów miało chociaż raz kontakt z lekami uspokajającymi i nasennymi w celach nie medycznych.

Badania w populacji generalnej

W listopadzie 2008 r. firma MillwardBrown SMG/KRC przeprowadziła badanie na losowej ogólnopolskiej próbie 1 003 respondentów w wieku 15-75 lat. Badanie zostało sfinansowane przez Hungarian Civil Liberties Union. Narzędziem badawczym był kwestionariusz zawierający 10 pytań, który realizowano w ramach comiesięcznego Omnibusa SMG/KRC. Według badania 7% respondentów miało kontakt z marihuaną, a 3% z amfetaminą. Dla porównania, w pomiarach zrealizowanych przez KBPN w 2006 r. odsetek ten wyniósł 9% dla pierwszej substancji, a 3% dla drugiej (wiek respondentów 15-64 lata). Badanie zostało zrealizowane także w czterech innych krajach. W Polsce odnotowano niskie odsetki użytkowników narkotyków w przypadku większości substancji w porównaniu do Bułgarii, Danii, Holandii i Szwecji. W przypadku amfetaminy i LSD nieznacznie wyprzedziliśmy Bułgarię.

Dane statystyczne leczenia stacjonarnego

Na podstawie danych statystycznych stacjonarnego leczenia psychiatrycznego obserwować można trendy w rozwoju narkomanii, rozumianej jako regularne używanie narkotyków powodujące poważne problemy, m.in. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Liczba osób leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia w latach ubiegłych, stopniowo rosła. Najaktualniejsze dane pochodzą z 2007 r., w którym do leczenia stacjonarnego przyjęto 12 582 osób, czyli mniej niż w 2006 r. (13 198 osób). Wskaźnik na 100 000 mieszkańców wynosi 33 (oznacza to, że prawie 33 osoby na 100 000 w 2007 r. podjęły leczenie w placówkach stacjonarnych). Odsetek pacjentów pierwszorazowych zmniejszył się z 52 do 45. W 2007 r. nadal wśród pacjentów placówek stacjonarnych znacznie większy odsetek stanowili mężczyźni (76%) niż kobiety (24%). Najliczniejsza pozostaje grupa osób z problemem opiatów (16%), następne w kolejności pod względem liczebności są: grupy osób nadużywających leków uspokajających i nasennych (10%), środków z grupy amfetamin (6%), przetworów konopi (3%) i substancji wziewnych (1%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Należy podkreślić, że 63% pacjentów znajduje się w kategorii „substancje mieszane i nieokreślone”.

System leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Polsce

Zgodnie z art. 26 pkt. 5 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, świadczenia w zakresie leczenia, rehabilitacji i reintegracji są udzielane osobie uzależnionej bezpłatnie, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków zorganizowane jest w oparciu o sieć placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych,

posiadających status publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podstawowym ogniwem pierwszej interwencji i pomocy psychologicznej są placówki ambulatoryjne, przede wszystkim Poradnie Profilaktyki i Leczenia Uzależnień.

W systemie opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od środków odurzających nadal dominują stacjonarne formy rehabilitacji długo- i średnioterminowej. Obserwuje się jednak tendencję do skracania terapii. Placówki stacjonarne w większości zlokalizowane są poza obszarami miejskimi i realizują programy leczniczo-rehabilitacyjne w oparciu o model społeczności terapeutycznej.

W Polsce, według danych Krajowego Biura, działa 85 ośrodków stacjonarnych oraz 295 placówek ambulatoryjnych. Ponadto świadczenia dla osób uzależnionych od narkotyków udzielają: oddziały detoksykacyjne, dzienne ośrodki leczenia uzależnień, oddziały leczenia uzależnień w strukturach szpitala, programy redukcji szkód, oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych w zakładach karnych oraz programy reintegracji społecznej. Wybrane ośrodki świadczą także usługi dla pacjentów z podwójną diagnozą. W 2008 r. leczeniem substytucyjnym objętych było 1 522 pacjentów, w 16 programach prowadzonych przez zakłady opieki zdrowotnej i 4 programach prowadzonych w więzieniach.

Profilaktyka

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 2002 r., szkoła jest zobowiązana do opracowania i realizacji programu profilaktyki szkolnej (uniwersalnej), spójnego z programem nauczania i wychowania oraz adekwatnego do potrzeb rozwojowych uczniów i potrzeb środowiska, a także do wczesnego rozpoznawania niedostosowania społecznego uczniów i udzielania uczniom zagrożonym narkomanią i ich rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

W 2008 r. Uchwałą Rady Ministrów z dnia 19 sierpnia 2008 r., wdrożono program „Bezpieczna i przyjazna szkoła” mający na celu budowanie szkoły wspierającej uczniów i jednocześnie wymagającej. Program wiąże się ze wzmocnieniem funkcji wychowawczej szkoły, kreowaniem pozytywnego klimatu społecznego, w tym ze zmianą relacji pomiędzy uczniami i nauczycielami.

W 2008 r. Krajowe Biuro zleciło do realizacji programu edukacji rówieśniczej 15 organizacjom działającym na terenie Polski. Zlecone działania ukierunkowane były na przygotowanie uczestniczącej w nich młodzieży do realizowania działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w środowisku rówieśniczym lub na rzecz społeczności lokalnej.

W ramach profilaktyki selektywnej, w 2008 r. Krajowe Biuro uczestniczyło w międzynarodowym projekcie „FreD goes net”, współfinansowanym ze środków UE w ramach Programu Zdrowia Publicznego. Projekt ten ma na celu upowszechnienie w krajach europejskich projektu profilaktyki selektywnej opartej o metodę krótkiej interwencji profilaktycznej, skierowanego do młodych użytkowników narkotyków.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspierało także programy dla osób zagrożonych narkomanią, eksperymentujących z narkotykami i ich rodzin realizowane przez organizacje pozarządowe. Zlecono do realizacji 102 programy prowadzone w 108 placówkach. Dofinansowano programy udzielające wsparcia rodzinom osób zagrożonych uzależnieniem, używających i uzależnionych od narkotyków realizowane przez 16 organizacji.

Ponadto prowadzono także programy profilaktyki selektywnej wdrażane bezpośrednio w środowisku okazjonalnych użytkowników narkotyków lub osób zagrożonych ich używaniem (np. wśród osób prostytuujących się, dzieci ulicy) oraz w miejscach o zwiększonym rozpowszechnieniu używania (kluby, dyskoteki, imprezy plenerowe), którymi objęto ok. 5 905 okazjonalnych użytkowników narkotyków. Zrealizowano ponadto program podczas masowej imprezy muzycznej pn. Przystanek Woodstock w Kostrzynie n/Odrą.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, samorządy wojewódzkie i gminne zobligowane są do opracowania i wdrażania Wojewódzkich i Gminnych Programów

Przeciwdziałania Narkomanii. W ramach ww. programów, samorządy wspierają lokalne i regionalne inicjatywy, które obejmują m. in: szkolne programy edukacyjne, programy dla rodziców, szkolenia dla realizatorów, programy dla młodzieży z grup ryzyka i ich rodzin oraz zajęcia pozalekcyjne. W 2008 r. 15 województw wsparło finansowo programy profilaktyki uniwersalnej. Programy dotarły do około 25 268 odbiorców w ramach programów szkolnych i około 43 000 odbiorców spoza szkół.

Samorządy włączyły się również w realizację programów profilaktyki selektywnej. Łącznie zrealizowano 10 programów na terenie szkół i 32 programy poza szkołami. Realizatorami programów prowadzonych w szkołach było 10 organizacji pozarządowych, programy te objęły łącznie 6 638 osób, programy poza szkołą realizowało 31 organizacji i uczestniczyło w nich 4 801 osób.

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych zakażeniach HIV i zchorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, pochodzą z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Liczba odnotowanych w rutynowych statystykach nowych przypadków zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki, w ostatnich latach utrzymuje tendencję spadkową. W 2008 r. odnotowano 809 przypadków zakażeń HIV ogółem, w tym 45 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Interpretując powyższe dane należy jednak wziąć pod uwagę fakt, iż w wielu zgłoszonych przypadkach zakażenia HIV, nie podaje się źródła zakażenia.

Trend zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, chwytający zjawisko ze znacznym opóźnieniem, wykazywał tendencję spadkową w latach 2003–2006. W 2007 r. zarejestrowano 183 przypadki zachorowań na AIDS ogółem (w 2006 r. – 130 przypadków), w tym 102 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (w 2006 r. – 65). W świetle danych z 2008 r., w którym odnotowano 161 przypadków zachorowań na AIDS ogółem, w tym 66 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, informacje z 2007 r. świadczą raczej o chwilowej fluktuacji trendu. Dzięki monitoringowi możliwa będzie dalsza obserwacja liczby odnotowywanych przypadków zachorowań na AIDS w Polsce.

Zgony związane z narkotykami

Do najbardziej dramatycznych konsekwencji używania narkotyków należą zgony z powodu przedawkowania. Źródłem informacji na ten temat jest baza prowadzona przez Główny Urząd Statystyczny. Przypadki zgonów zostały wyselekcjonowane według krajowej definicji, która obejmuje następujące kody klasyfikacji ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12 i Y14. W ostatnich latach obserwowaliśmy w Polsce stabilizację trendu zgonów z powodu narkotyków. W 2006 r. zarejestrowanych zostało 241 przypadków, a w 2007 r. – 214. Średni wiek odnotowanych osób wyniósł 47 lat. Wśród osób, które śmiertelnie przedawkowały narkotyki 34 były w wieku poniżej 25 lat. Spośród odnotowanych w bazie Głównego Urzędu Statystycznego przypadków zgonów większość (74%) stanowili mężczyźni.

Ograniczanie podaży

Ostatnie dane dotyczące nielegalnego rynku narkotyków i przestępczości narkotykowej wskazują na spadek wartości większości wskaźników służących do monitorowania działań z obszaru redukcji podaży, jak również rozmiarów nielegalnego rynku. Spadek liczby przestępstw stwierdzonych oraz podejrzanych z Ustawy, odnotowany w 2007 r., utrzymał się również w 2008 r. Warto podkreślić, że

pomimo mniejszej liczby przestępstw wzrosła liczba czynów karalnych dotyczących upraw maku i konopi, przemytu oraz obrotu prekursorami. Ponadto wzrosła liczba konfiskat konopi indyjskich, zarówno marihuany jak i haszyszu, jak również LSD oraz ecstasy. Liczba wykrytych laboratoriów służących do produkcji amfetaminy w 2008 roku wyniosła 15. Według informacji Policji ceny narkotyków ustabilizowały się, chociaż istnieją odstępstwa od tej tendencji w przypadku niektórych substancji. Stężenie THC w marihuanie osiągnęło średnią wartość porównywalną do poziomu europejskiego tj. 7%. Spadła czystość analizowanej amfetaminy, ale wzrosła czystość kokainy. Według ostatnich badań szkolnych przeprowadzonych w 2008 r. przez CBOS, w opinii uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, zmniejszyła się dostępność narkotyków. Przedstawione i omówione w raporcie dane mogą wskazywać na zmniejszenie się rozmiarów przestępczości narkotykowej.

Rynek i produkcja konopi w Polsce

Trudno jest dokładnie określić, kiedy rozpoczęły się uprawy konopi indyjskiej w Polsce. W latach 90. uprawy konopi miały, przynajmniej częściowo, charakter upraw na własny użytek. Nie ma jednak danych dotyczących wielkości tych upraw w tym czasie. Statystyki Policji wskazują, że pierwsze uprawy konopi w Polsce odnotowano w 1994 r.

W Polsce na rynku konopi dominuje marihuana, w szczególności mocniejsze odmiany tzw. skun – zawierająca zwiększone ilości THC. Haszysz jest o wiele mniej dostępny i pochodzi prawie wyłącznie z importu. Według szacunków Policji około 30% konsumowanych konopi jest uprawianej w kraju. W latach 2001–2008 nastąpił wzrost średnich cen marihuany oraz haszyszu. W ciągu ostatnich lat wzrosła także popularność upraw konopi na własne potrzeby. Od 2005 r. odnotowuje się stały spadek liczby przestępstw dotyczących sprzedaży detalicznej konopi. W latach 2004–2006 odnotowano spadek przestępstw związanych z przemytu marihuany lub haszyszu. Jednakże od 2007 r. obserwuje się wzrost liczby tych czynów karalnych. Największą liczbę przestępstw związanych z produkcją marihuany lub haszyszu odnotowano w 2005 r., jednakże dane wskazują na stabilizację trendu od 2006 r., choć należy zauważyć nieznaczny wzrost liczby tych przestępstw w 2008 r. w porównaniu do 2006 r. Szacuje się, że wśród upraw indoor w Polsce, większość stanowią uprawy małe (do 50 roślin), następnie uprawy średnie (od 50 do 500 roślin), a najmniejszy udział dotyczy upraw dużych (więcej niż 500 roślin). Z kolei większość upraw outdoor stanowią uprawy średnie, następnie uprawy małe, a najmniej jest upraw dużych.

Problem używania amfetaminy i metamfetaminy w Polsce

Zjawisko używania amfetaminy pojawiło się w Polsce na początku lat 90. wraz ze zmianami ustrojowymi oraz zwiększonym dostępem do substancji psychoaktywnych. Rynek amfetaminy w Polsce od początku lat 90. zdecydowanie się zmienił. Początkowo Polska była jedynie krajem tranzytowym. Obecnie znaczna część amfetaminy produkowana jest w Polsce. Głównym kierunkiem przemytu jest Skandynawia. Jednak zmniejszenie intensywności kontroli na granicach wewnętrznych Unii oraz zwiększona migracja, wpłynęły na wzrost przemytu amfetaminy z Polski do krajów tzw. „starej Unii”.

Badania populacyjne wskazują, że od początku lat 90. systematycznie rosła liczba użytkowników amfetaminy oraz osób eksperymentujących z tą substancją. Amfetamina od tamtego czasu stała się drugim, pod kątem rozpowszechnienia, narkotykiem (po przetworach konopi). Wzrastającemu zainteresowaniu amfetaminą towarzyszyła coraz większa zgłaszalność do leczenia w związku z uzależnieniem od tego narkotyku. Sytuacja ta uległa stabilizacji lub lekkiemu spadkowi w przypadku większości wskaźników w ostatnich latach.

Pomimo względnej popularności amfetaminy nadal mało jest dostępnych badań oraz analiz skupiających się właśnie na tej specyficznej substancji. Poza badaniami populacyjnymi (ESPAD czy badania populacji generalnej) istnieje kilka badań nad rozpowszechnieniem tego narkotyku w wybranych problemowych populacjach.

Wyniki badania zrealizowanego wśród populacji więźniów w 2007 r. porównane z wynikami z 2001 r., wskazują na stabilizację trendu używania amfetaminy. Pewne symptomy wzrostu można zaobserwować jedynie w przypadku wskaźnika używania w czasie całego życia. Badanie klientów programów niskoprogowych pokazuje natomiast, że amfetamina jest drugą, po opiatach, najbardziej rozpowszechnioną substancją wśród tej populacji. Jest również drugą na liście substancją, która według uzależnionych sprawia im najwięcej problemów. Wśród użytkowników amfetaminy będących klientami programów niskoprogowych przeważają mężczyźni. Ponadto używanie amfetaminy jest najbardziej rozpowszechnione wśród osób między 25 a 29 rokiem życia.

Pomimo niewątpliwie znaczącego miejsca amfetaminy na Polskiej scenie narkotykowej, do tej pory nie są realizowane specjalne programy profilaktyczne czy lecznicze skierowane do użytkowników tej właśnie substancji.

Część A: Problem narkotyków i narkomanii oraz odpowiedź na zjawisko

1. Ustawodawstwo, strategie i analiza ekonomiczna w zakresie narkotyków i narkomanii

Michał Kidawa, Anna Strzelecka, Artur Malczewski

Wstęp

Podstawnym aktem prawnym z zakresu prawa narkotykowego nadal pozostaje Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. Ustawa reguluje: 1) kompetencje w przeciwdziałaniu narkomanii poszczególnych służb oraz instytucji na stopniu centralnym i samorządowym, 2) działalność w zakresie edukacji, wychowania oraz informacji, 3) sposób postępowania z osobami uzależnionymi, 4) reguły oraz tryb postępowania z prekursorami, środkami odurzającymi i substancjami psychoaktywnymi, 5) reguły oraz tryb postępowania w związku z uprawniami maku i konopii oraz 6) przepisy karne i 7) wykaz substancji kontrolowanych.

Aktem wykonawczym wskazującym kierunki priorytetowe, spełniającym rolę zarówno Krajowej Strategii, jak i Planu Działania, jest Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Od 2006 r. Krajowy Program jest aktem prawnym w randze rozporządzenia¹. Promuje on zrównoważone podejście do problemu narkotyków i narkomanii, zachowując proporcje pomiędzy zadaniami z zakresu redukcji popytu, jak i ograniczania podaży. Celem głównym programu jest „Ograniczanie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych”.

Osiągnięcie celu głównego realizowane jest w pięciu obszarach:

- I. Profilaktyka
- II. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna
- III. Ograniczenie podaży
- IV. Współpraca międzynarodowa
- V. Badania i monitoring

Dwa ostatnie obszary stanowią wsparcie realizacji trzech głównych: profilaktyki, leczenia i ograniczenia podaży. Należy podkreślić, że KPPN jest w pełni zintegrowany ze Strategią Antynarkotykową i Planem Działania Unii Europejskiej. W ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii sformułowanych zostało 60 działań, do realizacji których zobowiązanych zostało 10 ministrów, 23 instytucje centralne, Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne oraz władze samorządowe województw i gmin. Podjęcie realizacji Programu przez poszczególnych ministrów czy urzędy centralne, oznaczało często w praktyce zaangażowanie wielu podległych im lub nadzorowanych przez nich instytucji, co wskazuje, że Program miał ogromny zasięg. W założeniu miał on integrować zdecydowaną większość działań skierowanych na zapobieganie narkomanii w Polsce.

Rolę koordynacyjną związaną z implementacją Krajowego Programu pełni Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W skład Rady wchodzi Podsekretarze Stanu z ministerstw: Zdrowia, Sprawiedliwości, Zabezpieczenia Społecznego, Obrony Narodowej, Rolnictwa, Oświaty i Wychowania, Finansów Publicznych, Spraw Zagranicznych oraz Nauki. W celu sprawniejszej koordynacji wdrażania Programu pod auspicjami Rady działają 3 zespoły robocze: zespół ds. prekursorów, zespół ds. współpracy międzynarodowej oraz zespół ds. implementacji Krajowego Programu². Zespoły robocze pełnią rolę doradczą oraz są wsparciem merytorycznym dla Rady.

Ustawa reguluje także kompetencje Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii działającego w strukturach Krajowego Biura.

¹ Więcej o tym w punkcie 1.2. Krajowy plan działania, strategia, ewaluacja i koordynacja.

² Więcej informacji zawarte jest w 1.2. Krajowy plan działania, strategia, ewaluacja i koordynacja.

1.1. Ramy prawne

● Ustawy, rozporządzenia, dyrektywy lub zalecenia dotyczące przeciwdziałania narkomanii (popyt i podaż)

W końcu 2008 r. oraz na początku 2009 r. dyskusja społeczna na temat jakichkolwiek zmian legislacyjnych dotyczących prawa narkotykowego została zdecydowanie zdominowana przez problem dopalaczy. Z tego powodu chcieliśmy w ramach tego raportu trochę szerzej opisać sam problem dopalaczy, jak i rozważane rozwiązania prawne.

Od kilku lat coraz częściej pojawiają się w Europie sklepy oferujące legalne środki o działaniu psychoaktywnym. Bardzo często są to sklepy oferujące swoje towary za pośrednictwem internetu. W Polsce do 2008 r. produkty o działaniu psychoaktywnym sporadycznie pojawiały w internecie w sklepach ze sprzedażą wysyłkową. Zjawisko miało ograniczony charakter. Sytuacja zmieniła się ponad rok temu.

Na początku 2008 r. pojawiły się pierwsze informacje na temat witryny internetowej www.dopalcze.com. Sklep, jako pierwszy w Polsce, oferował w sprzedaży wysyłkowej legalne substancje psychoaktywne na dużą skalę, a zarazem w profesjonalnej oprawie marketingowej. Produkty będące w ofercie miały bardzo atrakcyjne opakowania, strona internetowa za pośrednictwem której sprzedawano towary, nowoczesny design, hasło „życie jest zbyt krótkie, aby jeść niezdrowe tabletki” – doskonale trafia w marketingowy target. Następnym krokiem było powstanie stacjonarnego sklepu. Pierwszy z nich powstał w Łodzi na przełomie sierpnia i września. Fakt powstania sklepu wywołał szeroką debatę społeczną oraz zainteresowanie szczególnie ze strony mediów, także ze strony społeczności lokalnej i władz. Okazało się, że nie ma prawnych instrumentów pozwalających na zamknięcie sklepów. Oferowane produkty sprzedawane były pod szyldem wyrobów kolekcjonerskich. Do końca 2008 r. otwarto ponad 40 stacjonarnych sklepów. Sytuacja ta wywołała zdecydowany sprzeciw obywateli. Zorganizowano nawet kilka demonstracji społeczności lokalnych domagających się zamknięcia sklepów z „dopalaczami”. W powyższej sytuacji do planowanej od marca 2008 r. nowelizacji polegającej na wprowadzeniu BZP (1-benzylpiperazyny) do załączników ustawy³ będących wykazem substancji kontrolowanych, w drodze projektu poselskiego wprowadzono 15 dodatkowych roślin⁴ najczęściej występujących w składzie dopalaczy oraz syntetyczny kanabinoid JWH-018. Nowelizacja przeszła przez obie izby parlamentu, została podpisana przez prezydenta oraz weszła w życie 8 maja 2009 r.⁵ Celem nowelizacji było ograniczenie zjawiska handlu dopalaczami. Nowelizacja, choć prawdopodobnie przyczyniła się do wycofania z obrotu dopalaczy zawierających w swym składzie substancje i rośliny objęte kontrolą, nie rozwiązała jednak problemu dopalaczy. Sklepy z „dopalaczami” wprowadziły nową ofertę produktów. Stąd też stało się oczywiste, że w celu kontroli i rozwiązania kwestii związanej z dopalaczami potrzebne jest podejście systemowe i implementacja pewnych kompleksowych rozwiązań, zawierających procedury wprowadzania substancji do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W związku z powyższym, w połowie 2009 r., w ramach zespołu roboczego pod auspicjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego, przy współpracy Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwa Zdrowia oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, opracowano rozwiązania systemowe, które pozwoliłyby ograniczyć ryzyko dla zdrowia publicznego związane z dopalaczami. Działanie systemu opierałoby się na kilku podstawowych etapach: 1) aktywny monitoring, 2) wstępna ocena, 3) czasowa kontrola 4) ocena ryzyka oraz ocena konsekwencji legislacji, 5) kontrola stała lub zaniechanie kontroli.

³ Zgodnie z Decyzją Rady Unii Europejskiej o określeniu 1-benzylpiperazyny (BZP) nową substancją psychoaktywną, która może być przedmiotem kontroli oraz sankcji karnych (Council Decision 2008/206/JHA).

⁴ Były to: *argyrea nervosa*, *banisteriopsis caapi*, *calea zacatechichi*, *catha edulis*, *echinopsis pachanoi*, *kava kava*, *leonotis leonurus*, *mimos tenuiflora*, *mitragyna speciosa*, *nymphaea caerulea*, *peganum harmala*, *rivea corymbosa*, *salvia divinorum*, *tabernanthe iboga*, *trichocereus peruvianus*.

⁵ Ustawa z dnia 20 marca 2009 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 63 poz. 520).

W założeniach projektu w procesie decyzyjnym związanym z wszystkimi ww. etapami brałyby udział dwa zespoły. W skład pierwszego wchodziłoby przedstawiciele instytucji centralnych posiadających w swoich kompetencjach monitorowanie rynku legalnego, mające na celu wykluczenie z niego produktów niebezpiecznych; monitorowanie rynku farmaceutycznego pod kątem produktów niebezpiecznych, monitorowanie obrotu prekursorami, monitorowanie rynku narkotykowego oraz kwestie związane z autoryzacją oraz dopuszczeniem na rynek nowych produktów. Drugi zespół miałby charakter interdyscyplinarny i składałby się z wiodących naukowców z takich dziedzin, jak: chemia, farmakologia, toksykologia, kryminalistyka oraz szeroko pojęte nauki społeczne.

Zespół naukowy pełniłby rolę wsparcia merytorycznego dla zespołu eksperckiego. W założeniach projektu zespoły posiadałyby swój budżet, który umożliwiałby finansowanie dodatkowych analiz oraz badań.

Na podstawie wyników prac zespołu powstawałby raport z oceny ryzyka oraz oceny konsekwencji ewentualnego wprowadzenia konkretnej substancji pod kontrolę prawną wraz z rekomendacjami. Raport przedstawiany byłby Ministrowi Zdrowia. Następnie Minister Zdrowia podejmowałby decyzję o wszczęciu procedury legislacyjnej, mającej na celu wprowadzenie nowej substancji pod kontrolę prawną. Minister Zdrowia ponadto posiadałby dwa dodatkowe mechanizmy takie, jak: czasowa kontrola substancji (w założeniu projektu 18 miesięczna) oraz przyspieszona procedura wprowadzania substancji pod kontrolę, w przypadku substancji stwarzających podwyższone ryzyko dla zdrowia publicznego.

Opisany powyżej draft systemu został przekazany Ministrowi Zdrowia, jako propozycja rozwiązania legislacyjnego, pozwalającego na racjonalne oparte na dowodach podejście do wprowadzania nowych substancji psychoaktywnych pod kontrolę prawną. Problem dopalaczy jednak uwydatnił lukę istniejącą w procedurach dopuszczania produktów na rynek oraz w kontroli produktów o działaniu psychoaktywnym słabszym niż narkotyki.

● Wdrażanie prawa

Zagadnienia wstępne

Od ponad 12 lat w polskim prawie narkotykowym istnieje przepis pozwalający na zastosowanie alternatywy do więzienia w postaci leczenia dla osób posiadających problemy z używaniem narkotyków. Środowiska użytkowników narkotyków oraz środowiska terapeutów od kilku lat zwracają uwagę na fakt, że są to przepisy bardzo rzadko wykorzystywane przez wymiar sprawiedliwości. W 2008 r. zagadnienie to doczekało się analizy naukowej. W tym właśnie roku zrealizowano badania nt. „Zastosowanie art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”. Projekt został przeprowadzony przez Łukasza Serebnickiego, doktoranta w Katedrze Kryminologii z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Celem badania było uzyskanie pogłębionych informacji o funkcjonowaniu w praktyce sądowno-prokuratorskiej przepisów realizujących zasadę „leczyć zamiast karać”, czyli art. 72 w powiązaniu z art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Artykuły te umożliwiają zawieszenie postępowania na czas leczenia osoby uzależnionej lub używającej narkotyki w sposób szkodliwy oraz – w zależności od wyników leczenia, daje prokuratorom możliwość wystąpienia do sądu o warunkowe umorzenie postępowania.

Warunkiem zastosowania ww. przepisów jest brak uprzedniej karalności sprawcy oraz fakt, że czyn będący przedmiotem postępowania nie jest zagrożony karą wyższą niż 5 lat pozbawienia wolności. Przepis ten funkcjonuje w polskim systemie prawnym od 1997 r. Nowa ustawa z 2005 r.⁶ poszerzyła

⁶ Art. 57 z Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r. (Dz.U. Nr 75 poz. 468).

kategorii osób potencjalnie objętych ww. przepisami o osoby używające substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy.

Metoda badawcza

W celu uzyskania w miarę kompletnego obrazu zjawiska oraz poddania go w pewnym sensie triangulacji nie tylko ze względu na metodę, ale także na podmiot badania – zastosowano równoległe charakterystyczne dla badań kryminologicznych badania aktowe, a także charakterystyczne dla socjologii jakościowej Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI) z prokuratorami, osobami uzależnionymi oraz z osobami osadzonymi w jednostkach penitencjarnych.

Dobór próby

Do badania wybrano trzy lokalizacje. Warszawę, Kraków oraz Katowice. Wszystkie są dużymi aglomeracjami miejskimi, uprzemysłowionymi, o nasileniu zjawisk patologicznych w tym narkomanii. Analizie poddano akta z 2006 r. związane z przestępstwami o posiadanie narkotyków i ich udzielanie,⁷ spełniające wymogi zastosowania art.72, – czyli zagrożone ustawowo karą poniżej 5 lat. Do analizy akt wykorzystano losowanie proporcjonalne, polegające na określeniu stosunku spraw wpływających do danego sądu w stosunku do innych sądów, a następnie wylosowanie w sposób proporcjonalny w każdym sądzie akt sprawy. Spośród 527 spraw spełniających kryteria wylosowano 300 akt, które następnie poddano analizie za pomocą specjalnie do tego celu skonstruowanego kwestionariusza. W sumie zebrano informacje o 313 sprawcach przestępstw.

Wywiady pogłębione z prokuratorami (n=15) przeprowadzono w prokuraturach rejonowych odpowiednich do wybranych lokalizacji. Wywiady koncentrowały się na poznaniu wiedzy prokuratorów, ich opinii oraz doświadczeń i oceny funkcjonowania art. 72. Przeprowadzono 5 wywiadów w każdej z lokalizacji.

Podobna procedura oraz zakres zbieranych danych dotyczył wywiadów z osadzonymi i osobami uzależnionymi. Wywiady z osobami uzależnionymi (n=15) przeprowadzono w placówkach leczniczych MONAR⁸ w trzech lokalizacjach. Przeprowadzono 5 wywiadów w każdej z lokalizacji. Wywiady z osadzonymi (n=15) przeprowadzono w trzech jednostkach penitencjarnych (2 zakładach karnych i areszcie śledczym).

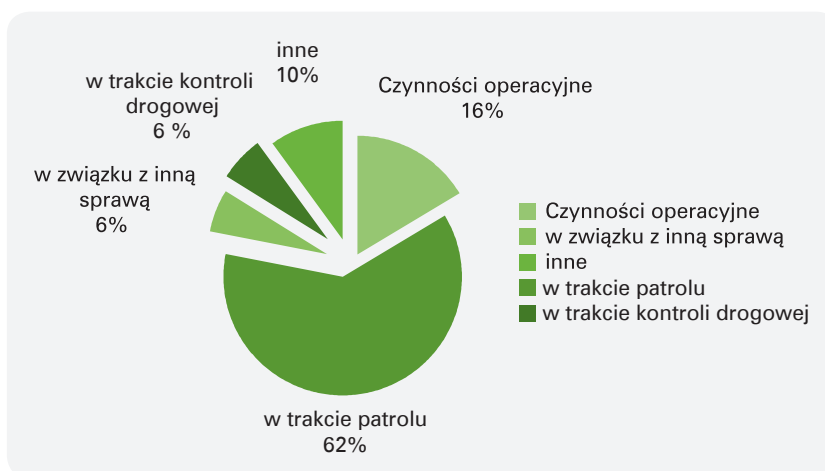
Wyniki

Zarzuty wobec większości sprawców, bo 81% (n=255) związane były z naruszeniem przepisów art. 62.1, czyli z posiadaniem narkotyków. Z uwagi na pewne braki w dokumentacji oraz na prowadzenie dokumentacji w sposób nie ujednolicony, nie można było w drodze analizy określić, w związku z posiadaniem jakiej ilości narkotyków związane były poszczególne sprawy. Spośród analizowanych naruszeń prawa 62% z nich zostało popełnionych w 2006 r., 27% w 2005 r., a 11% przed 2005 r. Wśród analizowanych przestępstw, większość – bo 68% została ujawniona w wyniku rutynowych działań patrolowych organów ścigania takich, jak: służba patrolowa czy kontrola drogową. Tylko 16% było związane z zaplanowanymi czynnościami operacyjnymi Policji. Dane te prezentuje wykres 1.

⁷ Art. 62.1, art. 62.3, art. 58.1 oraz art. 59.3 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179,poz.1485).

⁸ Największa organizacja pozarządowa zajmująca się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków w Polsce.

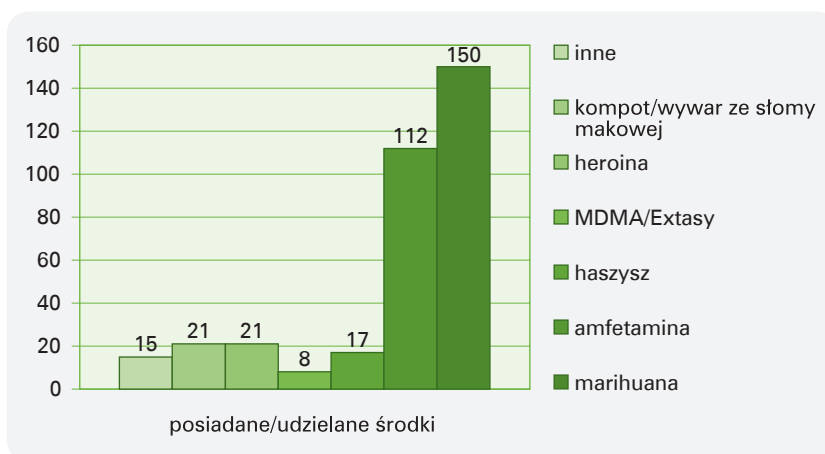
Wykres 1. Sposób ujawnienia przestępstwa



Źródło: Serednicki (2008)

Wyniki te są potwierdzeniem innych analiz prowadzonych w poprzednich latach w Polsce, z których wynika, że właśnie rutynowe działania Policji są źródłem ujawnień większości naruszeń prawa związanych z posiadaniem narkotyków (Krajewski, K., 2008).

Ciekawych wyników dostarcza także analiza badanych sprawców w podziale na substancje w związku z którymi stali się oni obiektem postępowania. Jak wynika z przeprowadzonych analiz w 150 przypadkach sprawy były związane z posiadaniem marihuany, a w 112 z posiadaniem amfetaminy (pełen wykaz został przedstawiony na wykresie 2).

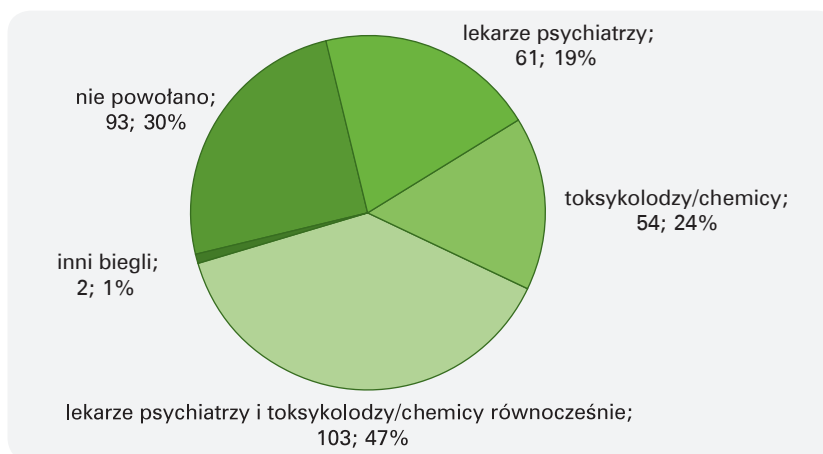
Wykres 2. Posiadanie i udzielanie narkotyków przez sprawców w podziale na substancje⁹

Źródło: Serednicki (2008)

W analizowanych aktach, w przypadku większości, powołano biegłych z zakresu psychiatrii. W przypadku 47% spraw powołano równocześnie biegłych z zakresu toksykologii i psychiatrii. W 24% przypadków nie powołano biegłych (pełne zestawienie wyników zostało zaprezentowane na wykresie 3).

⁹ Dane podane na wykresie nie sumują się do ogólnej liczby sprawców (n=313), gdyż sprawcy posiadali więcej niż jeden rodzaj narkotyku.

Wykres 3. Powołanie biegłych w badanych aktach procesowych



Źródło: Serednicki (2008)

Zastosowanie art. 72 i 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Spośród badanej próby nie natrafiono na wykorzystanie przepisów art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Badacze postawili sobie pytanie – wobec jakiej liczby sprawców można by zastosować ww. przepisy oraz jaka liczba sprawców kwalifikowałaby się do zastosowania ww. przepisów, gdyby zniesiono wymóg poprzedniej niekaralności.

Analizy ujawniły, że spośród wszystkich analizowanych spraw w 17% (n=53) przypadków warunkowo umorzono postępowanie, a w przypadku 80% (n=250) zapadł wyrok skazujący. W żadnym z przypadków umorzenia postępowania nie wykorzystano jednak zapisów omawianych artykułów. Tylko w 7 przypadkach sąd skorzystał z możliwości jakie dają przepisy Polskiego Kodeksu Karnego i skierował sprawców na leczenie, mające na celu przeciwdziałanie popełnianiu nowych czynów zabronionych. Spośród 250 ukaranych sprawców 54% (n=136) poddano badaniom psychiatrycznym przez biegłego psychiatrę. W przypadku 38% (n=95) stwierdzono uzależnienie lub używanie szkodliwe, co jest jednym z głównych kryteriów zastosowania przedmiotowych przepisów. Prawie 19% (n=47) zgłaszało chęć leczenia. Jednak tylko 4% (n=9) spełniało kryteria ustawowe dla zastosowania art. 72 ustawy, czyli nie było uprzednio karanych. Pozostałe 15%, czyli 38 sprawców, miało na swoim koncie zasądzone kary, z czego 17 w związku z posiadaniem narkotyków i 17 w związku z przestępstwami przeciwko mieniu.

W trakcie analizy akt natknięto się na dwa przypadki wniosków o zastosowanie przepisu art. 72. Oskarżeni nie spełniali jednak kryteriów ww. przepisu. W obu przypadkach sąd zastosował karę pozbawienia wolności w zawieszeniu oraz obowiązek poddania się leczeniu na mocy art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Wywiady z osadzonymi

Jednym z problemów trapiących polski system penitencjarny, poza przeludnieniem, jest utrudniony dostęp do terapii w warunkach izolacji. Spośród 15 badanych 6 oczekiwało na terapię powyżej 24 miesięcy, a 5 od 13 do 24 miesięcy.

Badani, w zdecydowanej większości, nie mieli także świadomości funkcjonowania w polskim systemie prawnym art. 72. Tylko dwie osoby deklarowały, że o przedmiotowym przepisie coś kiedyś słyszały. Żaden z osadzonych nie był jednak w stanie opisać, jakie rozwiązania zawiera ten artykuł oraz do jakiej kategorii osób ma zastosowanie.

Zdecydowana większość osadzonych deklarowała zainteresowanie potencjalnym podjęciem terapii na warunkach art. 72. Badani podkreślali m.in. niewystarczający zakres terapii w warunkach izolacji więziennej. Poza dwoma przypadkami wszyscy skazani wyrażali pogląd, że należy informować osadzonych o istnieniu instytucji art. 72 oraz zasadach na jakich może on być zastosowany.

Wywiady z osobami leczącymi się

Spośród wszystkich 15 badanych jedynie jedna osoba deklarowała, że „coś tam słyszała” o instytucji art. 72. Wszyscy badani deklarowali chęć podjęcia potencjalnej terapii w zgodzie z zasadami określonymi w ww. artykule. Jako podstawowe korzyści płynące z wykorzystania tej instytucji, badani wymieniali brak stygmatyzacji związanej z wyrokiem sądowym oraz łatwiejszy sposób dostosowania się do warunków „normalnego życia” po zakończeniu terapii.

Wywiady z prokuratorami

Zdecydowana większość spośród 15 badanych prokuratorów oceniła istnienie art. 72 jako zasadne. Część z nich jednak zwracała uwagę na pewne praktyczne implikacje jego istnienia. Po pierwsze wymaga on od prokuratorów zwiększonego nakładu pracy w sensie formalnym, a po drugie – wiąże się z zawieszeniem sprawy na okres leczenia, co uniemożliwia im w praktyce zamknięcie sprawy. Spośród wszystkich badanych tylko jeden prokurator w swojej karierze zastosował ten przepis.

Badacze zdecydowali się także poznać opinię prokuratorów na temat rezygnacji z wymogu braku poprzedniej karalności jako przesłanki do stosowania art. 72. Otrzymane opinie w tej kwestii były wyraźnie podzielone. Część prokuratorów uważała, że obecny kształt przepisów i tak stawia osoby uzależnione oraz osoby szkodliwie używające narkotyków w pozycji uprzywilejowanej względem innych sprawców przestępstw i dalsza ich modyfikacja naruszałaby zasadę równości wobec prawa. Część prokuratorów opowiedziała się za zrezygnowaniem z wymogu uprzedniej karalności, jednak z pewnymi ograniczeniami np. ze względu na kategorię przestępstwa. Pojawił się także pomysł zastosowania wobec sprawców w ramach art. 72 obligatoryjnego leczenia. Większość prokuratorów opowiedziała się także za informowaniem podejrzanych o istnieniu art. 72. Dwóch prokuratorów opowiedziało się za informowaniem tylko wybranych grup podejrzanych, a nie wszystkich. Ich zdaniem mogłoby to prowadzić do wykorzystania przez podejrzanych przepisu w celu uniknięcia kary.

Prokuratorów pytano także o ocenę poziomu wiedzy w organach ścigania na temat tego przepisu. Tylko 3 prokuratorów uznało ją za dobrą. Pozostali uznali, że jest ona średnia lub niewielka.

Kolejną kwestią poruszaną w badaniu było zebranie uwag o zmianach jakie powinny zajść w przepisie będącym przedmiotem badania. Pojawiły się sugestie związane ze skreśleniem z przepisu osób szkodliwie używających narkotyków, z powodu niezbyt precyzyjnej definicji tego pojęcia. Część prokuratorów wskazywała na konieczność określenia w drodze rozporządzenia procedur postępowania w takich przypadkach z uwzględnieniem rodzaju leczenia, uregulowania przepływu informacji o oskarżonym pomiędzy ośrodkami leczenia uzależnień a prokuraturą. Sformułowano także potrzebę stworzenia listy ośrodków prowadzących terapię dla oskarżonych, co ułatwiłoby praktyczną implementację przepisów.

Podsumowanie i wnioski

Podsumowując, autor badania stwierdza, że art. 72 nie jest wykorzystywany w praktyce prokuratorskiej i sądowniczej.

Ponadto poziom wiedzy zarówno organów ścigania, jak i samych zainteresowanych na temat istnienia przepisu uznaje za niewystarczający. Autor wskazuje usunięcie wymogu uprzedniej karalności

oraz nałożenie obowiązku informowania podejrzanych o istnieniu takiego przepisu jako środki prowadzące do „ożywienia” instytucji art. 72. i zwiększające zakres jego stosowania.

Autor wskazuje także na pewien deficyt rozpoznany w badaniach, związany z powoływaniem przez prokuratora czy sądy w trakcie postępowania biegłych psychiatrów. Sugeruje wprowadzenie obligatoryjnego powołania biegłych w sprawach, w których sąd lub prokurator powziął uzasadnione podejrzenie, że sprawcą czynu jest osoba uzależniona lub szkodliwie używająca narkotyki. Wynika to z faktu, że ani prokurator, ani sąd nie mają wystarczającej wiedzy fachowej, aby stwierdzić, czy sprawca ma istotnie problemy z używaniem narkotyków. Ustalenie tego faktu mogłoby istotnie przyczynić się do rozważenia przez prokuratora zobowiązania do leczenia dla sprawcy.

1.2. Krajowy plan działania, strategia, ewaluacja i koordynacja

● Krajowy plan działania i/lub strategia

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. nakłada na Krajowe Biuro przygotowanie corocznego sprawozdania z realizacji Krajowego Programu. W celu otrzymania informacji potrzebnych do przygotowania raportu, opracowane zostały ankiety służące do zbierania danych ilościowych oraz jakościowych. Każda instytucja zaangażowana w realizację zadań KPPN otrzymuje ankietę. W sumie wysyłanych jest corocznie około 50 ankiet do instytucji centralnych i wojewódzkich oraz ponad 2 500 do gmin. W przypadku jednostek samorządu województw i gmin, opracowano wystandaryzowane ankiety służące zebraniu materiału ilościowego, niezbędnego do oszacowania stopnia zaangażowania władz regionalnych i lokalnych w realizację KPPN. Dane zbierane są za pośrednictwem osób koordynujących problematykę zapobiegania narkomanii na poziomie wojewódzkim – ekspertów wojewódzkich ds. informacji o narkotykach i narkomanii współpracujących w zakresie epidemiologii narkomanii z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. Dzięki wykorzystaniu sieci ekspertów uzyskuje się wysoki poziom zwrotu ankiet, np. w 2008 r. ankietę odesłało 2 149 gmin z ogólnej liczby 2 478, tj. 87%. W porównaniu do roku poprzedniego sprawozdało się o 4 punkty procentowe gmin mniej. Ankiety z gmin analizowane są za pomocą pakietu statystycznego SPSS 14. Do ważnych zadań podmiotów zaangażowanych w realizację KPPN jest przygotowanie własnych programów w oparciu o KPPN.

W ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania – instytucje centralne, samorząd wojewódzki oraz lokalny przygotowuje własne programy resortowe, wojewódzkie lub gminne. Przygotowane i realizowane programy ograniczania popytu na narkotyki zostały opracowane przez: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Wszystkie urzędy marszałkowskie posiadały i realizowały wojewódzkie strategie. Należy odnotować, że w przypadku gmin i województw, mogą to być wspólne programy dotyczące również problematyki alkoholowej.

Liczne aktywności skierowane na przeciwdziałanie narkomanii podejmowane są także na szczeblu wojewódzkim. W większości województw opracowane zostały programy przeciwdziałania narkomanii, natomiast w kilku regionach program antynarkotykowy stanowi część szerszej strategii dotyczącej rozwiązywania problemów uzależnień.

Odnosnie realizacji celu głównego Programu, dane epidemiologiczne wskazują, że zjawisko narkomanii w trakcie implementacji uległo stabilizacji lub spadkowi.

Raport z implementacji Krajowego Programu w 2008 r. zawiera rekomendacje dotyczące wdrażania Programu w latach następnych. Wnioski z raportu wskazują na fakt, iż zdecydowana większość zadań sformułowanych w harmonogramie jest realizowana zgodnie z harmonogramem. W ramach sformułowanych rekomendacji jako najważniejsze obszary deficytowe autorzy raportu wskazują

w dalszym ciągu nie wystarczający rozwój leczenia substytucyjnego. Innymi obszarami wymagającymi uwagi i dalszego rozwoju są: stworzenie resortowych programów przeciwdziałania narkomanii, dalsze dostosowanie systemów zbierania danych do standardów sprawozdawczości międzynarodowej oraz rozwój systemów monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym.

Poza ww. raportem w 2009 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę pobierania opłat za zezwolenia oraz wykorzystania przez samorządy województw i gmin opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2006–2008¹⁰. (Najwyższa Izba Kontroli 2009).

NIK skontrolował 40 jednostek terytorialnych (8 województw oraz 32 gminy). Wszystkie kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego wywiązało się z obowiązku stworzenia programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jednak w przypadku 9 (22%) samorządów stwierdzono zaniedbania w ramach ustawowego obowiązku stworzenia programów przeciwdziałania narkomanii oraz składania raportów z ich realizacji. W przypadku 15 jednostek terytorialnych NIK zakwestionował rzetelność obowiązujących programów. Główne zarzuty tyczyły się ogólnikowości oraz braku diagnozy potrzeb lokalnych. NIK w swoim raporcie podkreśla, że „ogólnikowość programów ustalonych przez sejmiki wojewódzkie i rady gmin oraz brak oparcia przedmiotowych programów o rzetelną analizę potrzeb lokalnych, stwarza zagrożenie nieefektywnego wykorzystania środków przeznaczonych na ich realizację i pozostawia organom wykonawczym zbyt daleką swobodę w ich wydatkowaniu” (Najwyższa Izba Kontroli 2009).

● Wdrażanie i ewaluacja krajowego planu działania i/lub strategii

Monitoring na poziomie lokalnym

W ramach realizacji zadań zawartych w Krajowym Programie na lata 2006–2010 dotyczących rozwoju współpracy pomiędzy szczeblem samorządowym oraz centralnym w zakresie zbierania i analizy danych, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii koncentruje się na rozwoju monitoringu lokalnego na szczeblu gminnym. Jest to jedno z działań priorytetowych jeśli chodzi o rozwój systemów monitorujących zjawisko narkotyków i narkomanii w Polsce.

W 2008 r. w ramach programu twinningowego we współpracy z Hiszpanią, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozpoczęło implementowanie lokalnego monitoringu wśród jednostek samorządu terytorialnego. W trakcie trzech szkoleń, z których każde trwało trzy dni, gminy zostały przygotowane do prowadzenia monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, jak również wdrożenia pilotażowego monitoringu na terenie swojej gminy. W szkoleniu wzięły udział 62 gminy, tj. około 130 uczestników. W efekcie powstało 41 raportów opisujących problem narkotyków i narkomanii, działania profilaktyczne oraz lecznicze, a także wnioski i rekomendacje dla władz lokalnych. Ponadto przygotowana została i wydana druga edycja podręcznika do monitorowania oraz seria artykułów w prasie branżowej. System lokalnego monitorowania narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym wspierany jest przez sieć ekspertów wojewódzkich ds. informacji o narkotykach i narkomanii. Eksperci uczestniczą w szkoleniach i mają za zadanie koordynowanie lokalnego monitorowania w swoich województwach. CINN koordynuje zadanie na poziomie krajowym, prowadząc szkolenie i udzielając wsparcia merytorycznego.

¹⁰ Wedle zapisów ustawowych ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości, część z dochodów otrzymywanych przez samorząd z opłat za pozwolenia wydawane na prowadzenie sprzedaży alkoholu, powinna być przeznaczana na przeciwdziałanie narkomanii. Dodatkowo ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nakłada na samorządy obowiązek stworzenia gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Dopuszcza się stworzenie zbiorczego programu przeciwdziałania uzależnieniom.

● Ewaluacja krajowego programu i/lub strategii

Poza działaniami mającymi na celu poprawę jakości monitoringów lokalnych w 2008 r. podjęto próbę ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Z uwagi na fakt, że obecny program zbliża się ku końcowi oraz mając na uwadze konieczność rozpoczęcia prac nad nowym Krajowym Programem na zlecenie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii przeprowadzono projekt mający na celu odtworzenie matrycy logicznej obecnie wdrażanego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2006–2010 w obszarze działań profilaktycznych. Projekt był jednym z elementów ewaluacji obecnie wdrażanego Programu, a ewentualne wykazane deficyty obecnego Programu miały być podstawą do przygotowania następnego Programu na lata 2011–2015. Projekt został zrealizowany przez dr Roberta Sobiech z Uniwersytetu Warszawskiego.

Metoda oraz źródła danych

Celem głównym projektu było odtworzenie drzewa problemów KPPN na lata 2006–2010, następnie odtworzenie drzewa celów oraz ocena adekwatności dobranych działań do celów i określenie obszarów deficytowych, opracowanie rekomendacji co do ewentualnych zmian związanych z dynamiką zjawiska narkomanii.

Wyniki

W wyniku analiz dostępnych materiałów i danych pochodzących z badań oraz z materiałów związanych z tworzeniem Krajowego Programu, autor raportu zwrócił uwagę na kilka deficytów Programu. Oto one:

- Brak bezpośredniego odniesienia do wyników badań przy formułowaniu celu głównego Programu.
- Brak pogłębionej charakterystyki użytkowników narkotyków w oparciu o badania lub koncept teoretyczny oraz brak dopasowania rodzaju działań do charakterystyki grup lub, jak sugeruje autor raportu, grup potencjalnie najbardziej narażonych na używanie narkotyków.
- Cele szczegółowe zostały sformułowane z perspektywy działań instytucjonalnych, w oderwaniu od celu głównego. Powoduje to brak możliwości wykazania związku przyczynowo – skutkowego oraz zależności pomiędzy realizacją działań i celów szczegółowych a osiągnięciem celu głównego.

Autor zaproponował, aby przy tworzeniu nowego Programu zastosować sposób definiowania podstawowych problemów z punktu widzenia jednostki, skupiając się na psychospołecznych uwarunkowaniach narkomanii oraz odejście od definiowania podstawowych problemów z perspektywy działań instytucjonalnych lub z perspektywy polityki narkotykowej. Stworzył propozycję modelowego drzewa problemów oraz drzewa celów. Badanie to jest obecnie wykorzystywane przy tworzeniu strategii i planu działania na lata 2010–2016.

Działania koordynacyjne

W 2008 r. Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii, na podstawie wniosków z prac zespołów roboczych, podjęła kilka inicjatyw – m. in. zainicjowała kampanię profilaktyczną dotyczącą bezpieczeństwa podróży zagranicznych obywateli polskich „Czy wiesz co przewozisz?”. Kampania została stworzona i koordynowana wspólnie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Działania profilaktyczne podejmowane w ramach kampanii obejmowały: 1) podniesienie świadomości oraz zwrócenie uwagi obywateli polskich podróżujących poza granicami RP na istnienie realnych zagrożeń ze strony narkotykowych grup przestępczych,

2) zachęcenie podróżnych do zgłaszania służbom granicznym wszelkich prób wykorzystania ich do świadczenia tego typu „przysługi” oraz 3) wyrobienie nawyku kontroli bagażu i stałego nad nim nadzoru.

Na podstawie wniosków grup roboczych Rada podjęła kroki zmierzające do skoordynowania działań różnych instytucji (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Główny Inspektorat Sanitarny, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii) w obszarze przeciwdziałania obrotom tzw. dopalaczami.

Ponadto w wyniku prac zespołów roboczych zidentyfikowano zagrożenia dla realizacji działania dotyczącego Zwiększenia liczby programów leczenia substytucyjnego oraz liczby świadczonych usług w sposób zapewniający dostępność do nich co najmniej 20% uzależnionych od opiatów. Opracowano także działania zaradcze, mające na celu zapobieganie ryzyku związanemu z realizacją ww. zadania.

1.3. Analiza Ekonomiczna

● Wydatki publiczne

Wysokość nakładów na realizację KPPN jest określana na podstawie informacji o wydatkach przedkładanych przez poszczególne resorty, jak również podległe im instytucje rządowe oraz jednostki samorządu terytorialnego.

W przypadku niektórych instytucji wydatki nie są raportowane ze względu na trudności z wyodrębnieniem nakładów na przeciwdziałanie narkomanii spośród wszystkich nakładów związanych z realizacją zadań statutowych.

W poniższej tabeli zestawiono informacje o wydatkach poszczególnych instytucji centralnych oraz samorządów gmin i województw na realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 r. Podane kwoty nie zawierają wszystkich wydatków poniesionych na realizację Krajowego Programu, z uwagi na brak danych z niektórych instytucji. Z otrzymanych informacji można stwierdzić, że ogólny koszt realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 r. wyniósł 149 056 345,10 PLN.

Jak widać z powyższego zestawienia, 16 instytucji centralnych nie sprawozdało kosztów poniesionych z tytułu realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, tj. o cztery więcej niż w 2007 r.

Niektóre resorty i służby, które sprawozdały się z wydatków na realizację KPPN raportowały ich zmniejszenie w porównaniu z rokiem 2007. Wymienić tu można Ministerstwo Edukacji Narodowej (spadek kosztów o blisko 293 tys. PLN), czy Instytut Psychiatrii i Neurologii (zmniejszenie kosztów o blisko 120 tys. PLN).

Kilka instytucji centralnych sprawozdało natomiast nieznaczny wzrost nakładów finansowych przeznaczonych na realizację KPPN. Wymienić tu można Krajowe Biuro, którego wydatki z tytułu realizacji KPPN zwiększyły się o ponad 170 tys. PLN (z wyłączeniem działań związanych z realizacją projektu Transition Facility, 2006), czy MON, którego koszty realizacji KPPN w 2008 r., w porównaniu do 2007 r., zwiększyły się o niewiele ponad 63 tys. PLN. Największy – ponad osiemnastomilionowy – wzrost wydatków z tytułu realizacji KPPN sprawozdały wojewódzkie oddziały NFZ. Należy jednak podkreślić, że wydatki te są prawdopodobnie zawyżone ze względu na brak możliwości dokładnego określenia wysokości środków finansowych przeznaczonych przez NFZ na świadczenia ambulatoryjne skierowane wyłącznie do osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Ze względu na liczne ograniczenia w metodologii zbierania danych oraz liczne braki danych z poszczególnych resortów, podanej kwoty przeznaczonej na realizację KPPN nie można porównywać do lat poprzednich i w związku z tym stwierdzić czy nastąpił wzrost, czy spadek nakładów przeznaczonych na ten cel.

Tabela 1. Wydatki na realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii poniesione w 2008 r.

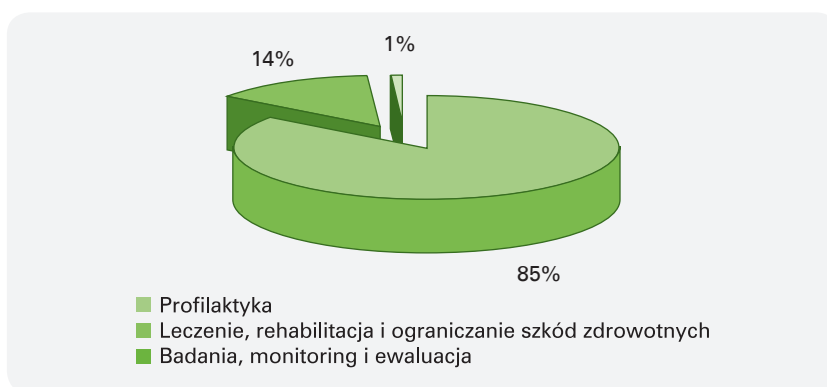
Lp.	Instytucja	Wydatki na realiz. KPPN w PLN
1.	Centralny Zarząd Służby Więziennej	b.d.
2.	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	b.d.
3.	Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej	27 585,80
4.	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	b.d.
5.	Generalny Inspektor Informacji Finansowej	b.d.
6.	Główny Inspektor Farmaceutyczny	b.d.
7.	Główny Inspektor Sanitarny	b.d.
8.	Główny Urząd Statystyczny	b.d.
9.	Inspektor ds. Substancji i Preparatów Chemicznych	89,00
10.	Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia	b.d.
11.	Instytut Psychiatrii i Neurologii	950 000,00
12.	Komenda Główna Policji	b.d.
13.	Komenda Główna Straży Granicznej	b.d.
14.	Komenda Główna Żandarmerii Wojskowej	855 780,00
15.	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	11 093 000,00
16.	Krajowe Centrum ds. AIDS	27 919 360,67
17.	Minister Edukacji Narodowej	2 201 951,61
18.	Minister Infrastruktury	b.d.
19.	Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego	b.d.
20.	Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego	759 320,00
21.	Minister Obrony Narodowej	244 811,20
22.	Minister Pracy i Polityki Społecznej	nie ponoszono
23.	Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	103 156,60
24.	Ministerstwo Sprawiedliwości	b.d.
25.	Naczelna Rada Lekarska	b.d.
26.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	2 500,00
27.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	5 065,24
28.	Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia	41 365 928,40
29.	Prokurator Krajowy	b.d.
30.	Samorządy Gmin	58 689 240,00
31.	Samorządy Województw	4 795 366,58
32.	Służba Celna	b.d.
33.	Wojewódzcy Inspektorzy Farmaceutyczni	43 190,00
Razem:		149 056 345,10

Źródło: Minister Zdrowia (2009)

Analizując koszty samorządu terytorialnego widać spadek nakładów urzędów marszałkowskich na realizację KPPN. W 2008 r. wydatkowano 3 774 112,58 PLN, zaś w 2007 r. 4 430 866,27 PLN. Jednocześnie w stosunku do 2007 r. zaobserwować można prawie dziesięciomilionowy wzrost wydatków na realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez samorządy gmin (z 49 220 415 PLN w 2007 r., do 58 689 240 PLN, w 2008 r.). Widoczny jest zatem stały udział gmin w całkowitych wydatkach poniesionych celem przeciwdziałania narkomanii.

W ramach poniesionych kosztów, samorządy gmin wydatkowały najwyższe kwoty na działania z obszaru profilaktyki, tj. 50 195 816 PLN. Procentowy rozkład kosztów gmin przedstawia wykres 4.

Wykres 4. Procentowy rozkład wydatków poniesionych przez gminy na realizację poszczególnych obszarów KPPN w 2008 r.



Źródło: Minister Zdrowia (2009)

W porównaniu do roku poprzedniego zwiększył się odsetek środków finansowych wydatkowanych na zadania związane z lecnictwem, rehabilitacją oraz ograniczaniem szkód zdrowotnych (z 8% w 2007 r. do 14% w 2008 r.). Zmniejszył się natomiast procent środków przeznaczonych na działania profilaktyczne (spadek o 3 punkty procentowe) oraz na badania, monitoring i ewaluację (spadek o 2 punkty procentowe)¹¹.

¹¹ Podstawy prawne finansowania działań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii:

- 1) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 Nr 179, poz. 1485),
- 2) Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz.U. 2006 Nr 143, poz. 1033),
- 3) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz.U. 1996 Nr 112, poz. 537),
- 4) Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, Cel operacyjny Nr 5
- 5) Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami),
- 6) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135 z późniejszymi zmianami),
- 7) Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111, poz. 535 z późniejszymi zmianami),
- 8) Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 281, poz. 2789),
- 9) Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2003 Nr 15, poz. 148 z późniejszymi zmianami),
- 10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2000 r. w sprawie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia 2000 Nr 2, poz. 44),
- 11) Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873).

2. Używanie narkotyków w populacji ogólnej i konkretnych grupach docelowych

Anna Strzelecka

Wstęp

Zjawisko używania narkotyków jest w Polsce systematycznie monitorowane i poddawane badaniom. Dane dotyczące skali rozpowszechnienia nielegalnych substancji psychoaktywnych zbierane są za pomocą metod jakościowych (focusy, wywiady) oraz ilościowych (ankiety, sondaże). Badania przeprowadzane są wśród ogólnopolskiej próby losowej mieszkańców naszego kraju, a także wśród młodzieży szkolnej. Pomiary te realizowane są cyklicznie, co 4 lata. Większość badań dotyczących zjawiska narkotyków i narkomanii powstaje na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

2.1. Używanie narkotyków w populacji ogólnej

- **“Public Poll Survey on Drug Policy Attitudes in 6 EU Members States”, analiza polska**
Autorzy: Elena Yankova, Robert Veverka, Liese Recke, Nicole Malstee, Agnieszka Sieniawska, Berne Stalenkrantz Badanie zlecone przez Hungarian Civil Liberties Union

Wprowadzenie i cel projektu

Organizacja Hungarian Civil Liberties Union (HCLU) przygotowała w 2008 r. międzynarodowy projekt – European Drug Policy Initiative (EDPI). Badanie było realizowane między listopadem 2008 r. a styczniem 2009 r. we współpracy z organizacjami pozarządowymi i partnerami z 6 państw członkowskich Unii Europejskiej: Polski, Bułgarii, Republiki Czeskiej, Holandii, Szwecji oraz Danii. Polski koordynatorem była Pani Agnieszka Sieniawska.

W pierwszym roku realizacji projektu EDPI, organizacja HCLU wraz z krajowymi partnerami przeprowadziła badanie opinii publicznej dotyczące postaw społeczeństwa wobec polityki narkotykowej. Celem sondażu było otrzymanie porównywalnej bazy danych na temat obecnego stanu opinii publicznej wobec zażywania narkotyków oraz polityki narkotykowej w Europie, zwłaszcza w krajach, które stanowią wyjątek bądź cechują się specyficzną polityką narkotykową – represyjną lub progresywną.

Polska i Bułgaria, jako stosunkowo nowe państwa członkowskie Wspólnoty Europejskiej, reprezentują restrykcyjne polityki narkotykowe, podczas gdy starsze kraje członkowskie takie, jak Holandia i Dania charakteryzują się liberalnym podejściem.

Wyjątkiem jest Szwecja – z tradycyjną restrykcyjną postawą wobec kwestii narkotyków oraz Czechy reprezentujące stosunkowo liberalną politykę narkotykową.

Badanie dotyczyło następujących kwestii: postaw wobec nielegalnych narkotyków oraz ludzi zażywających nielegalne narkotyki, efektów czynnika odstraszaającego, jaki stanowi legislacja narkotykowa, poglądów na temat optymalnej legislacji narkotykowej, a także priorytetów na polu polityki narkotykowej oraz postaw wobec interwencji redukcji szkód.

Metodologia

Wszystkie krajowe edycje badania charakteryzowały się reprezentatywnym doбором próby i zostały przeprowadzone w tym samym czasie. W większości krajów przeprowadzono wywiady telefoniczne,

z wyjątkiem Holandii i Danii, gdzie badania były realizowane on-line. Na potrzeby badania przygotowano 8 pytań na temat rozpowszechnienia używania oraz istotnych kwestii polityki narkotykowej, które następnie zostały umieszczone w krajowym badaniu typu omnibus realizowanym na reprezentatywnej grupie populacji generalnej poszczególnych krajów partnerskich. Niektórzy partnerzy HCLU dodali do kwestionariusza pytania specyficzne dla danego państwa, które były formułowane przez organizację partnera lub przez partnera na podstawie wiedzy na temat schematów zażywania narkotyków oraz/lub sytuacji politycznej danego kraju.

Polską próbę osób badanych reprezentowały osoby w wieku 18-75 lat. Otrzymano odpowiedzi od 1003 osoby. Badanie opinii publicznej w Polsce przeprowadziła firma MillwardBrown SMG/KRC. Respondentów zapytano m.in. o bezpośredni kontakt z poszczególnymi narkotykami. (Sieniawska 2009)

Wyniki

W Polsce najbardziej rozpowszechnioną substancją była marihuana. Używało jej w sumie 7% badanych (9% mężczyzn i 5% kobiet). Substancja ta była najbardziej popularna wśród respondentów w wieku 30-39 lat (9%).

Drugą w kolejności substancją okazała się amfetamina, do używania której przyznało się łącznie 3% badanych. Wśród użytkowników amfetaminy, podobnie jak w przypadku marihuany, dominowały osoby z grupy wiekowej 30-39 lat (6%). Byli to w większości mężczyźni – 5% (kobiety – 2%).

Trzecią pod względem powszechności używania była ecstazy. Kontakt z tym środkiem deklarowało 1% badanych. W grupie tej znalazło się ok. 2% mężczyzn oraz 0,5% kobiet. Najważniejsze informacje na temat używania poszczególnych substancji przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Używanie poszczególnych narkotyków kiedykolwiek w życiu z uwzględnieniem płci, wieku oraz wykształcenia badanych

Rodzaj substancji	Ogółem	Płeć		Grupy wiekowe							Wykształcenie			
		Mężczyźni	Kobiety	15-19 lat	20-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70 lat i więcej	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Konopie	6,9	8,9	5,0	7,1	17,6	9,2	4,0	1,2			3,0	3,1	9,1	15,3
Ecstazy	1,1	1,7	0,5	0,9	3,5	1,1	0,5				1,1		1,7	2,4
Amfetamina	3,3	4,8	1,9	3,7	8,5	5,5	1,1				2,6	3,4	3,6	3,1
Kokaina	0,7	1,2	0,2	2,0	1,5	0,5	0,5				1,1	0,8	0,7	
Heroina	0,4	0,2	0,6	0,9		1,1	0,6					0,2	0,6	0,6
Grzyby halucynogenne	0,3	0,2	0,4		0,6	0,6	0,5					0,2	0,4	0,6
LSD	0,7	1,2	0,2	1,9	1,8	0,5						0,3	1,6	0,6
Inne narkotyki	0,3	0,3	0,2		0,4	1,0						0,2		1,2
Brak kontaktu z narkotykami kiedykolwiek w życiu	81,2	78,8	83,4	80,0	64,2	77,5	82,8	91,7	94,1	93,9	86,5	85,5	78,7	71,4
Odmowa odpowiedzi	9,9	9,6	10,2	8,0	14,5	9,8	12,1	7,1	5,9	6,1	8,3	9,4	10,4	10,9

Źródło: Tabele wynikowe z polskiej analizy badania pn. „Public Poll Survey on Drug Policy Attitudes in 6 EU Members States” (2009)

Jak wynika z przedstawionej tabeli, niemal wszystkich wymienionych wyżej substancji używało więcej mężczyzn niż kobiet – w przypadku niektórych substancji liczba mężczyzn używających danej substancji była ponad dwukrotnie większa niż w przypadku kobiet, np. ecstasy (odpowiednio 2% i 0,5%), amfetamina (5% i 2%) czy kokaina (1% i 0,2%). W przypadku marihuany różnica ta jest mniej spektakularna. Do używania marihuany przyznało się bowiem 9% mężczyzn oraz 5% kobiet.

Wyjątkiem są takie substancje, jak heroina i grzyby halucynogenne, których używało więcej kobiet niż mężczyzn (odpowiednio 1% i 0,2% oraz 0,4% i 0,2%).

W kwestii wieku użytkowników najbardziej rozpowszechnionych w Polsce substancji łatwo zauważyć, że dominują tu osoby młode. Marihuana, podobnie jak amfetamina oraz ecstasy – najpopularniejsze substancje – są najbardziej rozpowszechnione wśród grupy 20-29-latków. W następnej kolejności są użytkownicy z przedziału wiekowego 30-39 lat, a następnie młodzież w wieku 15-19 lat.

Znacznie mniejsze jest spożycie nielegalnych substancji psychoaktywnych przez dorosłe osoby w wieku 40-49 lat. Jak wynika z powyższej tabeli tylko 1% 50-latków zadeklarowało używanie marihuany kiedykolwiek w życiu. Największe odsetki osób, co wydaje się być oczywiste, które zadeklarowały brak kontaktu z narkotykami kiedykolwiek w życiu odnotowano wśród respondentów należących do grup wiekowych 50-59 lat, 60-69 lat oraz 70 lat i więcej (odpowiednio 92%, 94% i 94%).

Inną zmienną, która różnicowała respondentów w kwestii używania poszczególnych substancji było wykształcenie. W przypadku marihuany najwięcej użytkowników miało wykształcenie wyższe (15%), zaś na drugim miejscu znalazły się osoby z wykształceniem średnim (9%). W przypadku użytkowników amfetaminy proporcje względem wykształcenia badanych były bardziej wyrównane. Amfetaminę używało nieco więcej osób z wykształceniem średnim w porównaniu do osób legitymujących się wykształceniem zawodowym, wyższym czy podstawowym (odpowiednio 4%, 3%, 3% i 3%). Jeśli chodzi o ecstasy, to używali ją głównie respondenci z wykształceniem wyższym (2%). Niewielka różnica występowała między użytkownikami tej substancji, którzy posiadali wykształcenie średnie (2%) i podstawowe (1%).

2.2. Używanie narkotyków w szkole i wśród młodzieży

● „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008”

Autorzy: Barbara Badora, Agnieszka Kolbowska, Michał Lutostański, Jolanta Kalka, Michał Wenzel, Bogna Wciórka, Michał Feliksiak, Beata Roguska, Krzysztof Pankowski, Magdalena Gwiazda Badanie zlecone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Badanie pt. „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008” zostało zrealizowane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w dniach od 13 do 23 października 2008 r.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło przeprowadzenie badania dotyczącego rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych po raz drugi. Wcześniejszy sondaż pn. „Młodzież 2003” został zrealizowany w grudniu 2003 r.

W raporcie z niniejszego projektu wykorzystano wyniki badań statutowych CBOS, takie jak: „Młodzież 90”, „Młodzież 91”, „Młodzież 92”, „Młodzież 94”, „Młodzież 96”, „Młodzież 98”.

Do porównywania wyników zaprezentowanych w niniejszym raporcie – podobnie jak w raporcie z 2003 r. – zostały zestawione dane surowe z badania, ponieważ do 1996 r. włącznie wyniki badań młodzieży przeprowadzane przez CBOS nie były poddawane wazeniom.

Badanie „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież - Młodzież 2008” zostało zrealizowane wśród uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych – liceów ogólnokształcących, liceów zawodowych, technicznych oraz profilowanych, techników, zasadniczych szkół zawodowych. Badaniem zostały objęte 63 szkoły publiczne oraz 2 szkoły niepubliczne.

Metoda

Sondaż został zrealizowany na próbie losowej 65 szkół (jedna klasa w szkole). Ankiety z uczniami uczęszczającymi do ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych zostały przeprowadzone metodą audytoryjną.

Szkoły były losowane proporcjonalnie do liczebności warstw statystycznych, które stanowiły określone typy szkół podzielone ze względu na kategorie miejscowości. Łącznie było 16 warstw. W przypadku, gdy w wylosowanej szkole znajdowało się więcej klas programowo ostatnich do badania, losowano tylko jedną z nich. Badaniem (w każdej klasie) zostali objęci wszyscy uczniowie obecni w dniu przeprowadzania wywiadu.

W sumie zrealizowano 1 400 ankiet, zatem na jedną klasę przypadło średnio 21,5 ankiety.

Wyniki

Niniejszy sondaż pokazał obniżenie się trendu używania narkotyków. W 2008 r. kontakt z tymi substancjami w ciągu roku poprzedzającego niniejsze badanie deklarowało 15% respondentów, co oznacza spadek o 9 punktów procentowych wskaźnika w porównaniu z 2003 r. (24%).

Tabela 3. Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy

	Badania statutowe CBOS			Badanie IPiN	Badania KBPN	
	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08
	w procentach					
Tak	5	10	10	18	24	15
Nie	95	90	90	82	76	85

Źródło: Badora, Kolbowska, Lutostański, Kalka, Wenzel, Wciórka, Feliksiak, Roguska, Pankowski, Gwiazda (2008)

Respondentom, którzy potwierdzili używanie narkotyków zadano pytanie dotyczące rodzaju przyjmowanej substancji. 80% spośród uczniów eksperymentujących z narkotykami wymieniło marihuanę (spadek o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2003 r.), 14 amfetaminę (spadek o 9 punktów procentowych) oraz 10 ecstazy (w przypadku tej substancji notowany jest wzrost o 2 punkty procentowe w odniesieniu do 2003 r.). Pozostałe substancje wymieniane były sporadycznie przez uczniów mających kontakt z narkotykami. Żadna z badanych osób nie przyznała się do próbowania heroiny.

W sondażu z 2008 r. dodano pytania świadczące o wzorach używania narkotyków przez polską młodzież. W tym celu poproszono respondentów, by zaznaczali swoje odpowiedzi na przygotowanych listach substancji psychoaktywnych.

Informacje nt. rozpowszechnienia używania narkotyków prezentuje poniższa tabela.

Tabela 4. Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz w ciągu ostatnich 30 dni

Substancje psychoaktywne*	Czy zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?			
	Nie, nigdy	Tak, kiedykolwiek w życiu	Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak, w ciągu ostatnich 30 dni
	w procentach (%)			
Marihuana, haszysz	69,1	30,5	16,4	7,3
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	77,9	21,8	11,2	4,7
Alkohol razem z marihuaną	82,2	17,3	10,1	4,9
Alkohol razem z tabletkami	87,4	12,2	7,1	3,1
Amfetamina	90,6	9,0	3,7	1,1
Ecstasy	94,3	5,5	3,0	1,1
Poppersy	94,8	4,8	2,4	0,8
Grzyby halucynogenne	96,1	3,6	2,0	1,1
„Dopalacze” tzw. smarty	96,4	3,5	2,6	1,5
Sterydy anaboliczne	96,4	3,4	1,9	0,7
Leki przeciwkaszłowe przyjmowane w celu odurzania się	96,5	3,2	1,9	0,9
Substancje chemiczne np. klej, aerozol) używane w celu odurzania się	96,8	2,9	1,0	0,6
LSD i inne halucynogeny	97,5	2,3	1,3	0,5
Kokaina	97,5	2,2	1,1	0,6
Szałwia wieszcza (salvia divinorum)	97,5	2,1	1,1	0,6
Procenty nie sumują się do 100, w zestawieniu nie uwzględniono braków danych.				

Źródło: Badora, Kolbowska, Lutostański, Kalka, Wenzel, Wciórka, Feliksiak, Roguska, Pankowski, Gwiazda (2008)

* Ze względu na marginalne rozpowszechnienie używania cracku, heroiny, GHB, narkotyków wstrzykiwanych, „kompotu” i dekstrometofanu, dane dotyczące tych substancji nie zostały umieszczone w zestawieniu

Jak pokazują wyniki badania, 31% respondentów zadeklarowało, że kiedykolwiek używało marihuany, 16% badanych miało z nią kontakt w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających badanie, zaś 7% w ciągu ostatnich 30 dni.

Istotną kwestią, którą należy w tym miejscu zaznaczyć, jest różnica w odpowiedziach młodzieży na pytanie dotyczące używania narkotyków w zależności od sposobu sformułowania pytania. Podczas, gdy na pytanie o używanie narkotyków w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających niniejszy sondaż odpowiedzi twierdzącej udzieliło 15% (tabela 3) respondentów, o tyle w przypadku pytania z załączoną kafeterią prezentującą poszczególne substancje psychoaktywne, do używania samej tylko marihuany przyznało się 16% uczniów. 22% badanych uczniów deklarowało używanie leków uspokajających i nasennych kiedykolwiek w życiu. 11% respondentów miało z nimi kontakt w ciągu ostatniego roku poprzedzającego zrealizowanie sondażu, zaś 5% w ciągu minionych 30 dni. Wartym odnotowania jest fakt, że leki stanowią jedyną kategorię substancji, których zażywanie jest bardziej popularne wśród dziewcząt niż chłopców. Po leki usypiające i nasenne bez przepisu lekarza kiedykolwiek

wiek w życiu sięgało dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców (odpowiednio 28% i 14%), w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy korzystało z nich 14% dziewcząt i 8% chłopców, zaś w ciągu ostatnich 30 dni - 6% dziewcząt i 3% chłopców.

17% respondentów potwierdziło łączenie alkoholu z marihuaną, w tym 10% uczniów łączyło te dwie substancje w ciągu ostatniego roku i 5% w ostatnich 30 dniach przed badaniem. Poza tym 12% uczniów łączyło picie alkoholu z przyjmowaniem tabletek.

Do kontaktu z amfetaminą kiedykolwiek w życiu przyznało się 9% respondentów, co oznacza wzrost o 4 punkty procentowe w porównaniu do roku 2003 (5%). W ciągu ostatnich dwunastu miesięcy przyjmowało ją 4% uczniów. Ecstasy używało z kolei 6% badanych uczniów.

Rozkład odpowiedzi na kolejne pytanie dotyczące częstotliwości przyjmowania poszczególnych substancji psychoaktywnych prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Częstotliwość używania poszczególnych substancji psychoaktywnych

Substancje psychoaktywne*	Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?				
	Nie używa- łem(a)m	1-2 razy	3-9 razy	10-39 razy	40 lub więcej razy
	w procentach				
Marihuana, haszysz	69	11	9	6	4
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	79	10	7	2	1
Alkohol razem z marihuaną	83	6	6	3	2
Alkohol razem z tabletkami	87	6	4	2	1
Amfetamina	91	3	3	2	1
Ecstasy	94	1	2	1	1
Poppersy	95	2	1	1	1
Grzyby halucynogenne	96	2	1	0	0
„Dopalacze” tzw. smarty	97	1	1	0	1
Sterydy anaboliczne	97	1	1	1	1
Kokaina	97	1	1	0	1
Leki przeciwkaszlowe przyjmowane w celu odurzenia się	97	1	1	1	0
Substancje chemiczne (np. klej, aerozol) używane w celu odurzenia się	97	2	1	0	0
LSD i inne halucynogeny	98	1	0	0	0
Szałwia wieszcza (salvia divinorum)	98	1	1	0	0

Źródło: Badora, Kolbowska, Lutostański, Kalka, Wenzel, Wciórka, Feliksiak, Roguska, Pankowski, Gwiazda (2008)

*Ze względu na marginalne rozpowszechnienie używania cracku, heroiny, GHB, narkotyków wstrzykiwanych, „kompotu” i deksztrometorfanu, dane dotyczące tych substancji nie zostały umieszczone w zestawieniu

Odpowiedzi zaprezentowane w powyższej tabeli pokazują, że badani uczniowie eksperymentują z substancjami psychoaktywnymi, jednak raczej nie włączają ich używania do repertuaru swych regularnych zachowań.

Narkotykiem, którego uczniowie używają najczęściej jest marihuana. 11% respondentów używało jej raz bądź dwa razy w życiu, 9% zadeklarowało przyjmowanie substancji od 3 do 9 razy, 6% od 10 do 39 razy, zaś 4% badanych przyznało się do używania marihuany powyżej 40 razy.

Co dziesiąta młoda osoba przyznaje, że przyjmowała leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza raz lub dwa razy w życiu, 7% stosowało leki od 3 do 9 razy, natomiast do przyjmowania leków powyżej 10 razy w ciągu życia przyznało się 3% młodzieży. 6% respondentów zdarzało się w ciągu swojego życia kilkakrotne łączenie alkoholu z marihuaną i tabletkami.

Analizując wyniki niniejszego badania można zaobserwować niewielki wzrost spożycia ekstazy wśród młodych ludzi. Wśród respondentów, którzy w 2003 r. potwierdzali swój kontakt z narkotykami, 8% przyjmowało ekstazy, zaś w 2008 r. – 10%. Gdyby jednak za podstawę oprocentowania przyjęto całą badaną próbę, wówczas okazałoby się, że w 2003 r. ekstazy przyjmowało około 2% badanych, natomiast w 2008 r. – 3%. W ciągu miesiąca przed badaniem, zarówno w 2003 r., jak i w 2008 r. z ekstazy korzystał niespełna 1% uczniów. Wzrost rozpowszechnienia używania tej substancji można powiązać z rozwojem kultury klubowej w Polsce.

● Międzynarodowy raport z badań ESPAD 2007 „Polska na tle Europy”

Autorzy: Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus

Polska uczestniczy w międzynarodowym projekcie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drug Addiction) od 12 lat. Pierwszego pomiaru dokonano w 1995 r., zaś kolejne edycje badania miały miejsce w roku 1999, 2003 i ostatnia – w 2007 r.

Główny cel niniejszego projektu dotyczył pomiaru natężenia używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badaniem objęto uczniów 3 klas gimnazjów oraz uczniów 2 klas szkół ponadgimnazjalnych. Sondaż prezentował m.in. pytania dotyczące osobistych doświadczeń badanych w odniesieniu do poszczególnych substancji psychoaktywnych oddzielnie. Warto podkreślić, że badanym została zapewniona pełna anonimowość – tak na poziomie indywidualnych uczestników badania, jak i całych szkół.

W ostatniej edycji badania kwestionariusz został znacznie zmodyfikowany – rekonstrukcji uległy zarówno pojedyncze pytania, jak również całe bloki pytań.

Aby zapewnić porównywalność wyników próba z sondażu przeprowadzonego w 2007 r. została losowo podzielona na 2 części: w pierwszej części sondaż zrealizowano w oparciu o kwestionariusz z 2003 r., natomiast w drugiej zastosowano nową wersję kwestionariusza opracowanego na potrzeby tego badania. Badaniem z wykorzystaniem nowego kwestionariusza objęto 2 228 uczniów 3 klas gimnazjów oraz 2 251 uczniów 2 klas szkół ponadgimnazjalnych. Dane z badania zrealizowanego z zastosowaniem nowego kwestionariusza stanowią polski wkład do zbioru danych europejskich.

Wyniki

Ostatnie badania dotyczące rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych wśród 15 i 16-latków z 2007 r. wykazały spadek używania konopi w kategorii osób, które spróbowały tej substancji przynajmniej raz w życiu. W przypadku konopi średnia europejska niniejszego wskaźnika wynosi 19%.

W Polsce 16% respondentów zadeklarowało eksperymentowanie z marihuaną i haszyszem, co lokuje nasz kraj poniżej średniej europejskiej.

W porównaniu do badań przeprowadzonych w 2003 r. spadek wyniósł 3 punkty procentowe. Używanie marihuany i haszyszu w ciągu ostatniego roku w Polsce deklarowało 12% badanych, zaś

w ciągu ostatnich 30 dni – 6%. To znacznie mniej niż np. w Hiszpanii – odpowiednio 30% i 20%, Wielkiej Brytanii – 22% i 11%, Francji – 24% i 15% czy w Belgii – 19% i 12%. Jeśli chodzi o inne substancje, przynajmniej jednorazowy kontakt zgłosiło 7% badanych nastolatków – tak w Polsce, jak i w Europie. Państwa o najwyższych wskaźnikach eksperymentowania z konopiami – powyżej 30% badanych – to: Czechy, Wyspa Man, Francja, Słowacja, Szwajcaria oraz Słowenia.

W 2007 r. w Polsce na drugim miejscu pod względem popularności narkotyku lokują się amfetamina i ecstasy. Zarówno w przypadku pierwszej, jak i drugiej z ww. substancji przynajmniej jednorazowy kontakt z nimi zadeklarowało 4% badanych osób. We wcześniejszych badaniach espadowskich z 2003 r. odsetki kształtowały się na poziomie 6% dla amfetaminy i 3% dla ecstasy. Możemy zatem zauważyć spadek używania amfetaminy oraz stabilizację używania ecstasy przez młodzież w naszym kraju. Średnia europejska z pomiaru dokonanego w 2007 r. dla tych dwóch substancji wynosi 3% i jest nieznacznie niższa od polskiego wyniku. W europejskiej czołówce (powyżej 5% deklaracji) lokują się następujące kraje: Austria, Bułgaria, a także – w przypadku amfetaminy – Łotwa.

Wysokim stopniem rozpowszechnienia eksperymentowania z ecstasy – powyżej 5% – charakteryzują się: Bułgaria, Estonia, Litwa i Łotwa oraz Wyspa Man i Słowacja.

Najbardziej popularny środek halucynogeny w Polsce – grzyby – był używany przez 3% respondentów. Taki sam odsetek badanych sięgał po ten narkotyk w Europie. Nieznacznie więcej badanych (5%) deklarowało kontakt z grzybami halucynogennymi w trakcie pomiaru z 2003 r. W przypadku pozostałych narkotyków takich, jak LSD i inne halucynogeny (2%), kokaina (2%) oraz heroina (2%), polskie wyniki lokują się poniżej średniej europejskiej. Polska znajduje się natomiast w czołówce Europy, jeśli chodzi o kwestię używania przez 15 i 16 - letnią młodzież leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza co najmniej raz w życiu. Badania ESPAD z 2007 r. wykazały, że 18% respondentów przynajmniej raz w życiu używało tych leków w celach nie medycznych.

Generalnie używanie substancji psychoaktywnych jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż dziewcząt. Wyjątek stanowią tu wspomniane leki uspokajające i nasenne – najbardziej popularne w Polsce – z którymi eksperymentowało 24% dziewcząt oraz 11% chłopców. W przypadku marihuany i haszyszku mamy do czynienia z niemal odwrotną sytuacją, bowiem przynajmniej jednorazowy kontakt z tą substancją zadeklarowało 22% chłopców i 11% dziewcząt. Po amfetaminę oraz ecstasy sięgnęło 5 chłopców i odpowiednio 3% i 2% dziewcząt.

Porównując wyniki badania z 2007 r. z pomiarem dokonany w 2003 r. należy pamiętać, że zmiana uległa ankieta wykorzystywana w badaniu.

Zmianom podlegały niektóre pytania, jak i całe bloki pytań. Warto zatem zauważyć, że powyższe modyfikacje mogły mieć wpływ na wyniki badania i mogą zakłócać porównywalność rezultatów poszczególnych badań.

● „Młodzież a narkotyki”, Warszawa 2009 r.

*Autorzy: Zbigniew Maj, Tomasz Kowalewicz - Agencja Badawczo Informacyjna PASAD
Program badań jakościowych zrealizowany na zlecenie Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Cel badania

Głównym celem niniejszego badania było sporządzenie wieloaspektowej diagnozy szeroko rozumianego problemu narkotyków wśród młodzieży szkolnej.

Cele szczegółowe zaś koncentrowały się na następujących kwestiach: pogłębiona diagnoza postaw młodzieży wobec osób używających narkotyki oraz wobec ich używania, społeczne korelaty używania

narkotyków – m.in. motywy sięgania po substancje psychoaktywne, rówieśniczy kontekst zażywania narkotyków, narkotyki a alkohol – porównanie postaw wobec legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych, opinie młodzieży dotyczące czynników działań profilaktycznych.

Metodologia

Badania zostały zrealizowane metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI). W badaniach wzięło udział 146 osób – uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych.

Objęto nimi dwie kategorie respondentów: osoby eksperymentujące z narkotykami – przyznające, że zażywały jakiś narkotyk w ciągu ostatniego roku, a także liderów młodzieżowych – osoby cieszące się dużą popularnością w grupie (zajmujące wysoką pozycję socjometryczną w klasie lub grupie rówieśniczej).

Grupy, w których odbywały się dyskusje były homogeniczne ze względu na płeć, rodzaj szkoły, a także wielkość miejscowości.

Łącznie przeprowadzono 16 wywiadów fokusowych z młodymi ludźmi ze szkół w Puławach, Katowicach, Krakowie, Lublinie oraz Łodzi, a każdy z wywiadów został zrealizowany wg tego samego scenariusza.

Wyniki badań

– Postrzeganie problemu narkotyków wśród młodzieży

Jak pokazały wyniki badań, główne problemy, na które wskazała młodzież stanowią: nałogi (w tym nałogi związane z używaniem narkotyków), zachowania agresywne wśród rówieśników, problemy w komunikacji w relacjach młodzież – instytucje edukacyjne oraz młodzież – rodzice oraz problemy wynikające z braku akceptacji/uznania w grupie rówieśniczej.

Problemy w wymienionych przez młodzież obszarach są wzajemnie powiązane, tj. problemy w jednym obszarze mają swoje konsekwencje w innym. Dla przykładu, zdaniem badanej młodzieży, używanie narkotyków stanowi metodę rozładowywania stresu szkolnego, napięć wewnątrz grup rówieśniczych, a jednocześnie zachowanie symboliczne – manifestację przynależności do grupy. Używanie narkotyków niesie ze sobą konsekwencje w postaci konfliktów i problemów w innych wymienionych wcześniej obszarach, co jest przez młodzież uświadamiane.

Młodzież zalicza do nałogów zarówno palenie papierosów, picie alkoholu, jak i używanie narkotyków, a używane substancje zaliczają do zbiorczej nazwy używki.

Warto przy tym zwrócić uwagę, że narkotyki wg uczniów nie posiadają specjalnego statusu w porównaniu z tytoniem i alkoholem. Jak pokazały wyniki badań narkotyki stanowią substancje z tej samej kategorii językowej i użytkowej co papierosy, piwo czy wódka.

Uczestnicy dyskusji nie postrzegają narkotyków przez pryzmat poważnego problemu młodzieży, uważają jednak, że mogą stanowić istotny problem dla jednostek – głównie na skutek: braku “kultury brania” (np. wzięcie zbyt dużej dawki, używanie w nieodpowiednich miejscach), brania “problemowego” (wg badanych uczniów ważne są nie tyle same narkotyki, co motywy, dla których zaczyna się ich używać) oraz popadnięcia w “złe towarzystwo”.

Zdaniem uczniów, głównie gimnazjalistów, używanie narkotyków staje się coraz bardziej powszechnym zjawiskiem. Uczestnicy dyskusji zauważają pewne trendy w używaniu narkotyków, takie jak: spowszednienie brania narkotyków (narkotyki jako element codzienności), obniżenie wieku osób, które zaczynają swój kontakt z narkotykami, łatwy dostęp do narkotyków, powstanie sklepów z dopalaczami, które – zdaniem uczniów – zacierają granice między narkotykami a innymi substancjami psychoaktywnymi.

Niektórzy, szczególnie eksperymentujący z narkotykami uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, uważają, że skala zjawiska używania narkotyków przez młodzież nie narasta, a nawet maleje. W ich odczuciu stanowi to efekt aktywnej działalności policji w tym zakresie. W środowiskach badanych uczniów (szkoła, grupy rówieśnicze) problem narkotyków nie ma wielkiego znaczenia – zjawisko występuje na małą skalę.

– Wiedza i poglądy na temat narkotyków

Wg wspólnie wypracowanej definicji (takiej samej dla wszystkich), narkotykiem jest substancja odurzająca zmieniająca świadomość, która ma zdolność uzależniania oraz powoduje mniejsze bądź większe szkody psychiczne i fizyczne, a także degradację społeczną osób ją używających. Uczniowie orientują się w podziale na narkotyki “miękkie” i “twarde”, jednak na co dzień nie operują tymi nazwami.

Do powszechnie znanych przez młodzież narkotyków należą marihuana, LSD, amfetamina, kokaina oraz heroina. Mniej znane są grzyby halucynogenne, lek Acodin, ecstasy, morfina, haszysz. Uczniowie wymienili jeszcze szereg nazw mniej znanych substancji, wśród których na szczególną uwagę zasługują bieluń oraz – obecna na rynku “dopałaczy” – szałwia wieszczą.

Uczniowie są zorientowani w działaniach poszczególnych narkotyków, w tym “tabletki gwałtu”, której zazwyczaj nie wymieniali spontanicznie jako narkotyk.

– Wiedza na temat negatywnych skutków brania narkotyków

Młodzież jest w pełni świadoma negatywnych konsekwencji zażywania narkotyków. Powszechnie znane są wszelkie negatywne skutki przyjmowania narkotyków w zakresie m.in. zdrowia psychicznego i fizycznego, konfliktów z otoczeniem społecznym czy też konfliktów z prawem. Największe niebezpieczeństwo związane z zażywaniem narkotyków w opinii badanych uczniów stanowi zagrożenie uzależnieniem.

Nie dla wszystkich osób oczywiste są skutki palenia marihuany – część uczniów jest zdania, że palenie marihuany nie wpływa negatywnie na żadne procesy w organizmie, nie powoduje szkód w psychice, ani w społecznym funkcjonowaniu.

Jednak większość badanych dostrzega konsekwencje palenia marihuany i uważa, że powoduje ono m.in. osłabienie pamięci, uzależnienie psychiczne czy osłabienie motywacji, a także stanowi pierwszy krok na drodze do eksperymentowania z dużo bardziej niebezpiecznymi narkotykami. Należy wspomnieć, że większość z osób uznających negatywne skutki palenia marihuany jest zdania, że nie są to skutki automatyczne i natychmiastowe.

– Ryzyko uzależnienia w opinii młodzieży

Badani uczniowie rozumieją uzależnienie jako stan, w którym zażycie, a wcześniej zdobycie uzależniającej substancji staje się głównym motywem postępowania, które organizuje aktywność życiową uzależnionej osoby.

Jest to stan, z którego bardzo trudno wydostać się jednostce o własnych siłach, bez specjalistycznej pomocy. Powoduje destrukcję zdrowia, wyglądu i życia uzależnionego. W skrajnych przypadkach powoduje śmierć. Stan uzależnienia cechuje się stałą potrzebą zwiększania dawek uzależniającej substancji – uczniowie mają na myśli alkohol i narkotyki, nie dotyczy to tytoniu.

Zdaniem młodzieży wszystkie narkotyki uzależniają. Różnice między nimi polegają na tym, że nie wszystkie uzależniają od razu i nie wszystkie w jednakowym stopniu.

W opinii uczniów można być mniej lub bardziej podatnym na uzależnienie, jednak nie ma osób, które byłyby odporne na uzależnienie fizjologicznie. Po przekroczeniu pewnej granicy (różnej dla poszczególnych narkotyków i różnej dla poszczególnych osób) ilości i częstotliwości używania substancji psychoaktywnej, każdy człowiek się uzależni. Wobec tego bardziej narażone na uzależnienie są

ludzie o osobowości zależnej, pozostający pod silnym wpływem grupy, a także osoby mające problemy życiowe, przed którymi starają się uciec m.in. sięgając właśnie po substancje psychoaktywne.

– Bezpośrednie doświadczenia związane ze sferą narkotyków

Jak pokazały badania, znacząca część uczestników dyskusji posiada w swoim otoczeniu znanych używających narkotyki. Są to osoby zażywające substancje psychoaktywne zarówno okazjonalnie (raz lub dwa razy w miesiącu), jak i takie, które robią to regularnie (codziennie bądź co drugi dzień).

Najczęściej używanym narkotykiem przez osoby z otoczenia badanych jest marihuana – stosowane dawki to zazwyczaj 1-1,5 grama na 4-6 osób. Znacznie rzadziej młodzi ludzie wymieniają natomiast amfetaminę, jeszcze rzadziej szalwii i – zdecydowanie marginalnie – LSD oraz ecstasy.

– Przyzwolenie otoczenia na używanie narkotyków

Młodzież przypuszcza, że w przypadku ujawnienia przez nich faktu zażywania narkotyków spotkałaby się z nieprzychylnymi i ostrymi reakcjami ze strony znaczących osób (rodzina, ksiądz) oraz instytucji (szkoła, Policja). Jedynie niewielka część z osób biorących udział w dyskusji mogłaby liczyć na pomoc, zrozumienie czy zaangażowanie we wspólne wyjście z tej trudnej sytuacji – najczęściej ze strony rodziców i duchownego.

– Narkotyki i alkohol

W ocenie młodzieży narkotyki stanowią dużo większe zagrożenie dla zdrowia niż alkohol. Wyjątkiem jest marihuana, która zdaniem badanych szkodzi co najwyżej w tym samym stopniu co alkohol, a nawet – w opinii niektórych osób – jest mniej szkodliwa.

W środowisku badanych uczniów alkohol jest zdecydowanie popularniejszy niż narkotyki i spotyka się z większym przyzwoleniem. Zdaniem młodzieży używanie narkotyków jest związane z chęcią popisania się przed grupą.

2.3. Używanie narkotyków w grupach docelowych/środowiskach na poziomie krajowym i lokalnym

- „Młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym a używanie substancji psychoaktywnych”
badanie wykonane na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez PBS DGA Sp. z o.o.

Badanie pn. “Młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym a używanie substancji psychoaktywnych” zostało przeprowadzone w okresie listopad – grudzień 2008 r. w sześciu lokalizacjach na terenie trzech miast: Gdańska, Wałbrzycha i Warszawy.

W ramach projektu przyjęto założenie, że mianem substancji psychoaktywnych określane będą zarówno substancje nielegalne (narkotyki), jak i środki legalnie dostępne, np. leki, parafarmaceutyki, dopalacze, kleje, rozpuszczalniki itp.

Cel badania

Niniejsze badanie miało przede wszystkim na celu pogłębienie wiedzy dotyczącej wzorów używania oraz mieszania ze sobą różnych substancji psychoaktywnych przez wielkomiejską młodzież

żyjącą w środowiskach wysokiego ryzyka. Środowisko ryzykowne stanowią dzielnice, osiedla, a także ulice, które najczęściej widnieją w raportach policyjnych oraz w dokumentach ośrodków pomocy społecznej, jako obszary szczególnie zagrożone wykluczeniem społecznym i zarazem miejsca spotkań niepełnoletniej młodzieży. Kolejnym celem projektu było również poznanie oczekiwań, marzeń i planów na przyszłość młodych ludzi wychowanych w “miejscach podwyższonego ryzyka”. Badaną młodzież pytano zatem również o normy i wartości, relacje rówieśnicze, rodzinę, osoby, do których mają zaufanie, jak również miejsca, w których czują się bezpieczni.

Jednakże z uwagi na zasadniczy cel projektu, zaprezentowane poniżej wyniki badań dotyczyć będą kwestii używania substancji psychoaktywnych przez wielkomiejską młodzież żyjącą w miejscach “podwyższonego ryzyka”.

Metodologia

Badanie zostało zrealizowane metodą jakościową. W zakresie powyższego projektu przeprowadzono pogłębione wywiady indywidualne (individual depth interview – IDI) z młodzieżą spełniającą przyjęte kryteria.

Łącznie przeprowadzono 30 wywiadów, w tym 12 z dziewczętami i 18 z chłopcami. Każdy wywiad trwał średnio około godziny. Badanie miało charakter anonimowy, a każdy wywiad – za zgodą respondenta – został zarejestrowany i poddany transkrypcji. Zgodnie z pierwotnym założeniem badaniem miały być objęte osoby w wieku 13-17 lat. W zrealizowanej próbie jednak najmłodszy respondent miał 14 lat, najstarszy zaś 17 – średnia wieku badanej młodzieży wynosiła 16 lat.

Kryterium przyjęcia danej osoby do badania, poza wiekiem i miejscem zamieszkania (tzw. miejsca wysokiego ryzyka), było używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej dwóch różnych substancji psychoaktywnych – innych niż alkohol i tytoń.

Proces rekrutacji do badania odbywał się, zgodnie z przyjętymi założeniami metodologicznymi, najpierw poprzez prowadzone obserwacje środowiskowe, następnie zaś przy pomocy metody zwanej “kulą śniegową” (snow ball). Metoda ta stanowi przykład doboru próby w sposób nielosowy i jest często stosowana podczas badań terenowych. Polega na tym, że dany respondent wskazuje kolejne osoby – spełniające określone kryteria – mogące wziąć udział w badaniu.

Obserwacje środowiskowe zaś zostały zrealizowane w oparciu o arkusze obserwacji środowiskowych, opracowane przez PBS DGA, pozwalające zapisywać różne fakty w ustrukturalizowany sposób.

Wyniki badania

Badana młodzież podkreślała, że opinie na temat narkotyków w ich środowisku zależą od tego czy bierze się pod uwagę tzw. miękkie narkotyki, czy twarde. Narkotyki miękkie, do których respondenci zaliczają głównie marihuanę i haszysz, uważane są za mniej szkodliwe lub w ogóle nie szkodliwe, w przeciwieństwie do narkotyków twardych, wśród których młodzież wymienia amfetaminę, kokainę oraz – przede wszystkim – heroinę. Zdecydowana większość badanych, jak również znajomych respondentów, jest zdania, że marihuana jest substancją nieszkodliwą, którą bez obaw można używać na co dzień.

Część młodzieży postuluje nawet jej legalizację w Polsce. Młodzież traktuje narkotyki jako nieodłączny element zabawy. Respondenci często bywają namawiani przez swoich znajomych do ich używania podczas wspólnych imprez, czują w tym względzie silną presję ze strony rówieśników.

Badani zaznaczają, że kontrolują sposób i częstotliwość sięgania po narkotyki, jak również – co szczególnie podkreślają – używają takich substancji, od których – ich zdaniem – nie można się uzależnić (np. marihuana, amfetamina, ecstasy). Określają się mianem “degustatorów” i podkreślają, że nigdy nie stosowali narkotyków dożylnie.

Wiek inicjacji narkotykowej, to w przypadku chłopców 11-13 lat, natomiast w przypadku dziewcząt 13-15. Inicjacja miała zazwyczaj miejsce podczas spotkań towarzyskich, w grupie (imprezy, dyskoteki, tzw. domówki, spotkania ze znajomymi w parkach itp). Większość respondentów ocenia, że ich znajomi używali narkotyki od dawna i, to że sami po nie sięgnęli było całkiem naturalne.

Zazwyczaj pierwszym narkotykiem, po który sięgnęli badani była marihuana, w dalszej kolejności ecstasy i amfetamina, w niektórych przypadkach również kokaina, która jest traktowana przez młodzież jako narkotyk "luksusowy", powodujący przyjemne doznania przy znikomym przykrych skutkach jej używania. Aktualnie badani przyznają, że sięgają po narkotyki celowo. Zwykle powoduje nimi chęć oderwania się od rzeczywistości i zapomnienia o codziennych problemach (w szkole, w domu), chęć wyluzowania, poprawy nastroju czy dobrej zabawy (trans, odłot). Siegają również po narkotyki w momentach zmęczenia, by mieć siłę na całonocną imprezę po całym tygodniu nauki bądź pracy. Zdaniem niektórych respondentów używanie narkotyków nie ma żadnych negatywnych skutków, o ile zachowuje się umiar (np. nie wypala na raz dużych ilości marihuany czy nie bierze na raz kilku tabletek ecstasy). Osoby dostrzegające negatywne skutki sięgania po narkotyki wskazują głównie na konflikty z prawem, kradzieże, bójkę, awantury, długi. Podkreślają negatywny wpływ narkotyków na zdrowie (m.in. niebezpieczny spadek masy ciała) oraz wskazują na lęk, halucynacje, izolację.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że mówiąc o negatywnych społecznych skutkach używania narkotyków młodzież ma na myśli głównie heroinę, od używania której się odżegnuje.

W badanej grupie były zarówno osoby, które deklarowały używanie ecstasy raz na dwa, trzy tygodnie (podczas imprez), zaś marihuany raz na kilka tygodni lub miesięcy, jak i takie, które deklarują, że używają ecstasy częściej (w weekendy – także podczas imprez), a marihuany zdecydowanie częściej – codziennie bądź kilka razy w tygodniu – paloną zazwyczaj bez specjalnych okazji. Wśród dziewcząt znalazło się kilka, które przyznało, że rok, dwa lata wcześniej sięgały niemal codziennie po amfetaminę. Młodzież deklaruje, że po narkotyki sięga w gronie znajomych. Rzadko zdarza się indywidualne kupowanie substancji. Najczęstsze sposoby używania narkotyków to: używanie doustne (ecstasy), wciąganie przez nos (amfetamina), palenie (marihuana, haszysz). Według badanych najbardziej efektywną formą zażywania narkotyków to wciąganie i wachanie. Większość respondentów jest zdania, że ich znajomi znacznie częściej sięgają po narkotyki i mają w tym względzie bogatsze doświadczenia.

Młodzież bardzo często – w celu zmaksymalizowania efektu działania – łączy alkohol z narkotykami, głównie marihuaną, amfetaminą i ecstasy, znacznie rzadziej z lekami. Według respondentów łączenie tych obu substancji jest stałym elementem imprez i spotkań towarzyskich. Badana młodzież przyznaje, że często używa kilku narkotyków jednocześnie – przede wszystkim właśnie podczas imprez weekendowych – zarówno klubowych, jak i tzw. domówek. Obok marihuany pojawia się wtedy amfetamina, ecstasy, kokaina. Młodzi respondenci badania stanowią grupę tzw. politoksykomanów eksperymentatorów. Są to młodzi użytkownicy narkotyków, którzy posiadają różnorodne doświadczenia z wieloma środkami, względnie dobrze zintegrowani społecznie. Używanie kilku substancji na raz w ich przypadku służy poszukiwaniu nowego, unikatowego efektu (pobudzenia, "podkręcenia").

Mniejszą grupę stanowią tzw. politoksykomanie rekreacyjni (klubowicze) – osoby dobrze zintegrowane społecznie, które używają narkotyków podczas weekendowych imprez klubowych. Ta grupa sięga po narkotyki w celu, aby przedłużyć i pogłębić zabawę. W ich przypadku politoksykomania ma charakter niezaplanowany. Młodzi łączą różne substancje zazwyczaj przypadkowo. Pojedyncze relacje respondentów pozwoliły na przypuszczenia, że w badanej grupie znalazły się pojedyncze osoby uzależnione od amfetaminy, używające tej substancji przez dłuższy czas (dwa lata). Brak jest pogłębionych danych na temat ich uzależnienia, historii leczenia czy korzystania z innej formy specjalistycznej pomocy. Respondenci odznaczają się bogatą wiedzą na temat substancji psychoaktywnych, którą czerpią w dużej mierze z internetu. Młodzi chętnie eksperymentują z substancjami przyjmując różne mieszanki i dawki narkotyków. Większość osób ma negatywne opinie na temat programów profilaktycznych poświęconych przeciwdziałaniu narkomanii.

Do uczestnictwa w różnorodnych formach zajęć profilaktycznych dotyczących zjawiska narkomanii przyznała się prawie połowa badanych. Respondenci zaznaczyli, że zajęcia nie zainteresowały ich, nie spowodowały też żadnych zmian w ich zachowaniu względem używania substancji psychoaktywnych. Nikt z badanych nie wspomniał o korzystaniu z pomocy ośrodków leczenia dla użytkowników narkotyków. Ponadto większość badanych twierdzi, że nie ma problemów z narkotykami, ci zaś, którzy – jak sami przyznali – mieli takie kłopoty w przeszłości, deklarują, że mają je za sobą dzięki własnemu samozaparcu i pomocy bliskich.

● „Ocena zagrożenia narkomanią w świetle opinii i doświadczeń własnych studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni medycznej”

– badanie sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Autorzy: Józef Kocur, Magdalena Wrzesińska, Dariusz Szczęśny

Cel badania

Zasadniczy cel projektu to ocena zagrożenia narkomanią w świetle opinii i doświadczeń własnych studentów oraz pracowników naukowo-dydaktycznych Wydziału Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Cele szczegółowe natomiast stanowiły następujące zagadnienia: zapoznanie się z opinią studentów oraz nauczycieli akademickich na temat ich wiedzy o zjawisku narkomanii, zapoznanie się z opinią studentów oraz nauczycieli akademickich na temat ich wiedzy dotyczącej działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania narkomanii, próba oceny rozpowszechnienia zjawiska inicjacji narkotykowej wśród studentów, ocena ilościowa i jakościowa zażywania narkotyków przez badanych studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz próba zdobycia informacji na temat rozpowszechnienia wśród badanych studentów używania narkotyków w celu poprawy ich funkcji intelektualnych.

Metodologia

W ramach badania wykorzystano dwa rodzaje kwestionariuszy, opracowanych na potrzeby niniejszego projektu – odrębne dla nauczycieli i studentów.

Kwestionariusz przeznaczony dla studentów składał się 42 pytań, natomiast kwestionariusz dla nauczycieli z 27 pytań. Pytania zawarte w ankietach dotyczyły następujących kwestii: danych socjodemograficznych badanych, wiedzy o narkomanii, znajomości sposobów zapobiegania zjawisku narkomanii, inicjacji narkotykowej (wiek, motyw, okoliczności), a także rodzaju, częstotliwości i motywów przyjmowania substancji psychoaktywnych.

W ankietach uwzględniono także pytania umożliwiające analizę porównawczą opinii nauczycieli i studentów na temat ich wiedzy z zakresu narkomanii oraz prewencji tego zjawiska, rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród studentów w konkretnych sytuacjach, w tym w celu poprawy sprawności intelektualnej. Wszystkie ankiety były anonimowe.

W badaniach wzięli udział nauczyciele akademicy oraz studenci Wydziału Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Grupa studentów – zarówno słuchacze studiów stacjonarnych, jak i niestacjonarnych – liczyła 283 osoby (196 kobiet i 87 mężczyzn) w wieku od 19 do 52 lat. Badaniami objęto pierwszy, trzeci oraz ostatni rok studiów. Większość studentów pochodziła z aglomeracji wielkomiejskiej (powyżej 500 tys. mieszkańców), co czwarta osoba pochodziła z miejscowości liczącej do 100 tys. mieszkańców, zaś ponad 14 badanych stanowili mieszkańcy wsi.

Grupę nauczycieli akademickich tworzyło 69 osób (36 kobiet i 33 mężczyzn). Były to osoby w wieku od 25 do 67 lat (profesorowie, adiunkci, asystenci i in.) prowadzące zajęcia dydaktyczne z badanymi studentami. Staż pracy nauczycieli akademickich był zróżnicowany, w większości przypadków przekraczał 5 lat pracy dydaktycznej na uczelni. Wszyscy nauczyciele pochodzili z Łodzi.

Wyniki badania

Wyniki badania pokazały, że jedynie niewielki odsetek nauczycieli akademickich (16%) oraz ponad dwukrotnie mniejszy odsetek studentów jest szczególnie zainteresowanych problematyką narkomanii.

Subiektywne oceny poziomu wiedzy respondentów na temat zjawiska narkomanii były zróżnicowane. Ponad 40% studentów i nauczycieli uznało swoją wiedzę w powyższym zakresie za dość wysoką bądź wysoką, jednocześnie niemal 43% studentów oraz ponad połowa nauczycieli akademickich stwierdziła, że ich wiedza na temat zjawiska narkomanii jest niska, a nawet bardzo niska. Jak pokazały wyniki badania, studenci fizjoterapii czerpali wiedzę na temat problemu narkotyków i narkomanii przede wszystkim z mass mediów, nauczyciele zaś z literatury fachowej.

Ponad 40% nauczycieli akademickich oraz prawie połowa studentów uważa, że wiadomości z zakresu profilaktyki uzależnień są bardzo przydatne lub przydatne w pracy zawodowej fizjoterapeuty.

Równocześnie prawie wszyscy studenci sądzili, że nie posiadają przygotowania do samodzielnego prowadzenia zajęć z zakresu prewencji narkomanii.

Dużą część respondentów - zarówno nauczycieli (46%), jak i studentów (39%) - nie znała żadnych metod zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych. Nie wszyscy również (39% nauczycieli oraz 44% studentów) potrafili wymienić organizacje zajmujące się przeciwdziałaniem narkomanii. Osoby posiadające wiedzę w tym zakresie wskazały niewielką liczbę placówek, tj. MONAR, Policję, NFZ, szpitale psychiatryczne czy PTZN. Nikt z badanych nie wymienił Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Niepokojący jest fakt, że ponad 60% nauczycieli oraz niemalże 40% studentów nie uczestniczyło nigdy w zajęciach na temat profilaktyki narkomanii. Większość respondentów – tak nauczycieli, jak i studentów – uczestniczyła w tego typu zajęciach dalej niż 5 lat temu.

Prawie wszyscy nauczyciele wyrazili swój sprzeciw w kwestii używania narkotyków w celu poprawy efektywności uczenia się. Studenci zaś w sporadycznych przypadkach deklarowali, że nie mają nic przeciwko używaniu narkotyków w tym celu, nieliczni stwierdzili, że jest to doskonały sposób na osiągnięcie lepszych wyników w nauce.

Prawie 17% studentów deklarowało, że zna osoby z roku, które używały substancji psychoaktywnych w celu poprawy sprawności funkcji intelektualnych – zazwyczaj narkotykiem tym była amfetamina. Szczegółowe informacje prezentuje poniższa tabela.

Osobiście do używania narkotyków w powyższym celu przyznało się 7% studentów i niemal wszystkie osoby wymieniły właśnie amfetaminę (ok. $\frac{3}{4}$ z tych osób zrobiło to z własnej woli, natomiast co piąty student został do tego namówiony przez kolegę ze studiów). Badania pokazały, że używanie narkotyków w celu poprawienia sprawności intelektualnej ponad 2,5 raza częściej praktykowali studenci niż studentki, a także znacznie częściej praktykowali to studenci piątego roku niż pierwszego.

Poza tym, jak wynika z niniejszego badania, sześciu nauczycieli spotkało na zajęciach studenta pod wpływem narkotyku, jednak żaden z nauczycieli nie miał do czynienia z odurzonym studentem podczas zaliczenia lub egzaminu z przedmiotu, który wykładał.

Jak pokazały wyniki badania 6% studentów przyznało się do uczestnictwa w zajęciach dydaktycznych pod wpływem narkotyków (substancje z grupy kanabinoli), natomiast około 5% studentów przystąpiło w stanie odurzenia do zaliczenia bądź egzaminu (amfetamina).

Bezpośrednie doświadczenia z narkotykami miało ok. 40% studentów – w grupie tej mężczyźni prawie dwukrotnie częściej sięgali po narkotyki niż kobiety. Pierwszy kontakt z substancjami zwykle miał miejsce w szkole średniej (ponad 60%) i dotyczył najczęściej kanabinoli (ponad 80%). Głównym

motywem sięgania po substancje psychoaktywne była ciekawość (80%), a źródłem pozyskania narkotyku – koledzy bądź znajomi (ponad 60%). Niemal połowa osób, które sięgnęły po narkotyki po raz pierwszy uczyniła to z własnej woli, natomiast ok. 25 osób uczyniło to za namową znajomych.

Tabela 6. Rodzaje narkotyków zażywanych przez kolegów ze studiów w celu poprawy sprawności intelektualnych w zależności od płci

Rodzaje narkotyków	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba badanych N	Wskaźnik struktury (%)	Liczba badanych N	Wskaźnik struktury (%)	Liczba badanych N	Wskaźnik struktury (%)
Kanabinoły (marihuana, haszysz)	8	16,67	3	18,75	5	15,63
Amfetamina	28	58,33	12	75	16	50,00
Środki halucynogenne (np. LSD, grzyby halucynogenne)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rozpuszczalniki lotne (np. butapren)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Opioidy (morfina, heroina)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Kokaina	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Leki uspokajające i nasenne	1	2,08	0	0,00	1	3,13
Inne	2	4,17	0	0,00	2	6,25
Nie wiem	9	18,75	1	6,25	8	25,00
RAZEM	48	100,00	16	100,00	32	100,00

Źródło: Kocur, Wrzeńska, Szczęsny (2009)

Tabela 7. Częstość inicjacji narkotykowej wśród studentów w zależności od płci

Przyjmowanie narkotyków	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba badanych N	Wskaźnik struktury (%)	Liczba badanych N	Wskaźnik struktury (%)	Liczba badanych N	Wskaźnik struktury (%)
Tak	112	39,58	50	57,47	62	31,63
Nie	166	58,66	35	40,23	131	66,84
Nie pamiętam	5	1,77	2	2,30	3	1,53
RAZEM	283	100,00	87	100,00	196	100,00

Źródło: Kocur, Wrzeńska, Szczęsny (2009)

Dodatkowo 15% studentów przyznało, że miało kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu ostatniego roku – studenci prawie trzykrotnie częściej zażywali narkotyki niż studentki. Najczęściej wymienianym przez studentów motywem sięgania w tym czasie po narkotyki było odreagowanie stresujących sytuacji.

Podsumowanie

Wyniki zrealizowanych i zaprezentowanych badań wskazują na stabilizację trendu używania narkotyków w Polsce. Potwierdzają, że najbardziej rozpowszechnionymi nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi pozostają marihuana, amfetamina oraz ecstasy. W dalszym ciągu wśród użytkowników narkotyków znajduje się więcej mężczyzn niż kobiet. Wyjątek stanowią leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza, które – jak pokazały wyniki badań młodzieży szkolnej – stosuje ponad dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców. Biorąc zaś pod uwagę kwestię wieku polskich użytkowników narkotyków, nadal dominują tu osoby młode – najliczniejszą grupę stanowią osoby do 30 roku życia.

3. Profilaktyka

Anna Radomska, Bożena Bajerowska, Danuta Muszyńska

Wstęp

Najważniejszym aktem prawnym regulującym kwestie związane z polityką antynarkotykową w Polsce jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawa określa zasady i tryb postępowania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, zadania i uprawnienia organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego oraz przepisy karne za przestępstwa narkotykowe. Do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii obejmujących m.in. zapewnienie pomocy osobom używającym narkotyków oraz ich rodzinom w Polsce zobowiązane są, zgodnie z ustawą, odpowiednie organy administracji rządowej, instytucje przez nie nadzorowane oraz samorządy lokalne. Organizacjami uprawnionymi do ww. działań są ponadto organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia), organizacje kościelne, związki samopomocy, rodziny osób uzależnionych.

Na początku XXI wieku Ministerstwo Edukacji Narodowej przygotowało kilka aktów prawnych nakładających na szkoły obowiązek prowadzenia działań profilaktycznych i określających ich zakres oraz formy. W 2002 r. Ministerstwo wydało rozporządzenie wprowadzające profilaktykę do stałych zadań szkoły. Zgodnie z nim każda szkoła powinna opracować i realizować program profilaktyki, spójny z programem nauczania i wychowania, adekwatny do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb środowiska. Szkolny Program Profilaktyki powinien w sposób kompleksowy opisywać wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców. Planowanie Programu wymaga od nauczycieli monitorowania i okresowego diagnozowania problemów zagrożeń występujących na terenie szkoły. Zgodnie z rozporządzeniem z 2003 r. szkoła jest zobowiązana do wczesnego rozpoznawania niedostosowania społecznego uczniów i podejmowania odpowiednich oddziaływań profilaktycznych i wychowawczych poprzez m.in. udzielanie uczniom zagrożonym narkomanią i ich rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizację działań informacyjnych na temat szkodliwości narkotyków, a także podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych. Szkoła powinna posiadać opracowane i wdrożone procedury reagowania na sytuacje używania narkotyków przez uczniów lub popełnienia przez nich czynów karalnych. W szkołach są wdrażane programy profilaktyki uniwersalnej, programy dla rodziców, a także programy wczesnej interwencji adresowanej do uczniów używających substancji psychoaktywnych.

W przypadku osób niepełnoletnich kwestie związane z używaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu i narkotyków) oraz czynami karalnymi związanymi z narkotykami regulowane są przez Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, która wskazuje sąd rodzinny jako instytucję odpowiedzialną za orzekanie. Sąd rodzinny po stwierdzeniu demoralizacji lub dopuszczenia się przez nieletniego (13-18 lat) czynu karalnego może zobowiązać go do określonego postępowania, w tym „do uczestnictwa w odpowiednich zajęciach o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, do powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach albo do zaniechania używania alkoholu, lub innego środka w celu wprowadzenia się w stan odurzenia”. Sąd może także orzec o umieszczeniu nieletniego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, w młodzieżowym ośrodku socjoterapii albo w ośrodku szkolno wychowawczym. Może także „zobowiązać rodziców lub opiekuna do (...) ścisłej współpracy ze szkołą, do której nieletni uczęszcza, poradnią psychologiczno-pedagogiczną lub inną poradnią specjalistyczną, zakładem pracy, w którym jest zatrudniony, oraz lekarzem lub zakładem leczniczym”. W zależności od okoliczności różne mogą

być konsekwencje dla „przyłapanego” młodego człowieka. Nie jest tu możliwa generalizacja, ponieważ w praktyce każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie.

Reagowanie szkoły na problem używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków) oraz czyny karalne popełniane przez uczniów, odbywa się w oparciu o obowiązujące prawo oświatowe, w szczególności przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 stycznia 2003 r., w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem. Prawną wykładnię do podejmowania interwencji przez szkołę w ww. wypadkach stanowią „Procedury postępowania nauczycieli i współpracy szkół z Policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży demoralizacją i przestępczością” - program modułowy „Krajowego Programu Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przestępczości wśród Dzieci i Młodzieży”, wdrażany w szkołach w Polsce od 2004 r. Procedury określają szczegółowo kolejne kroki, które powinna podjąć szkoła w takich wypadkach, jak: zagrożenie ucznia demoralizacją (m.in. używanie substancji psychoaktywnych), zachowania przemocowe, popełnienie czynów karalnych (tj. np. posiadanie narkotyków). Rolę koordynatora wszelkich działań w ww. zakresie pełni pedagog szkolny. W przypadku zidentyfikowania na terenie szkoły ucznia używającego alkoholu lub narkotyków, szkoła zobowiązana jest zawiadomić o tym fakcie rodziców ucznia i podjąć dalsze działania interwencyjne we współpracy z rodzicami ucznia, tj. ustalenie kontraktu między szkołą, uczniem i rodzicami dotyczącego rozwiązania problemu używania substancji oraz jego monitorowanie. W przypadku utrzymywania się niepożądanego zachowania, trudności we współpracy z rodziną ucznia i wykorzystaniu dostępnych środków wychowawczych, szkoła jest zobowiązana zawiadomić sąd rodzinny lub Policję. Do zawiadomienia policji szkoła jest zobowiązana ponadto w każdym przypadku posiadania przez ucznia narkotyków, co jest traktowane jako popełnienie czynu karalnego. Dalsze postępowanie podejmowane przez Policję i sąd rodzinny w przypadku zagrożenia demoralizacją i czynów karalnych odbywa się w oparciu o przepisy ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

3.1. Profilaktyka uniwersalna

● Szkoła

Rządowym organem odpowiedzialnym za wdrażanie w polskich szkołach działań z zakresu profilaktyki jest Ministerstwo Edukacji Narodowej. Działania związane z zapobieganiem i przeciwdziałaniem problemowym zachowaniom wśród dzieci i młodzieży zaczęto realizować w wielu szkołach od 1995 r.

Zgodnie ze sprawozdaniami złożonymi przez Samorządy Województw w 2008 r. – 15 z 16 województw wsparło finansowo programy profilaktyki uniwersalnej. Programy dotarły do około 25 268 odbiorców w ramach programów szkolnych i około 43 000 odbiorców spoza szkół. W realizację programów zaangażowanych było 47 organizacji realizujących programy w szkołach i 109 organizacji pozarządowych realizujących programy poza szkołami (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

W wyborze programów profilaktycznych, implementowanych do szkół, pedagodzy szkolni korzystać mogą ze wsparcia Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, będącego centralną placówką doskonalenia nauczycieli powołaną przez Ministra Edukacji Narodowej. Zadaaniem Centrum jest inicjowanie rozwiązań systemowych na rzecz wspierania rozwoju dzieci i młodzieży, opracowywanie, rekomendowanie i upowszechnianie programów oraz przygotowywanie kadry dla systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

W 2008 r. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, upowszechniało m.in. następujące programy:

– „Przyjaciele Zippiego” - to międzynarodowy program promocji zdrowia psychicznego przeznaczony w szczególności dla małych dzieci – w wieku 5-7 lat. CMPPP realizuje go we współpracy z organizacją Partnership for Children z Wielkiej Brytanii. Program uczy dzieci, jak radzić sobie z codziennymi problemami, jak nazywać uczucia, jak o nich rozmawiać oraz jak najlepiej dobierać sposoby radzenia sobie z trudnościami. Program „Przyjaciele Zippiego” zachęca dzieci do analizowania sytuacji życiowych i zastanawiania się nad sobą. Pokazuje także, jak ważna jest rozmowa z innymi, kiedy odczuwamy smutek lub złość, również – jak ważne jest słuchanie innych, kiedy oni przeżywają trudne chwile. W Polsce realizacją programu została objęta największa grupa dzieci ze wszystkich międzynarodowych partnerów, w latach 2005–2009 program odniósł ogromny sukces i cieszy się niesłabnącym zainteresowaniem wśród nauczycieli. Ogółem w latach 2004–2009 program realizowano w ok. 1000 przedszkolach i szkołach podstawowych, zaś jego działaniem objęto w tym okresie ponad 35 000 dzieci. (<http://www.cmppp.edu.pl/node/580> z dnia 7.10.2009 r.).

– „Golden Five” – program adresowany jest do nauczycieli uczących w szkołach II stopnia (gimnazjach), przede wszystkim wychowawców klas pierwszych. Celem programu jest przygotowanie nauczycieli do wspierania procesu adaptacji uczniów w nowej szkole, zapobiegania trudnościom w nauce i „wypadaniu ze szkoły”. Program proponuje model nauczania i wychowania wspomagający osiągnięcia szkolne i rozwój osobisty uczniów, zwłaszcza zagrożonych wykluczeniem, jak również dostarcza nauczycielowi narzędzi/umiejętności radzenia sobie ze zróżnicowaniem w klasie – wzmocnienie integracji klasy; poprawa klimatu klasy – co powinno przyczynić się do budowania więzi ze szkołą, osiągania przez uczniów lepszych wyników w nauce oraz w zakresie umiejętności życiowych, poprawy relacji interpersonalnych. Program jest upowszechniany kaskadowo od 2007 r. W 2008 r. został włączony do rządowego programu „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła”. Dotychczas przeszkolono 49 instruktorów z wszystkich województw, którzy przygotowali 630 nauczycieli do realizacji programu w klasach (<http://www.cmppp.edu.pl/node/8743> z dnia 7.10.2009 r.).

Centrum prowadzi również Bank Rekomendowanych Programów Profilaktycznych (<http://www.cmppp.edu.pl/node/13718> z dnia 7.10.2009 r.) skonstruowanych w oparciu o współczesną wiedzę dotyczącą czynników ryzyka, czynników chroniących i sprawdzonych modeli oddziaływań profilaktycznych. W chwili obecnej w Banku znajdują się 34 rekomendowane programy podzielone na 7 kategorii: do realizacji w klasach, do dużych grup, do grup zwiększonego ryzyka, dla liderów młodzieżowych, dla nauczycieli i rodziców, programy uliczne oraz programy profilaktyki globalnej. Programy te w dużym stopniu dotyczą różnych uzależnień (alkoholu, narkotyków) jak również zachowań ryzykownych współwystępujących bądź będących konsekwencjami uzależnienia. Wśród rekomendowanych programów profilaktycznych można wymienić: „Dziękuję-NIE”, „Zanim spróbujesz”, „Tak czy Nie”, „Spotkania”, „Myślę-Nie. Mówię-Nie”, „Cukierki”, „Archipelag Skarbów”, „Śnieżna Kula”, „Szkolna Interwencja Profilaktyczna”, „Szkoła Animatorów Profilaktyki”.

– W roku 2008 Uchwałą Rady Ministrów z dnia 19 sierpnia 2008 r. wdrożono program „Bezpieczna i przyjazna szkoła” mający na celu budowanie szkoły wspierającej uczniów i jednocześnie wymagającej. Program wiąże się ze wzmocnieniem funkcji wychowawczej szkoły, kreowaniem pozytywnego klimatu społecznego, w tym ze zmianą relacji pomiędzy uczniami i nauczycielami. Wśród celów programu znalazły się m. in.: poprawa stanu bezpieczeństwa w szkołach i placówkach systemu oświaty poprzez poprawę relacji interpersonalnych i klimatu społecznego w szkole; zwiększenie wpływu rodziców na życie szkoły; wzmocnienie i rozszerzenie specjalistycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także ograniczenie skali występowania zjawisk patologicznych (m.in. przemoc, narkomania, alkoholizm) oraz przeciwdziałanie agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży poprzez sport (Ministerstwo Edukacji Narodowej 2008).

– Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach zadań publicznych zleconych organizacjom pozarządowym, zlecił przeprowadzenie działań edukacyjnych i profilaktycznych w zakresie zapobiegania zjawisku eksperymentowania z narkotykami w środowisku studenckim, a także realizował

II edycję programu „Nie bierz – pomyśl o sobie i rodzinie” (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

- Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził szkolenia dla nauczycieli, pedagogów i wychowawców z zakresu interwencji profilaktycznej w szkole oraz promocji zdrowia psychicznego. Prowadzone były także szkolenia z zakresu konstruowania gminnych programów profilaktyki uzależnień oraz specjalne szkolenia dla fachowców pracujących w placówkach zajmujących się osobami z problemem narkotykowym.

- W 2008 r. Krajowe Biuro dofinansowało jeden program z zakresu profilaktyki narkomanii w środowisku akademickim pn.: „Program ograniczania środków psychoaktywnych przez studentów AKADEMUS”, realizowany przez Towarzystwo „Nowa Kuźnia” z Lublina. Przeprowadzony został na Uniwersytecie Marii Curie Skłodowskiej, Akademii Rolniczej oraz na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. W programie uczestniczyło 931 osób. Rezultatem programu było m.in. przeszkolenie wybranych grup społeczności akademickiej w zakresie profilaktyki narkomanii, poszerzenie grupy wolontariuszy zaangażowanych w działania profilaktyczne oraz zainicjowanie nowych działań antynarkotykowych i prozdrowotnych (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

- W ramach programów edukacji rówieśniczej w 2008 r. dofinansowanie do programów uzyskało 15 organizacji działających na terenie Polski. Zlecone działania ukierunkowane były na przygotowanie uczestniczącej w nich młodzieży do realizowania działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w środowisku rówieśniczym lub na rzecz społeczności lokalnej. Liderzy brali udział w: zajęciach informacyjnych i edukacyjnych na temat uzależnień oraz metod pomocy rówieśniczej, zajęciach psychoedukacyjnych (treningach, warsztatach) wzmacniających umiejętności osobiste i społeczne liderów, konsultacjach (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

- W 2008 r. w ramach programu EDDRA koordynowanego w Polsce przez Krajowe Biuro, do międzynarodowej bazy danych programów spełniających kryteria jakości, zgłoszony został 1 polski program profilaktyki uniwersalnej:

„Program Domowych Detektywów” Instytutu Psychiatrii i Neurologii jest polską wersją amerykańskiego programu o nazwie „Slick Tracy Home Team Program”. Polska edycja została zaadaptowana pod kątem różnic kulturowych, zawiera amerykańskie materiały dydaktyczne, badanie pilotażowe badające adaptację programu do innych uwarunkowań kulturowych oraz ewaluację wyniku. W ramach programu prowadzone są działania prewencyjne w zakresie konsumpcji alkoholu wśród osób niepełnoletnich. W jego skład wchodzi pięć sesji prowadzonych przez zarówno przez nauczyciela, jak i młodzież. Program przewiduje również aktywności domowe dla dzieci i rodziców.

- W listopadzie 2008 r. Fundacja Dzieci Niczyje uruchomiła pierwszy bezpłatny i ogólnopolski telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111. Telefon zaufania służy młodzieży i dzieciom potrzebującym wsparcia, opieki i ochrony. Zapewnia dzwoniącym kontakt z wykwalifikowanymi psychologami i pedagogami, którzy potrafią rozmawiać z młodymi ludźmi o ich problemach i są w stanie udzielić im profesjonalnej porady w sytuacjach kryzysowych. Konsultanci telefonu zaufania współpracują z ogólnopolską siecią instytucji i organizacji, które w razie potrzeby prowadzą interwencje w sprawach dzieci. W przypadku podejrzenia, że zdrowie lub życie dziecka jest poważnie zagrożone, konsultanci telefonu uprawnieni są do inicjowania interwencji policyjnej dzięki wypracowanym procedurom współpracy w tym zakresie między Komendą Główną Policji a Fundacją Dzieci Niczyje (<http://www.fdn.pl/strona.php?p=202> z dnia 7.10.2009 r.); <http://www.116111.pl/> z dnia 7.10.2009 r.).

● Rodzina

W 2008 r. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (CMPPP) realizowało program „Szkola dla Rodziców i Wychowawców”. Program koordynowany jest przez CMPPP od 1996 r.

i realizowany na terenie całego kraju. Jest to program profilaktyczno-naprawczy skierowany do rodziców i nauczycieli jako pomoc w podnoszeniu ich kompetencji wychowawczych. Zajęcia mają charakter warsztatów psychologicznych, składają się z krótkich omówień i wprowadzeń tematycznych, a ich istotą są ćwiczenia i scenki. W 2008 r. w ramach tego projektu w programie przeszkolono 2 797 osób, w 9 konferencjach regionalnych uczestniczyło 1 060 osób, a w 14 seminariach regionalnych 285 osób. (Szymańska Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, kontakt osobisty). Badania ewaluacyjne i sprawozdania koordynatorów potwierdzają, że efekty programu i oddziaływanie mają bardzo szeroki zasięg.

– Od 2007 r. Fundacja Maraton przy wsparciu Diageo GB adaptuje do polskich warunków Program Wzmacniania Rodzin (SFP10-14) opracowany na Utah University pod kierownictwem Karola Kumpfera.

Program w 2008 r. został pilotażowo wdrożony w trzech polskich miastach: Warszawie, Głogowie i Olsztynie. Celem programu jest zmniejszenie używania alkoholu i narkotyków, zmiana problemowych zachowań wieku dojrzewania i rozwój umiejętności wychowawczych u rodziców/opiekunów. Pilotaż funkcjonowania polskiej wersji programu realizowany był poprzez pracę z sześcioma grupami rodzin. Ocena rezultatów programu skupiona była na zmianie zachowań problemowych wśród osób dorosłych, polepszeniu umiejętności społecznych i rozwoju umiejętności wychowawczych. Wynikami badań posłużono się do sprawdzenia czy polska wersja programu wymaga kolejnych modyfikacji. Planowana jest dalsza współpraca z europejskim koordynatorem projektu oraz przygotowanie polskiej wersji badań sprawdzających skuteczność programu na dużej, ogólnopolskiej próbie rodzin. (Okulicz-Kozaryn i Dorozko, 2008).

– W 2008 r. na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii kontynuowano program poradni internetowej pod adresem: www.narkomania.org.pl Celem poradni internetowej jest udzielanie pomocy i dostarczenie rzetelnej wiedzy nt. narkomanii, narkotyków, form pomocy itd., zarówno osobom z problemem narkotykowym, jak i współ-uzależnionym. W 2008 r. strona poradni internetowej została odwiedzona ok. 202 605 razy. Udzielono 1 130 porad. Na pytania odpowiedzi udzielali: psycholog (750 porad), lekarz (302 porady) i prawnik (78 porad). Na podstawie treści pytań szacuje się, że 72% wszystkich pytań zadanych zostało przez członków rodzin, partnerów lub znanych osób z problemem narkotykowym, natomiast ok. 28% zadanych zostało przez użytkowników substancji psychoaktywnych. Kobiety stanowiły 71%, a mężczyźni – 27%, 2% pytań – brak danych na temat osoby pytającej (Fundacja Praesterno, 2009).

● Społeczność lokalna

W obszarze profilaktyki podejmowano działania mające na celu zwiększenie zaangażowania odpowiedzialnych podmiotów w przeciwdziałanie narkomanii, zarówno na szczeblu wojewódzkim, jak i lokalnym. Samorządy na szczeblu wojewódzkim i gminnym, zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca, 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, zobligowane są do opracowania i wdrażania Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. W ramach realizacji programów, samorządy wspierają lokalne i regionalne inicjatywy w zakresie profilaktyki narkomanii, które obejmują: szkolne programy edukacyjne, programy dla rodziców, szkolenia dla realizatorów, szkolne oraz pozaszkolne programy dla młodzieży z grup ryzyka i ich rodzin oraz zajęcia pozalekcyjne.

– Programem profilaktyki uzależnień dla środowiska lokalnego (miasta, gminy), znajdującym się w Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych, prowadzonym przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, jest program „Zanim nie jest za późno”. Propaguje on globalne podejście do zjawiska uzależnień, co oznacza, że zajmuje się wszelkiego typu uzależnieniami

i kieruje swe działania do wszystkich grup społecznych w danej społeczności lokalnej. Działania profilaktyczne dotyczą uzależnienia zarówno od środków psychoaktywnych, jak i od hazardu, telewizji, video, jedzenia itp. Adresatami są: młodzież, dzieci, rodzice, nauczyciele, policjanci, lekarze, aptekarze, pracodawcy, duchowni, działacze społeczni, dziennikarze i inni (<http://www.cmppp.edu.pl/node/13709> z dnia 7.10.2009 r.).

– Szkolenie pt. „Ewaluacja programów przeciwdziałania narkomanii – prowadzenie badań” miało na celu poszerzenie wiedzy na temat ewaluacji oraz doskonalenie umiejętności niezbędnych do planowania i prowadzenia badań ewaluacyjnych. W szkoleniu uczestniczyło 17 przedstawicieli organizacji pozarządowych działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

– Celem szkolenia pt. „Standardy programów profilaktycznych” było podniesienie wiedzy i umiejętności osób pracujących w obszarze przeciwdziałania narkomanii w zakresie tworzenia i realizacji programów profilaktycznych. Uczestnicy szkolenia zostali zapoznani ze standardami jakości programów profilaktyki oraz ideą i celami tworzonego systemu rekomendacji programów. W trakcie zajęć warsztatowych mieli okazję do przećwiczenia kolejnych etapów formułowania programu profilaktycznego zgodnie z kryteriami jakości. W szkoleniu uczestniczyło 27 osób (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

3.2. Profilaktyka selektywna w grupach i środowiskach zagrożonych narkomanią

● Grupy zagrożone narkomanią

– W 2008 r. kontynuowano upowszechnianie programu Szkolnej Interwencji Profilaktycznej (Instytut Psychiatrii i Neurologii). Program ten znajduje się w bazie EDDRA, jak również polecany jest w ramach banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych, prowadzonego przez CMPP-P. Program przygotowuje szkoły i nauczycieli do podejmowania działań wobec uczniów sięgających na terenie szkoły po substancje psychoaktywne. Adresatami programu są rady pedagogiczne szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych oraz nauczyciele, którzy chcą prowadzić działania interwencyjne wobec uczniów.

– Ponadto, w 2008 r. Krajowe Biuro kontynuowało prace związane z projektem „FreD goes net”. Jest to międzynarodowy projekt finansowany przez Unię Europejską ze środków Programu Zdrowia Publicznego (Community Action Programme for Public Health 2003–2008) oraz kraje w nim uczestniczące. W Polsce projekt jest realizowany w okresie XI 2007 r. do X 2010 r. na podstawie kontraktu zawartego pomiędzy Landschaftsverband Westfalen Lippe – Koordinationsstelle Sucht z siedzibą w Münster – koordynatorem projektu a Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako beneficjentem i koordynatorem po stronie polskiej. Ewaluacja projektu będzie przeprowadzona przez niemiecki instytut badawczy FOGS. Projekt „FreD goes net” ma na celu adaptację i rozpowszechnienie w Europie opracowanego w Niemczech programu profilaktyki selektywnej, opartego o metodę krótkiej interwencji profilaktycznej i skierowanego do młodych osób używających narkotyków. Osoby zakwalifikowane do programu biorą udział w zajęciach grupowych prowadzonych metodą wywiadu motywacyjnego. Celem zajęć jest pobudzenie uczestników do refleksji, podniesienie poziomu ich wiedzy na temat używania narkotyków, zachęcenie do oceny ryzyka i odpowiedzialności, zmiana nastawienia i zachowania związanego z używaniem narkotyków oraz poznanie oferty lokalnego systemu pomocowego. Efektywność metody, dobre wyniki ewaluacji programu, stały się przyczyną stworzenia projektu „FreD goes net”. W jedenastu krajach (w tym w Polsce) przeprowadzane jest pilotażowe

wdrożenie programu zajęć grupowych dla młodzieży (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009 r.).

– W 2008 r. w ramach programu EDDRA, koordynowanego w Polsce przez Krajowe Biuro, do międzynarodowej bazy danych programów spełniających kryteria jakości zgłoszony został 1 polski program profilaktyki selektywnej:

– „Program przeciwdziałania młodzieżowej patologii społecznej” – program realizowany przez Fundację Praesterno w 8 miastach (Bielsko Biała, Bydgoszcz, Gdańsk, Kraków, Lublin, Łódź, Puławy, Wrocław) obejmuje młodzież w wieku 13-19 lat eksperymentującą ze środkami psychoaktywnymi i/lub charakteryzującą się innymi wskaźnikami zagrożenia wykluczeniem społecznym. Formę pracy stanowią psychokorekcyjne grupy wsparcia, których celem jest wspomaganie nabywania przez podopiecznych umiejętności zaspokajania potrzeb psychoemocjonalnych w sposób akceptowany społecznie. Program trwa ok. 10 miesięcy. W każdej edycji bierze udział ok. 420 osób. Grupy wsparcia stają się dla uczestników rówieśniczymi grupami odniesienia, w których normy i relacje są monitorowane przez zespół prowadzących (psychologów i/lub pedagogów). Praca w grupach wspomagana jest pracą środowiskową – w szkołach oraz z opiekunami prawnymi młodzieży. Ewaluacja – prowadzona w modelu pre-posttestowym z grupą kontrolną – pokazuje, że uczestnictwo w programie polepsza funkcjonowanie psychospołeczne podopiecznych. Istotnie poprawia się wynik w skali ogólnego nieprzystosowania, poczucie własnej wartości, poczucie wpływu na swoje życie, atmosfera domu rodzinnego, zrozumienie własnego postępowania i panowanie nad sobą, akceptacja w środowisku szkolnym. Zwiększa się poczucie posiadania przez podopiecznych kontroli nad własnym życiem i umiejętność definiowania jego sensu, zmniejsza się ich izolacja społeczna. Zahamowaniu ulega rozmiar używania przez podopiecznych środków psychoaktywnych. Program jest realizowany przy wsparciu Krajowego Biura.

Podobnie, jak w latach ubiegłych, również w 2008 r., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspierało programy dla osób zagrożonych narkomanią, eksperymentujących z narkotykami i ich rodzin. Realizacja tego zadania ukierunkowana była na zwiększenie dostępności i rozszerzenie oferty profesjonalnej pomocy dla tej grupy poprzez wspieranie powstawania projektów profilaktycznych w miejscowościach, w których brakuje takiej oferty lub jest ona uboga oraz wspieranie rozwoju istniejących projektów dla osób z problemem narkotykowym. Zlecono do realizacji 102 programy, których adresatami były zagrożone narkomanią dzieci i młodzież zaniedbane wychowawczo, pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych, w tym z problemem uzależnienia, które mają za sobą pierwsze kontakty ze środkami odurzającymi. Cele programów obejmowały zmniejszanie skutków wzrastania dzieci i młodzieży w niekorzystnym środowisku rodzinnym i rówieśniczym, poprawę ich funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, kształtowanie adekwatnych przekonań normatywnych dotyczących narkotyków, promocję postaw prozdrowotnych, wyrabianie nawyków spędzania wolnego czasu bez środków odurzających oraz wspieranie rodzin w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem narkotyków przez dziecko. Kolejną grupą odbiorców programów realizowanych w ramach zadania były osoby używające narkotyków okazjonalnie. Cele zrealizowanych programów nastawione były na zmianę zachowań dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w kierunku utrzymania abstynencji, poprawy ich funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Bazą dla realizacji ww. programów profilaktycznych było 118 placówek, działających w środowisku lokalnym – świetlice socjoterapeutyczne, ogniska wychowawcze, kluby młodzieżowe, ośrodki profilaktyki społecznej, punkty konsultacyjne, poradnie profilaktyki środowiskowej, poradnie profilaktyki i leczenia uzależnień (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009 r.).

W 2008 r. w realizację programów profilaktyki selektywnej włączyło się 13 województw. Łącznie zrealizowano 10 programów na terenie szkół i 32 programy poza szkołami. W 2007 r. było to odpowiednio 15 i 69 programów. Działania w obszarze profilaktyki selektywnej prowadzono w 9 szkołach i 53 innych placówkach. Realizatorami programów prowadzonych w szkołach było 10 organizacji pozarządowych, programy te objęły łącznie 6 638 osób, programy poza szkołą realizowało 31 organizacji i uczestniczyło w nich 4 801 osób (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

● Rodziny zagrożone narkomanią

W 2008 r. Krajowe Biuro dofinansowało 16 organizacji, realizujących programy z zakresu wsparcia dla rodzin osób zagrożonych uzależnieniem, używających i uzależnionych od narkotyków. Programy realizowane w ramach powyższego zadania skierowane były do rodzin i bliskich osób z problemem narkotykowym. W ramach programów prowadzono zajęcia edukacyjno-informacyjne na temat mechanizmów uzależnienia i współuzależnienia, warsztaty umiejętności wychowawczych, grupy wsparcia dla rodzin, poradnictwo rodzinne oraz konsultacje prawne. Osoby uczestniczące w programach wsparcia dla rodzin osób zagrożonych uzależnieniem, używających i uzależnionych od narkotyków uzyskały wsparcie w sytuacjach kryzysowych, zdobyły i udoskonalily umiejętności wychowawcze i psychospołeczne, które w istotny sposób poprawiają funkcjonowanie rodziny a tym samym wzmacniają funkcję rodziny w profilaktyce i leczeniu narkomanii. Dofinansowano również 2 programy dla osób uzależnionych będących rodzicami. Realizacja projektów miała służyć polepszeniu funkcjonowania osób uzależnionych w roli rodzica, zbudowaniu lub poprawieniu relacji z dziećmi, doskonaleniu umiejętności wychowawczych (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

● Miejsca rozrywki (w tym redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków i alkoholu)

W 2008 r. dofinansowano programy profilaktyki selektywnej ukierunkowane na przeciwdziałanie inicjacji narkotykowej, zmianę postaw dotyczących używania narkotyków oraz ograniczanie ryzyka związanego z okazjonalnym przyjmowaniem narkotyków. Projekty były wdrażane bezpośrednio w środowisku okazjonalnych użytkowników narkotyków lub osób zagrożonych ich używaniem (np. wśród osób prostytuujących się, dzieci ulicy) oraz w miejscach o zwiększonym rozpowszechnieniu używania np. w miejscach organizowania masowych imprez rozrywkowych (kluby, dyskoteki, imprezy plenerowe).

Liczbę odbiorców powyższych programów, którym udzielono przynajmniej jednorazowej pomocy szacuje się na około 5 905 okazjonalnych użytkowników narkotyków. Zrealizowano ponadto program podczas masowej imprezy muzycznej pn. Przystanek Woodstock w Kostrzynie n/Odrą w dn. 1-3.08.2008 r. Prowadzono działania informacyjne na temat szkodliwości narkotyków, ryzyka używania z wykorzystaniem ulotek i radiowęzła, promocji haseł antynarkotykowych. Programem objęto ok. 120 tys. osób (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2009). Powyższe projekty finansowane były ze środków KBPN. Ponadto 2 urzędy wojewódzkie finansowały „dyskotekowe” programy skierowane do okazjonalnych użytkowników. W województwach tych dotarto do ponad 4 000 „klubowiczów” (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

3.3. Profilaktyka wskazująca

● Dzieci z ADHD

Na terenie Polski funkcjonują organizacje działające na rzecz osób z ADHD. Są to przede wszystkim inicjatywy, podejmowane przez rodziców, psychologów i osoby, którym problematyka ADHD jest bliska. Jedną z takich inicjatyw jest Polskie Towarzystwo ADHD (<http://www.ptadhd.pl/onas.html> z dnia 7.10.2009 r.), którego celem jest doprowadzenie do systemowych zmian w edukacji, służbie

zdrowia, systemie socjalnym, prawie, społecznym postrzeganiu ADHD, aby osoby dotknięte tym zaburzeniem miały komfort pełnego uczestniczenia we wszystkich dziedzinach życia. W 2006 r. PT ADHD zainicjowało Ogólnopolską Kampanię Społeczną pn. „ADHD – Świat to za mało!”, mającą na celu wskazanie jak zaktywizować oraz wykorzystać potencjał tkwiący w osobach dotkniętych ADHD. W ramach kampanii organizowane są konferencje programowe oraz szkolenia, przybliżające ten problem w szczególności nauczycielom, opiekunom, lekarzom. Pracują nad polepszeniem diagnostyki i terapii ADHD, gromadząc na to środki na specjalnym Funduszu.

Działa również ruch społeczny na rzecz dzieci z ADHD i ich rodzin, który z niewielkich początkowo działań przekształcił się w ruch obejmujący całą Polskę. W ramach podejmowanych działań stworzony został portal www.adhd.org.pl, gdzie wszyscy zainteresowani tą problematyką mogą wymienić poglądy i uzyskać wsparcie. W ramach kampanii organizowane są konferencje popularnonaukowe, warsztaty, grupy wsparcia dla rodziców. Kampanii tej towarzyszą różne hasła: „Bo razem lepiej”, „ADHD – prawie normalne życie” itp. Istotnym elementem kampanii jest strona internetowa, która pełni rolę internetowej grupy wsparcia.

Z powodu zapotrzebowania społecznego, powstaje coraz więcej prężnie działających stowarzyszeń rodzicielskich.

Pomimo jednak rosnącego zainteresowania problematyką ADHD, na terenie Polski nie są prowadzone inne działania z zakresu promocji zdrowia obejmującej ADHD w powiązaniu z profilaktyką narkotykową.

W polskich warunkach leczeniem nadpobudliwości psychoruchowej zajmuje się lekarz pracujący w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Można też szukać pomocy w Poradniach Psychologiczno-Pedagogicznych. Leczenie nadpobudliwości psychoruchowej jest wielokierunkowe, zwykle trwa wiele lat i czynnie angażuje lekarza, rodzinę i szkołę pacjenta. Dzieci, u których zastosowano więcej rodzajów terapii, lepiej funkcjonują po 1-3 latach leczenia niż dzieci, u których ograniczono się tylko do jednego rodzaju działań. Zwykle stosuje się co najmniej wyjaśnianie istoty zaburzenia, poradnictwo w dziedzinie metod wychowawczych i naukę postępowania z dzieckiem. Często działaniami edukacyjnymi obejmuje się także nauczycieli i opiekunów szkolnych dziecka. W indywidualnych przypadkach stosuje się psychoterapię indywidualną dziecka lub rodzinną. Jeśli przy pomocy tych metod nie udaje się osiągnąć poprawy, lekarz proponuje zastosowanie leków. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez naukowców z Massachusetts General Hospital, leki psychopobudzające mogą chronić dzieci z zespołem nadpobudliwości, tzw. ADHD, przed nadużywaniem różnych substancji, takich jak narkotyki i alkohol (Orzeł-Żukowska 2008).

Patrz także rozdział 3.2. Profilaktyka selektywna w grupach i środowiskach zagrożonych narkomanią.

3.4. Ogólnopolskie i lokalne kampanie medialne

– W 2008 r. przeprowadzono informacyjną kampanię profilaktyczną dotyczącą bezpieczeństwa podróży zagranicznych obywateli polskich. Kampania pod patronatem Ministra Zdrowia oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji miała na celu ochronę polskich turystów przed nieświadomym przemytem. Działania profilaktyczne podjęte w ramach kampanii miały na celu zwrócenie uwagi podróżnych udających się za granicę na istniejące zagrożenia ze strony narkotykowych grup przestępczych, przestrzeganie przed niebezpieczeństwem oraz zachęcanie do wyrabiania nawyku kontroli bagażu i stałego nad nim nadzoru.

– Przeprowadzono także ogólnopolską akcją profilaktyczno-edukacyjną pod hasłem „Dopalacze mogą Cię wypalić – Poznaj fakty”. Działania w tym zakresie zostały podjęte w odpowiedzi na nowe

zjawisko na scenie substancji psychoaktywnych w Polsce – pojawienie się dopalaczy, a wraz z nimi ekspansywny rozwój sieci sklepów sprzedających nieobecne dotąd na polskim rynku substancje o działaniu psychoaktywnym. Grupą docelową kampanii jest młodzież w wieku 15-25 lat, bywalcy klubów i dyskotek, którzy podejmują szereg ryzykownych zachowań, w tym eksperymentowanie z nowymi substancjami, potencjalni klienci sklepów z dopalaczami. Kampania ma na celu przekazanie wiarygodnych informacji na temat negatywnych skutków używania dopalaczy i obalenie najważniejszych mitów związanych z tego typu używkami, mówiących m.in., że są to substancje bezpieczne, legalne i naturalne.

– Większość samorządów terytorialnych przeprowadziło w 2008 r. kampanie mające na celu przeciwdziałanie zjawisku narkomanii – 261 gmin prowadziło własne kampanie, a 287 gmin włączyło się w inne edukacyjne kampanie społeczne na temat problemu narkomanii, z czego 75 gmin przeprowadziło ewaluację kampanii. W 2007 r. było to odpowiednio 266, 302 i 61 gmin. Działania te prowadzone były we współpracy z lokalnymi mediami. Współpraca obejmowała najczęściej organizację konferencji prasowych, przygotowanie komunikatów dla mediów, artykułów dla prasy, a także wystąpienia i programy emitowane w lokalnym radiu i telewizji.

4. Problemowe używanie narkotyków

Artur Malczewski

Wstęp

W 2008 r. nie zostało przeprowadzone szacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków. Ostatnie dane z 2007 r. wskazują na 100 - 125 tys. problemowych użytkowników. W 2008 r. zostało przeprowadzone badanie wśród klientów programów niskoprogowych. W sumie w ramach projektu przeprowadzono 733 wywiady kwestionariuszowe. Wszystkie osoby objęte badaniem były problemowymi użytkownikami narkotyków.

4.1. Dane na temat problemowych użytkowników narkotyków spoza systemu leczenia

W 2008 r. zostało przeprowadzone przez CINN pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych, którym celem było przede wszystkim określenie wzorów używania narkotyków, zachowań ryzykownych oraz statutu HIV i HVC problemowych użytkowników narkotyków (Malczewski, 2009b). W badaniu uczestniczyły placówki, które świadczyły usługi użytkownikom narkotyków – były to punkty wymiany igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków. Rezultatem przeprowadzonego badania było zebranie informacji dotyczących grupy nie objętej badaniami populacji generalnej, jak również często nie odnotowywanej w statystykach medycznych.

Po raz pierwszy uzyskano dość szczegółowe dane o problemowych użytkownikach narkotyków, ponieważ wszystkie osoby objęte badaniem spełniają kryteria definicji problemowego użytkownika narkotyków EMCDDA¹².

● Metoda i narzędzia badawcze

Kwestionariusz w pierwotnej wersji opracowany przez Francuski Focal Point (OFDT), był zgodny z protokołami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA: wskaźnika zapotrzebowania na leczenie (TDI) oraz chorób zakaźnych (DRID). Na podstawie powyższych dokumentów opracowano pytania dotyczące: charakterystyki społeczno-demograficznej użytkownika, zażywania narkotyków oraz drogi ich przyjmowania, ryzyka praktyk oraz występowania chorób przenoszonych poprzez krew. Kwestionariusz został zaadoptowany do polskich warunków. W przypadku osób, które odmówiły udziału w badaniu wypełniana była jego druga – krótsza – część. Zbierano w niej kilka podstawowych informacji o osobie, która odmówiła, tj. wiek, płeć, najbardziej problemowy narkotyk.

¹² Wg definicji EMCDDA problemowy użytkownik narkotyków to osoba używająca opiatów, amfetaminy, kokainy w sposób długotrwały, częsty lub/i iniekcyjny.

● Realizacja badania

Pracownicy programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek oraz dziennych świetlic dla czynnych narkomanów) podczas dwóch tygodni (od 24 listopada do 7 grudnia 2008 r.) przeprowadzali wywiady kwestionariuszowe z wszystkimi klientami korzystającymi z programu (próbą pełną). Kontakty były nawiązywane przez użytkowników narkotyków w celu wymiany sprzętu do iniekcji, porady, wsparcia czy po prostu rozmowy. Badanie zostało rozpoczęte w tym samym czasie, co we Francji, jednakże trwało o tydzień dłużej. Respondenci byli kodowani w celu uniknięcia liczenia podwójnie tych samych osób oraz zachowania anonimowości badanych.

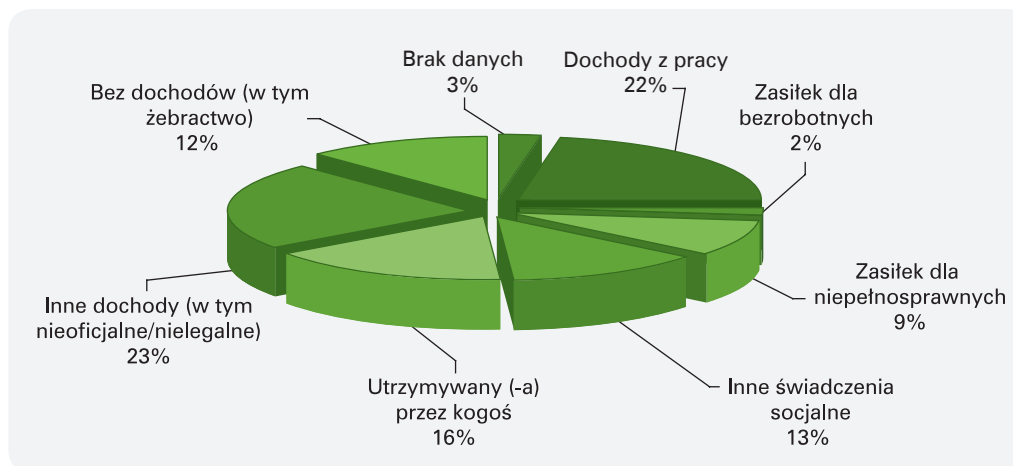
● Charakterystyka badanej populacji

W badaniu wzięły udział wszystkie programy niskoprogowe w Polsce działające w następujących miastach: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programy), Jelenia Góra, Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów, Katowice, Warszawa (3) – w sumie 13 programów. W analizie wykorzystano 733 wywiadów z respondentami, którzy zgodzili się na udział w badaniu. Najwięcej wywiadów zostało przeprowadzonych w Warszawie (38%), a następnie w Krakowie – co piąty badany. Najmniej zrealizowano w Gdańsku: 15 wywiadów. W efekcie badaniem objęto więcej niż co piątego odbiorcę programu niskoprogowego. Blisko połowa respondentów była rekrutowana w programach wymiany ulicznej (47%), co czwarty w programie stacjonarnym, czyli w poradni lub noclegowni, a 16% badanej populacji to klienci dziennych świetlic dla czynnych narkomanów tzw. „drop-in”. Nową formą docierania do osób uzależnionych jest wymiana ruchoma za pomocą rowerów w Warszawie oraz busa w Krakowie. W tego typu punktach przebadano 9% całej próby. W przypadku 3% wywiadów brak jest danych o typie programu. Większość ankietowanych stanowili mężczyźni (69%). Średni wiek osób badanych wyniósł 33 lata (mediana 31 lat), dla mężczyzn średnio 34 lata, a dla kobiet 30 lat (Malczewski 2009b, s. 28). Najwięcej respondentów płci męskiej było w wieku 30-34 lat (23% wszystkich mężczyzn), wśród kobiet była to trochę niższa grupa wiekowa 25-29 (31% wszystkich kobiet). Najstarszy respondent miał 85 lat, a najmłodszy 15 lat.

Analizując wykształcenie populacji badanej odnotowujemy, że co trzeci respondent miał wykształcenie podstawowe (33%) lub średnie (32%). W przypadku pozostałych osób najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (27%). O wiele mniejsze odsetki respondentów stanowiły osoby z wykształceniem gimnazjalnym (4%) lub wyższym (3%). W przypadku 1% badanych brak jest informacji o wykształceniu.

Badani pytani byli o swoją sytuację mieszkaniową. Większość respondentów tj. prawie 3/4 miała stałe zamieszkanie, definiowane jako możliwość spędzenia co najmniej 6 miesięcy w tym samym miejscu. 15% ankietowanych mieszkła tymczasowo. Ponad jedna czwarta respondentów (27%) mieszkła samodzielnie, jednak znacznie większa grupa osób, czyli 44% mieszkła u kogoś, tj. rodziny, przyjaciół. W sumie 9% badanych korzystało z pomocy instytucji, w tym na stałe 4% lub tymczasowo 5%. Co dziesiąty badany mieszkał tymczasowo u kogoś, a podobna grupa to albo mieszkający w opuszczonych budynkach nielegalnie (3%) lub bezdomni (7%).

Respondenci mieli wybrać jedną z odpowiedzi charakteryzującą ich główne źródło dochodów (wykres 5). Największa grupa utrzymywała się przed wszystkim z zasiłków i świadczeń socjalnych (24%), a niewiele mniej osób z dochodów z pracy (22%). Część badanych utrzymywana była przez inne osoby (16%). Trochę więcej, niż co dziesiąty badany odpowiedział, że jest bez dochodów (12%), co mogło również oznaczać, że żyje z żebractwa. Pozostała część respondentów miała inne dochody, tj. 23%, do których zaliczamy także nielegalne i nieoficjalne sposoby zarabiania.

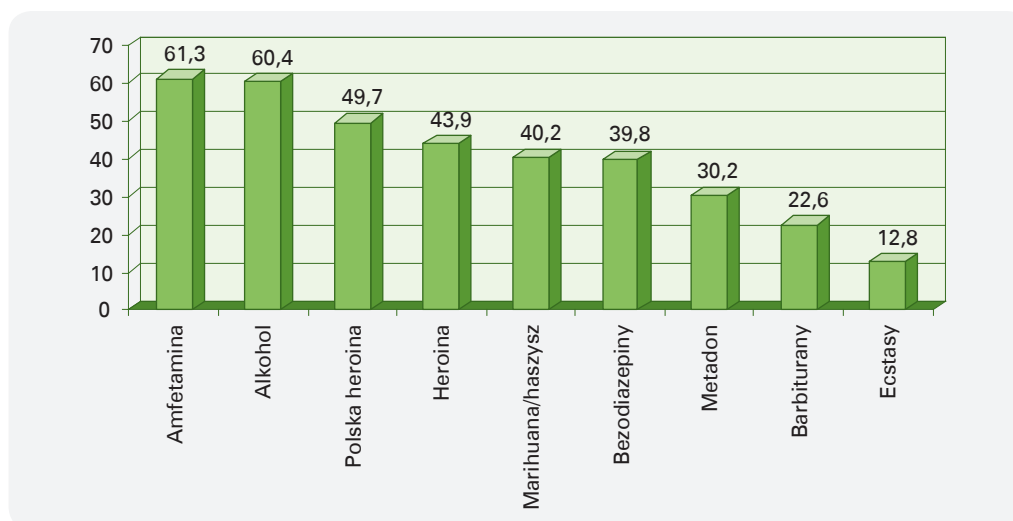
Wykres 5. Źródło dochodów – odsetki badanych (N = 733)

Źródło: Malczewski (2009b), s. 29

● Używanie narkotyków

Odbiorcy programów niskoprogowych byli pytani o używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, a także o wzór używania. Na wykresie 6 przedstawione zostało pierwszych dziewięć najczęściej używanych przez respondentów substancji psychoaktywnych.

Najbardziej popularnym narkotykiem były opiaty (76%), czyli niemal trzy czwarte badanych sięgało po heroinę, polską heroinę – „kompot”, metadon lub buprenorfiną. Połowa ankietowanych używała polskiej odmiany heroiny. Średni wiek użytkownika opiatów był trochę wyższy od całej badanej populacji i wyniósł 34 lata, w tej grupie 72% stanowili mężczyźni, podobnie jak w całej próbie.

Wykres 6. Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni, dziewięć najbardziej popularnych substancji – odsetki badanych

Źródło: Malczewski, (2009b), s. 29

Na drugim miejscu, pod względem popularności, znalazła się amfetamina (61%) a na trzecim alkohol (60%). Takim samym rozpowszechnieniem używania charakteryzują się konopie oraz benzodiazepiny (40%). Mniej niż co trzeci badany zażywał metadon (30%). Należy wspomnieć, że w tej grupie znalazły się również osoby z programów substytucyjnych, ponieważ jedno z pytań w ankiecie dotyczyło udziału w tej formie leczenia. Wśród populacji badanej 16% stanowiły osoby z leczenia substytucyjnego tj. 117 respondentów (metadon i buprenorfina). Prawie wszyscy zażywali narkotyki w zastrzykach (99%), z tego mniej niż połowa w ciągu ostatnich 30 dni (tj. 58% z 117).

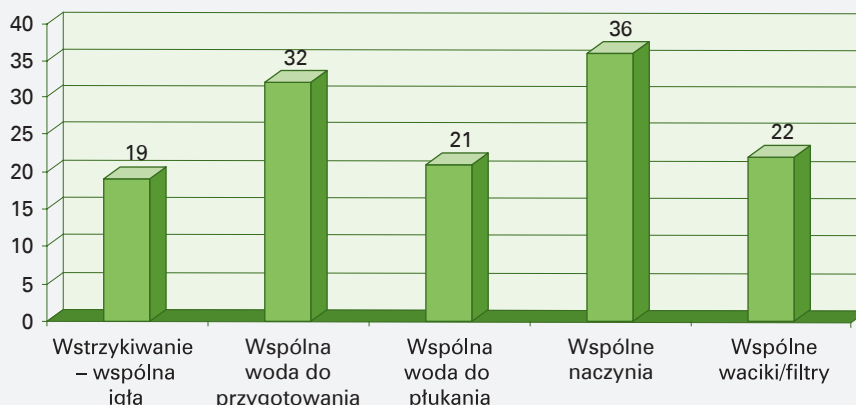
W trakcie wywiadów badanych pytano, która z używanych przez nich substancji powoduje największe problemy. Na pierwszym miejscu respondenci wymieniali opiaty (57%), na drugim amfetaminę (16%), a na trzecim alkohol (12%).

W trakcie wywiadów poruszano tematykę używania iniekcyjnego. Badani pytani byli o używanie narkotyków w zastrzykach. Średni wiek pierwszej iniekcji respondentów to 17 lat. W całej badanej populacji 79% używało narkotyki dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni, a 16% w przeszłości, ale nie w ciągu ostatniego miesiąca. 4% respondentów nie używało narkotyków dożylnie (w przypadku 1% brak danych). 89% osób spośród tych, które przyjmowały opiaty w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (tj. 548 osób) używało narkotyków w zastrzykach. W przypadku użytkowników amfetaminy ten odsetek jest niższy i wynosi 58%.

● Zachowania ryzykowne oraz status HIV i HCV

Kolejnym zagadnieniem stanowiącym zakres tematyczny wywiadu były zachowania ryzykowne, jakie podejmowali użytkownicy narkotyków podczas iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni (wykres 7). Najczęściej badani używali tych samych naczyń np. łyżeczki (36%). Co czwarty respondent korzystał ze wspólnej wody do przygotowania (32%). Podobne odsetki używały tych samych wacików i filtrów (22%) oraz wody do płukania tzw. „sprzętu” (21%). Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli korzystanie z tej samej igły występowało wśród 19% badanych.

Wykres 7. Odsetki badanych, przyjmujących narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 30 dni (N=581) – zachowania ryzykowne.



Źródło: Malczewski, Struzik, Jaśkiewicz (2009), s. 19

Wśród osób, które wykonały test na obecność wirusa HIV, 46% jest zakażona. Analizując grupę 236 osób (175 mężczyzn oraz 61 kobiet), która wykonała test i miała pozytywny wynik odnotowujemy, że 68% osób z tej grupy było u lekarza w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a leczenie podjęło 40%. Ponadto respondentów pytano o ich status serologiczny związany z żółtaczką typu C. Podobnie jak w przypadku HIV, jako podstawę oprocentowania przyjmujemy osoby, które wykonały test na obecność przeciwciała WZW C, 68% badanych wykonało test, tj. 503 osoby, czyli nie wiele mniej niż w przypadku testów na obecność HIV (513 osób). Wśród 503 osób cztery piąte miało wynik pozytywny (81%). Rozpowszechnienie wirusa WZW C jest o wiele wyższe niż HIV, co wynika również z innych badań¹³. Wśród osób, które wiedziały o swoim zakażeniu WZW C, 35% odbyło wizytę lekarską, a tylko 14% leczyło się lub leczy z powodu tej choroby.

● Dyskusja

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można spróbować zbudować profil przeciętnego iniekcyjnego użytkownika narkotyków – odbiorcę programu niskoprogowego. Będzie to osoba w wieku około 30 lat, raczej mężczyzna niż kobieta. Status zawodowy to osoba niepracująca z wykształceniem poniżej średniego. Podstawowy narkotyk to opiaty zażywane iniekcyjnie.

Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli używanie tej samej igły jest najmniej rozpowszechnione wśród badanych. Jednakże niewiele mniej niż co trzeci badany używa tych samych „sprzętów” do iniekcji.

W badaniu zidentyfikowana została grupa osób leczących się metadonem, zażywających aktualnie iniekcyjnie narkotyki (około 7%), która do tej pory nie była przedmiotem zainteresowania badaczy. Można podejrzewać, że wraz ze wzrostem liczby programów metadonowych, będzie zwiększać się grupa osób w leczeniu substytucyjnym, która iniekcyjnie używa narkotyki.

Wśród badanych osób w o wiele większym stopniu rozpowszechniony jest WZW C niż HIV. Niepokojący może być fakt, że niewiele osób podjęło leczenie w związku z WZW C lub zgłosiło się z powodu tego wirusa do lekarza. Ponadto, co trzecia osoba nigdy nie badała swojego statusu serologicznego, pomimo używania wspólnych igieł. Nadal popularna jest polska heroina, czyli „kompot”. (Malczewski 2009b, s. 31).

¹³ Magdalena Rosińska, Andrzej Zieliński „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 2004.

5. System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność

Dawid Chojecki, Ewa Sokołowska

Wstęp

W Polsce informacje nt. systemu pomocy osobom z problemem narkotykowym zbierane są przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Instytucja ta co roku zbiera informacje nt. liczby pacjentów (w tym przyjętych po raz pierwszy), kodów rozpoznań a także następujących typów placówek: poradni zdrowia psychicznego, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ośrodków/ oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, oddziałów psychiatrycznych i ośrodków leczenia uzależnień oraz oddziałów detoksykacji od substancji psychoaktywnych. Przedstawione w dalszych częściach dane Instytutu dotyczą 2007 r. Instytut nie dysponuje danymi za 2008 r.

Informacje o programach leczenia substytucyjnego i pacjentach tych programów gromadzone są przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ponadto Krajowe Biuro wydaje średnio co 2 lata ogólnopolski Informator: „Narkomania – gdzie szukać pomocy?”, w którym znajduje się aktualna baza placówek pomocowych.

5.1. Strategia/polityka

Podstawowymi aktami prawnymi traktującymi o leczeniu uzależnienia od substancji psychoaktywnych są w Polsce:

- Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z późniejszymi zmianami;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne;
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracji społecznej w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych;
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 października 1999 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i readaptacyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień.

Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w obszarze leczenia określa m.in. zasady postępowania z osobami uzależnionymi oraz niezbędne warunki, które muszą być spełnione przez podmioty świadczące terapię uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W części poświęconej

karaniu za przestępstwa narkotykowe również znajdują się zapisy bezpośrednio związane z terapią. Art. 72. 1. ustawy mówi, że jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancje psychoaktywne szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-lecznym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia. W praktyce jednak instrument ten jest niewykorzystywany (więcej informacji w punkcie 9.3 „Interwencje w ramach wymiaru sprawiedliwości”).

W zakresie leczenia, rehabilitacji, redukcji szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, mający rangę rozporządzenia Rady Ministrów, wytycza kierunki strategii działań dla organów i instytucji rządowych oraz samorządów. Na bardziej szczegółowym poziomie określone są zatem rodzaje działań, podmioty realizujące i odpowiedzialne (a więc także i źródła finansowania poszczególnych działań dla poszczególnych obszarów), wskaźniki monitoringu a także harmonogram pracy.

5.2. Systemy leczenia

● Organizacja, zapewnienie jakości, dostępność i różnorodność oferty leczenia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków zorganizowane jest w oparciu o sieć placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, tj. poradnie leczenia uzależnień, oddziały detoksykacyjne, oddziały dzienne, oddziały leczenia uzależnień w strukturach szpitala, ośrodki rehabilitacji średnio i długoterminowej oraz w oddziałach dla osób uzależnionych w zakładach karnych. W przypadku braku ww. placówki na danym terenie istnieje możliwość skorzystania ze świadczeń w poradni zdrowia psychicznego lub poradni/oddziale leczenia uzależnienia od alkoholu w związku z ich dużą dostępnością (16-krotnie wyższa w porównaniu z placówkami leczenia uzależnień od narkotyków (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008). Ponadto, osoby uzależnione od opiatów mogą leczyć się w ramach programów leczenia substytucyjnego. Placówki te posiadają status publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. W ramach systemu świadczone są następujące usługi dla osób uzależnionych od narkotyków: porada diagnostyczna i terapeutyczna, psychoterapia indywidualna, grupowa i rodzinna, sesje psychoterapii psychoedukacyjnej, leczenie zespołów abstynencyjnych, terapia podtrzymująca (zapobieganie nawrotom), leczenie substytucyjne.

W Polsce najbardziej powszechnym modelem leczenia uzależnień jest terapia stacjonarna oparta na całkowitej abstynencji i prowadzona metodą społeczności terapeutycznej. W 2008 r. dominowały programy długo i średnio terminowe (12 miesięczne i dłuższe), jednakże nadal, podobnie jak w ostatnich latach, względy ekonomiczne i zmiana charakterystyki pacjentów stopniowo wymuszają tendencję skracania tych programów. Realizatorami są głównie zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez organizacje pozarządowe (towarzystwa, stowarzyszenia, fundacje).

W Polsce leczenie jest bezpłatne, istnieje ponadto możliwość uczestniczenia w terapii prowadzonej w placówkach prywatnych lub udzielanej przez prywatnych terapeutów (odpłatnie). Brak jest danych dotyczących prywatnych placówek i praktyk lekarskich.

Terapia uzależnień, podobnie jak wszystkie świadczenia zdrowotne, finansowana jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W ostatnich latach obserwujemy wzrost nakładów na terapię uzależnień przez NFZ, ale także i wzrost wymogów stawianych świadczeniodawcom (zakładom opieki zdrowotnej).

Tabela 8. Finansowanie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Rok	Wysokość nakładów
2004	54 017 159,78
2005	60 089 521,57
2006	62 199 614,84
2007	64 047 046,10
2008	79 121 702,12

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia (2009)

Terapia uzależnień (zarówno „drug free”, jak i terapia substytucyjna) prowadzona w zakładach karnych finansowana jest ze środków Centralnego Zarządu Służby Więziennej podległego Ministerstwu Sprawiedliwości. Więcej na ten temat: patrz rozdział 9.4 Odpowiedź na zagadnienia zdrowotne związane z narkotykami w więzieniach, punkt: Leczenie uzależnień od narkotyków

Leczenie „Drug Free”

– Lecznictwo stacjonarne

Podobnie jak w latach ubiegłych placówki stacjonarne nadal w większości przypadków zlokalizowane są poza obszarami miejskimi, gdyż zakłada się, że daje to „naturalne” odizolowanie pacjentów od środowiska osób używających i uzależnionych od narkotyków. W Polsce działa 85 stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych (najnowsze dane pochodzące z 2007 r.), w tym także placówki przyjmujące pacjentów z podwójną diagnozą. 33 (tj. 39%) z tych 85 placówek przyjmowały osoby niepełnoletnie (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2007 r.). Powyższe dane nie uwzględniają szpitali psychiatrycznych, w których również leczą się osoby uzależnione i problemowo używające narkotyków, trafiające tam jednak głównie na skutek objawów zaburzeń psychotycznych, a nie uzależnienia.

– Lecznictwo ambulatoryjne

Pomoc ambulatoryjna dla osób używających nielegalne substancje psychoaktywne w Polsce udzielana jest w poradniach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, a także w szczególnych przypadkach, gdy na danym terenie nie funkcjonuje żadna z powyżej wymienionych placówek – w poradniach terapii uzależnienia od alkoholu (których sieć jest znacznie gęstsza), które często rozszerzają ofertę o świadczenia dla osób z problemem narkotykowym.

Na przestrzeni lat 2006 i 2007 obserwujemy wzrost liczby poradni leczenia uzależnień. W 2007 r. (najnowsze dane) działały 102 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych; w 2006 r.: 84., a w 2005 r. było ich według Instytutu 89. Istotnym faktem mającym wpływ na dostępność do tej formy pomocy jest to, że znaczna większość z tych placówek (85 na 102 w roku sprawozdawczym) otwartych jest 5 lub nawet 6 dni w tygodniu (Instytut Psychiatrii i Neurologii 2007, 2008).

Pomimo stałego wzrostu liczby placówek sieć placówek leczenia ambulatoryjnego była w roku 2008 nadal niewystarczająca. W szczególności widać to na przykładzie oddziałów/placówek dziennego pobytu. W roku 2007 działało w Polsce tylko 14 (rok wcześniej 12) dziennych oddziałów dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (wyłączając alkohol). Dysponowały one łącznie 405 miejscami (w roku 2006: 289 miejscami) (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008).

Leczenie medyczne

– Leczenie objawów abstynencyjnych

W roku 2008 działało w Polsce 25 oddziałów/pododdziałów detoksykacyjnych. Wykonano w nich łącznie 6 444 zabiegów detoksykacji od substancji psychoaktywnych (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008). Oddziały te nakierowane były głównie na leczenie opioidowych zespołów abstynenckich.

W przypadku opioidów, podstawowymi formami leczenia na oddziałach detoksykacyjnych jest leczenie objawowe, leczenie lekami z grupy narkotyków (metadon, buprenorfina itp.) oraz leczenie przyczynowe (np. klonidyna). W szpitalach detoksykacja trwa najczęściej 8 – 14 dni.

System zbierania danych nie obejmuje prywatnych placówek/praktyk lekarskich prowadzących detoksykację od substancji psychoaktywnych. Wiadomo tylko, że powszechnie stosowaną metodą jest w tym przypadku tzw. „szybka detoksykacja”, która nie jest praktykowana w zakładach publicznych (Chmielewska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, kontakt osobisty).

– Leczenie substytucyjne

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne, program leczenia w Polsce obejmuje: wydawanie pacjentowi substytucyjnych dawek leku, kontrolę abstynencji, a także okresowo: badanie stanu somatycznego i psychicznego pacjenta, psychoterapię indywidualną lub grupową (ok. 2 godz. tygodniowo), konsultacje specjalistyczne, leczenie innych przewlekłych chorób związanych z przyjmowaniem narkotyków. Terapia substytucyjna finansowana jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

– Inne leczenie medyczne chorób współtowarzyszących

W szczególnych przypadkach, osoby uzależnione od narkotyków leczone są także farmakologicznie lekami psychotropowymi. Ma to miejsce w sytuacji stwierdzenia u pacjenta zaburzeń psychicznych lub zaburzeń nastroju z powodu zażywania narkotyków.

Leczenie „podwójnych diagnoz” zostało szerzej opisane w rozdziale 7. Odpowiedź na inne konsekwencje zdrowotne wśród użytkowników narkotyków, punkt „Działania związane ze współwystępowaniem chorób psychicznych”.

Leczenie chorób zakaźnych towarzyszących używaniu narkotyków zostało opisane w rozdziale: 7. Odpowiedź na konsekwencje zdrowotne – zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych spowodowanych zażywaniem narkotyków, punkt „Leczenie chorób zakaźnych”.

W przypadku konieczności leczenia chorób innych niż zakaźne i psychiczne, osoby uzależnione są kierowane do specjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej, gdyż placówki leczenia uzależnień zazwyczaj nie zatrudniają lekarzy innych specjalności.

– Programy uwzględniające specyfikę uzależnienia

W Polsce do tej pory brak jest, poza leczeniem substytucyjnym, specyficznych programów dla osób uzależnionych od poszczególnych narkotyków.

Zapewnienie jakości

– Standardy i akredytacja

Prace nad opracowaniem standardów postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych wobec osób uzależnionych od środków psychoaktywnych zostały zainicjowane w 2004 r. przez Ministra Zdrowia, który powierzył wykonanie tego zadania powołanemu zespołowi ekspertów.

W 2008 r. Zespół ds. akredytacji opracował ostateczną wersję standardów akredytacyjnych dla trzech typów placówek leczenia uzależnień: zakładu stacjonarnego, oddziału dziennego i poradni świadczącej pomoc ambulatoryjną, opracowano ponadto procedury akredytacyjne przystosowane do aktualnych warunków prawnych. Na 2009 r. zaplanowano wdrożenie opracowanej procedury.

W roku sprawozdawczym Instytut Psychiatrii i Neurologii współrealizował z funduszy Komisji Europejskiej projekt pn. „IATPAD – Poprawa dostępności lecznictwa uzależnień”. Celem projektu IATPAD było wykrycie barier utrudniających dostęp do leczenia uzależnień poprzez jakościowe analizy systemu lecznictwa, pomiar postaw personelu medycznego wobec użytkowników substancji psychoaktywnych, ocenę dostępności leczenia w percepcji klientów tych placówek oraz analizę ograniczeń systemowych. Badanie przeprowadzono metodą wywiadów ankietowych i wywiadów pogłębionych z przedstawicielami personelu medycznego z placówek podstawowej, psychiatrycznej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Wyniki wstępnych analiz badania IATPAD pokazują, że pacjenci uzależnieni od narkotyków oraz pacjenci uzależnieni od alkoholu są oceniani relatywnie gorzej przez personel medyczny od pozostałych pacjentów z grup kontrolnych. Wśród lekarzy opinie najmniej przychylne pacjentom uzależnionym najczęściej posiadali lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Całościowa analiza danych zebranych w trakcie badania IATPAD będzie przebiegać w dwóch wymiarach: na poziomie krajowym oraz w zestawieniach międzynarodowych. (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008 oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009)

Ewaluacja

– W 2008 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii kontynuowało pracę nad projektem ewaluacji usług leczniczych, rehabilitacyjnych i programów ograniczania szkód zdrowotnych. Opracowanie i wdrożenie systemu ewaluacji usług lecznictwa uzależnień ma na celu zwiększenia efektywności programów terapeutycznych. Ewaluacją zostaną objęte wszystkie zainteresowane placówki leczenia uzależnienia od narkotyków mające status zakładów opieki zdrowotnej.

– Instytut Psychiatrii i Neurologii realizował rozpoczęty w 2007 r. projekt badawczy pt.: „Modele dobrych praktyk w leczeniu narkomanii w Europie”. Celem projektu było zgromadzenie wiedzy popartej badaniami na temat jakości i efektywności leczenia osób uzależnionych od narkotyków w Europie. W roku sprawozdawczym zgromadzono literaturę opisującą badania i przedstawiono wynikające z niej dane. W tym celu stworzono specjalną bazę interaktywną. Ponadto do zadań Instytutu należało stworzenie na podstawie zgromadzonych badań – dwóch raportów. Jeden dotyczył leczenia osób uzależnionych i jednocześnie osadzonych w jednostkach penitencjarnych, drugi – organizacji systemu lecznictwa uzależnień. Raporty zawierały także dalsze rekomendacje. Raporty polski wraz z raportami z innych państw europejskich, stanowią składową przewodnika po różnych formach leczenia uzależnień.

– Drugim projektem realizowanym przez Instytut był projekt pn. „Seniorzy uzależnieni od narkotyków i struktury opieki”. Celem projektu, w którym biorą udział Austria, Niemcy, Polska i Wielka Brytania, jest oszacowanie liczby osób uzależnionych w starszych grupach wiekowych, ocena ich potrzeb dotyczących opieki i leczenia, przygotowanie praktycznych rekomendacji dotyczących struktury leczenia i rehabilitacji zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym. Na tym etapie badań przygotowano raport na temat sytuacji w Polsce zawierający dane statystyczne oraz oszacowania liczby uzależnionych w wieku 35 lat i więcej, ich charakterystykę społeczno-demograficzną, a także opis istniejącego systemu pomocy. Stwierdzono, „starzenie się” populacji uzależnionych w lecznictwie, którzy stanowią teraz blisko 30% wszystkich leczonych. Większość z nich to osoby uzależnione od opiatów, często używanych w kombinacji z innymi substancjami, głównie benzodiazepinami. Ich ogólną liczbę w Polsce oszacowano w przedziale 12-14 tysięcy osób, z czego około jedna trzecia objęta jest leczeniem. System leczenia nie jest nastawiony na uzależnionych w starszych

grupach wieku. W całym kraju zidentyfikowano tylko dwa programy, w których grupą docelową są osoby powyżej 30 roku życia (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008 oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

Szkolenia i konferencje

- Podobnie jak w latach ubiegłych, w 2008 r. realizowano program szkolenia dla personelu Podstawowej Opieki Zdrowotnej: w szczególności dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, lekarzy specjalistów chorób zakaźnych, pediatrii, położnictwa i pielęgniarek.
 - W 2008 r. także Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych prowadziły we współpracy z innymi podmiotami szkolenia dla lekarzy. W ramach szkoleń przeszkolono łącznie 544 osób. (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).
 - W celu zwiększenia wiedzy i umiejętności osób profesjonalnie zajmujących się redukcją szkód przeprowadzono 2 szkolenia z zakresu doskonalenia metod i technik pracy w obszarze ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych:
 - Szkolenie pn. „Duże miasto-duży problem” skierowane było do osób pracujących w programach ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających i uzależnionych od narkotyków.
 - Drugie szkolenie, pn. „Praktyczne aspekty prowadzenia programu wymiany strzykawek” był skierowany do osób działających w organizacjach pozarządowych tzw. „pacjenckich”, planujących rozpoczęcie działań w zakresie wymiany igieł i strzykawek.
- W ramach powyższych szkoleń przeszkolono łącznie 39 osób (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zorganizowało konferencję „Różne nurty psychoterapii w leczeniu osób uzależnionych”. Konferencja adresowana była do specjalistów terapii uzależnień. Ponadto kontynuowano rozpoczęte szkolenia dla przyszłych specjalistów i terapeutów terapii uzależnień.
 - W 2008 r. przeprowadzono 3 szkolenia dla psychologów działów penitencjarnych i kierowników działów terapeutycznych (łącznie 120 osób) obejmujące m.in. takie zagadnienia, jak: diagnozowanie uzależnień od środków psychoaktywnych, kwalifikowanie skazanych do terapii, motywowanie do zmiany zachowania, ewaluacja terapii. Ponadto, Biuro Służby Zdrowia przeprowadziło cykl szkoleń (4 – 240 osób) dla lekarzy i pielęgniarek.

5.3. Charakterystyka pacjentów (w tym danych TDI) oraz Trendy w strukturze pacjentów (z uwzględnieniem danych liczbowych)

Ze względu na stan zdrowia i etap uzależnienia dla różnego typu pacjentów odpowiednie są różne formy oddziaływań. Pacjenci na zaawansowanym etapie uzależnienia (w szczególności od opiatów, stymulantów, benzodiazepin/barbituranów, a także substancji mieszanych) trafiają z reguły do ośrodków stacjonarnych. W szczególności sytuacja taka ma miejsce, gdy pacjent wykazuje pewne zaniedbania w pełnieniu ról społecznych: traci pracę, przerywa edukację, ma problemy rodzinne itd. Pacjenci charakteryzujący się lepszym stanem zdrowia oraz lepszą kondycją społeczną leczą się zazwyczaj w ambulatoriach. Widać to m.in. na przykładzie osób starszych, ustabilizowanych, które nie

wykazują szczególnych deficytów w funkcjonowaniu społecznym (mają pracę, uczą się lub już ukończyły edukację, mają stałe miejsce zamieszkania itd.).

W Polsce, podobnie jak i w innych państwach – programy leczenia substytucyjnego przeznaczone są dla pacjentów „opiatowych”, dla których leczenie tzw. „drug free” jest po prostu nieefektywne a całkowita abstynencja jest celem nierealnym.

Także programy redukcji szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych przeznaczone są przede wszystkim dla osób uzależnionych od opiatów, choć nie można pominąć faktu, że od kilku lat coraz częściej w tego typu programach pojawiają się osoby uzależnione od co najmniej 2 substancji (np. amfetamina + opiaty; leki przeciwbólowe lub uspokajające + opiaty; alkohol + opiaty).

W Polsce wciąż obowiązującym sposobem zbierania danych z obszaru lecznictwa jest system prowadzony przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Prowadzi on niezależne bazy dla lecznictwa stacjonarnego i dla placówek ambulatoryjnych. System sprawozdawczości statystycznej z lecznictwa stacjonarnego oparty jest na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie opuszczania placówki przez pacjenta oraz 31 grudnia każdego roku. Każdy kwestionariusz oznaczony jest zakodowanym identyfikatorem. Dzięki temu istnieje możliwość agregowania danych o osobach, a nie przypadkach (epizodach leczniczych). Dane z lecznictwa stacjonarnego są agregowane na poziomie zbioru Instytutu Psychiatrii i Neurologii, dzięki czemu przy ich analizie można wyeliminować kilkukrotne liczenie tych samych osób podejmujących leczenie wiele razy w ciągu jednego roku, niekiedy w wielu placówkach. System sprawozdawczości statystycznej z lecznictwa ambulatoryjnego oparty jest natomiast na zbiorczych zestawieniach przygotowywanych w poradniach. W tym przypadku nie jest zatem możliwe uniknięcie wielokrotnego liczenia tych samych osób (ang. double-counting).

Równocześnie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pracuje nad wdrożeniem zgodnego z protokołem EMCDDA systemu zbierania informacji o osobach zgłaszających się do leczenia, obejmującego wszystkie typy placówek leczących osoby z problemem narkotykowym. Pierwsze dane zebrane w ramach projektu pilotażowego (dane za 2008 r.), zawierające informacje z około 30 placówek są aktualnie łączone w jeden zbiór, poprawiane są błędy. Pod koniec 2009 r. powinny zostać wykonane pierwsze analizy wspomnianych danych, których wyniki zostaną zamieszczone w kolejnym Raporcie krajowym.

● Leczenie stacjonarne (drug free)

Poniżej zaprezentowano dane statystyczne z lecznictwa stacjonarnego, obejmujące pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Najaktualniejsze informacje na temat pacjentów lecznictwa stacjonarnego pochodzą z 2007 r. Zostaną one zaprezentowane na tle i w porównaniu do danych z lat poprzednich.

Analizie podlegały 2 wskaźniki – ogólna liczba wszystkich osób przyjętych do placówek w 2007 r. (leczących się po raz pierwszy bądź po raz kolejny w życiu) oraz liczba osób podejmujących w 2007 r. leczenie po raz pierwszy w życiu. Ten ostatni wskaźnik pozwala na prześledzenie zmian w liczbie nowych przypadków, nierejestrowanych nigdy wcześniej, co jest ważną informacją w kontekście trendów epidemiologicznych w populacji. Ponadto opis uzupełniono o dane na temat wszystkich osób leczonych w placówkach stacjonarnych w 2007 r. (uwzględniając zarówno osoby wcześniej już leczone, kontynuujące leczenie, jak też leczone po raz pierwszy w życiu).

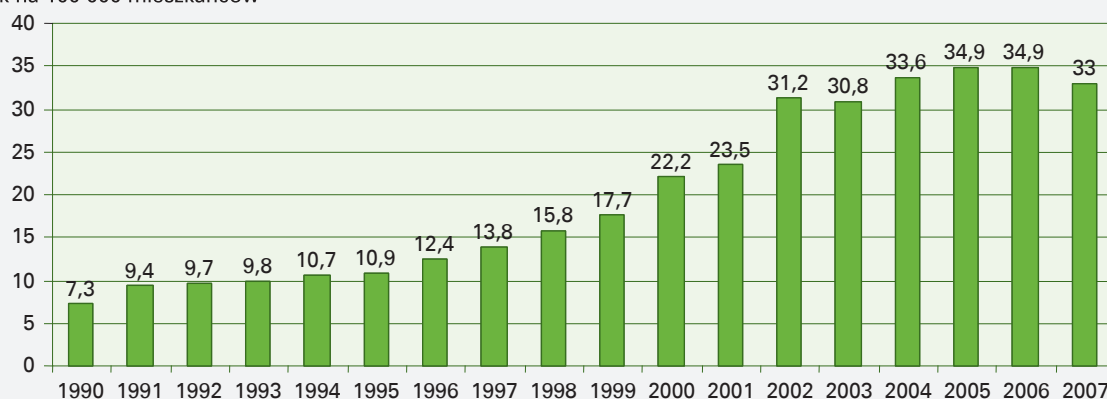
W 2007 r. w placówkach stacjonarnych leczyło się łącznie 15 125 osób. Wśród nich było 12 582 osób przyjętych w 2007 r. W porównaniu do roku poprzedniego zanotowano zatem dalszy i tym razem

większy spadek liczby osób podejmujących leczenie w ośrodkach specjalistycznych i szpitalach (w 2006 r. do placówek stacjonarnych przyjęto 13 198 osób).

Poniższy wykres prezentuje liczbę osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w latach 1990–2007. Dane te pokazują wzrost liczby osób podejmujących leczenie w ośrodkach stacjonarnych do 2005 r. W 2006 r. zaobserwowano stabilizację trendu (wskaźnik na 100 000 mieszkańców przyjmuje taką samą wartość dla lat 2005 i 2006). W kolejnym roku sprawozdawczym zanotowano spadek wskaźnika.

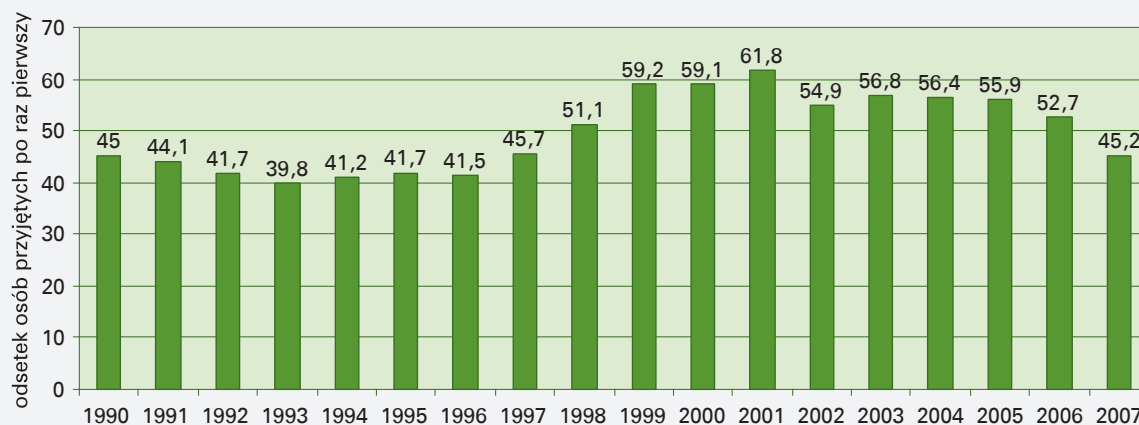
Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990–1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD-9: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997–2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) (wskaźnik na 100 000 mieszkańców)

wskaźnik na 100 000 mieszkańców



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Wykres 9. Odsetek przyjętych po raz pierwszy w latach 1990–1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD-9: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997–2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

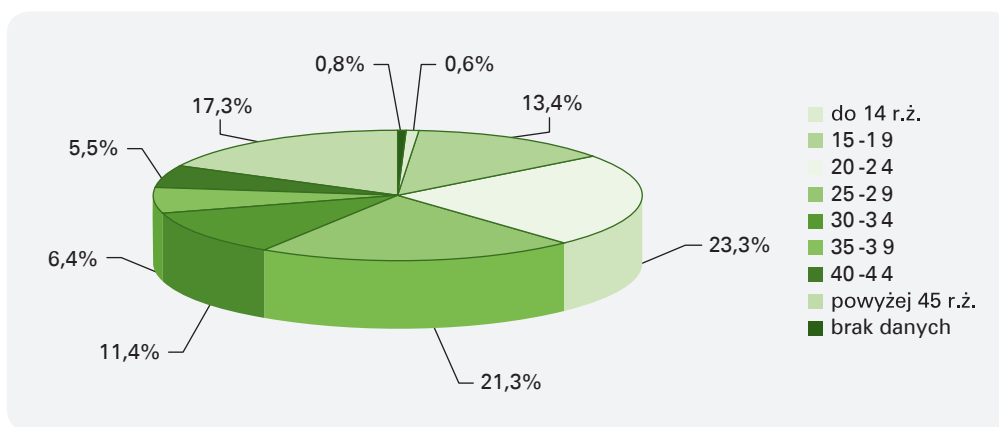
W 2007 r. 5 690 osób podjęło leczenie w placówkach stacjonarnych po raz pierwszy w życiu. Odsetek pacjentów pierwszorazowych wyniósł 45,2%. Odsetek ten zmniejszył się zatem o blisko 4 punkty procentowe w stosunku do 2006 r. oraz o 7,5 punktu procentowego w stosunku do 2005 r. W 2007 r. w przeciwieństwie do 2006 r., zaobserwować można zarówno spadek liczby osób przyjętych do placówek leczenia stacjonarnego, jak i odsetka leczonych po raz pierwszy. Należy dalej śledzić charakterystyki osób podejmujących leczenie w formie stacjonarnej oraz konieczne jest uzupełnienie tego obrazu danymi z placówek innego typu, aby móc stwierdzić, czy zmniejsza się popularność formy stacjonarnego leczenia, czy też może w ogóle mniej jest osób zgłaszających problemy związane z używaniem narkotyków. Szczegółowe zestawienie liczby pacjentów pierwszorazowych przedstawia wykres 9.

● Płeć i wiek pacjentów

Wśród wszystkich osób, które leczone były w ośrodkach stacjonarnych w 2007 r., zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (76,2%). Proporcje te zachowane są wśród osób, które zgłosiły się do leczenia w 2007 r. – tak jak w latach poprzednich większość klientów stanowili mężczyźni (75,4%). Również spośród pacjentów leczących się po raz pierwszy w życiu niewiele ponad ¼ osób to kobiety (26,6%).

Największą grupę leczących się w 2007 r. stanowiły osoby w wieku 20 – 24 lata (23,3%) oraz 25 – 29 lat (21,3%). Zaobserwować można kolejny wzrost odsetka pacjentów powyżej 45 roku życia – w 2007 r. stanowili oni 17,3% wszystkich przyjętych do placówek stacjonarnych. Dla porównania, w 2006 r. odsetek ten wyniósł 15,9%, a w 2005 – 13,6%. Szczegółową strukturę wieku pacjentów przyjętych w 2007 r. do leczenia prezentuje wykres 10.

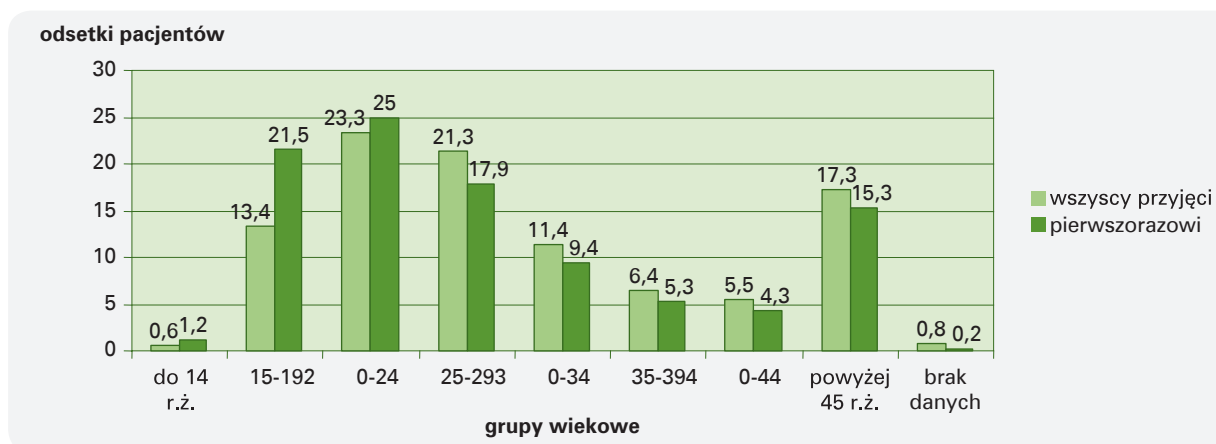
Wykres 10. Odsetki pacjentów przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r., w podziale na grupy wiekowe



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Rozkład wieku pacjentów przyjętych do leczenia po raz pierwszy w życiu w 2007 r. różni się nieco od przedstawionego powyżej opisu. Wśród pacjentów pierwszorazowych, w porównaniu do wszystkich przyjętych do leczenia, więcej jest osób w wieku 15-19 lat (21,5%) oraz 20-24 lata (25%), mniej natomiast jest osób w grupie 25-29 lat (17,9%) oraz osób powyżej 45 roku życia (15,3%). Poniższy wykres obrazuje wskazane różnice.

Wykres 11. Odsetki wszystkich pacjentów przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r. oraz pacjentów pierwszorazowych, w podziale na grupy wiekowe



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Mężczyźni przyjmowani do leczenia stacjonarnego są znacznie młodsi od przyjmowanych do ośrodków kobiet. W 2007 r. średni wiek mężczyzn wyniósł 29 lat, kobiet natomiast 37. Wśród pacjentów pierwszorazowych proporcje są podobne – średni wiek mężczyzn to 27 lat, a kobiet 35.

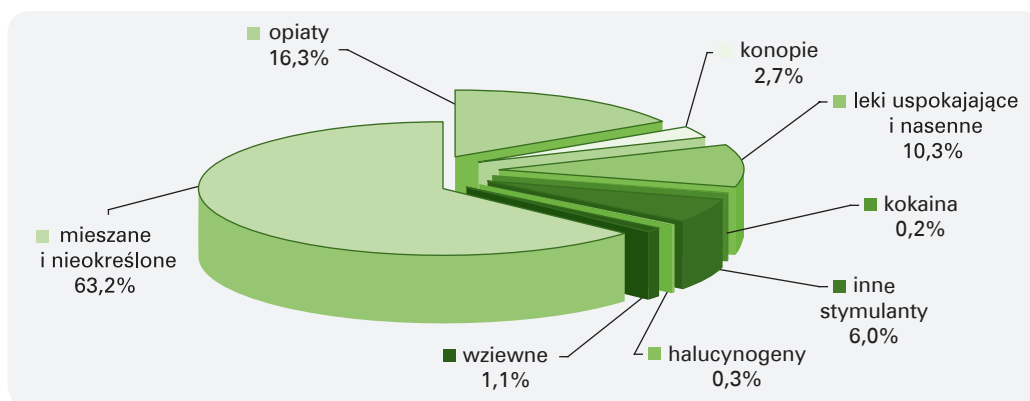
● Pacjenci leczenia stacjonarnego według typu substancji

Wśród pacjentów przyjętych do placówek stacjonarnych w 2007 r., tak jak w latach poprzednich, największą grupę stanowiły osoby uzależnione od opiatów (16,3%). Nadal co dziesiąty pacjent miał problemy ze środkami uspokajającymi i nasennymi. U 6% pacjentów zdiagnozowano problemy związane z używaniem innych stymulantów. W 2007 r., podobnie, jak w 2006 r., niewielką grupę stanowiły osoby uzależnione od konopi (2,7%), od środków wziewnych (1,1%) i halucynogennych (0,3%). Bardzo mały odsetek pacjentów zgłaszało problemy związane z używaniem kokainy (0,2%). Dane te nie odzwierciedlają jednak rzeczywistego obrazu osób zgłaszających się do leczenia, ponieważ aż 63,2% pacjentów to osoby kwalifikujące się do kategorii „mieszane i nieokreślone” (diagnoza F19). Obecny system natomiast nie umożliwia zweryfikowania, jakich substancji używają osoby, którym postawiono diagnozę F19. Szczegółowe dane przedstawia wykres 12.

Porównując dane z 2007 r. do 2006 r. widać niewielkie zmiany we wskaźniku zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków. Ostatnie dane potwierdzają tendencje opisane w poprzednich Raportach krajowych. Wśród pacjentów przyjętych do ośrodków stacjonarnych obserwuje się dalszy, choć niewielki, spadek odsetka użytkowników opiatów (w porównaniu z danymi z 2006 r. o niespełna 1 punkt procentowy). Po raz kolejny odnotowano wzrost w kategorii „mieszane i nieokreślone” – o kolejne 3,1 punktu procentowego w porównaniu z 2006 r. W dalszym ciągu nie można jednoznacznie stwierdzić, czy spadek w kategorii „opiaty” jest wynikiem rzeczywistego zmniejszenia się liczby osób zgłaszających się do leczenia z powodu opiatów, czy też częstsze jest używanie wielu substancji, przez co osoby uzależnione od opiatów, ale używające również innych narkotyków, klasyfikowane są do kategorii „mieszane i nieokreślone” (F19).

Kolejnym utrzymującym się trendem jest stały odsetek pacjentów zgłaszających się do ośrodków stacjonarnych z powodu używania konopi – piąty rok z rzędu (2003–2007) odsetek ten nie przekroczył 3%.

Wykres 12. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19), wg typu substancji



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Szczegółowe zestawienie tych informacji, z uwzględnieniem danych od 1997 r., zawiera tabela 9.

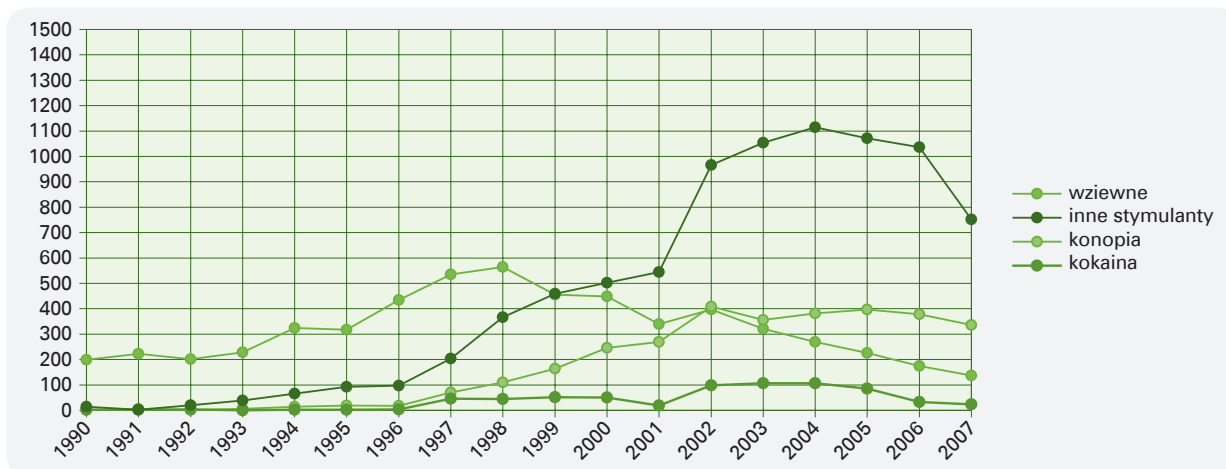
Tabela 9. Odsetki pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (IC-10: F11-F16, F18, F19), wg typów używanych środków

	Opiaty	Konopie	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	43,3	1,3	8,4	0,9	3,8	1,3	10,0	30,9
1998	42,3	1,8	8,3	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5
1999	38,8	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	34,9
2000	39,4	2,9	9,0	0,6	5,8	0,7	5,2	36,4
2001	40,4	3,0	8,0	0,2	6,0	0,7	3,7	38,1
2002	30,3	3,4	9,0	0,8	8,1	0,5	3,3	44,5
2003	23,3	3,0	10,1	0,9	8,9	0,6	2,7	50,4
2004	20,0	3,0	10,5	0,8	8,7	0,4	2,1	54,5
2005	18,7	3,0	10,6	0,6	8,0	0,4	1,7	57,0
2006	17,1	2,9	10,2	0,3	7,8	0,4	1,3	60,1
2007	16,3	2,7	10,3	0,2	6,0	0,3	1,1	63,2

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Analiza liczby pacjentów używających wybranych typów środków psychoaktywnych wskazuje na niewielkie zmiany trendu. Czy są one chwilowe, czy też w kolejnych latach będzie można zaobserwować podobne tendencje, wskażą kolejne dane. Jak pokazuje wykres 13, aktualnie notuje się spadek liczby użytkowników konopi, substancji wziewnych, stymulantów oraz kokainy. Odsetek osób leczących się z powodu problemów spowodowanych używaniem wymienionych substancji również spada (choć w większości są to zmiany niewielkie, jak wskazuje powyższa tabela). Wykres 13 pokazuje, że wśród osób leczących się w ośrodkach stacjonarnych wciąż więcej jest uzależnionych od konopi niż kokainy i środków wziewnych. Równocześnie użytkowników konopi, którzy leczą się w placówkach całodobowych jest dużo mniej niż leczących się w tych ośrodkach chociażby użytkowników stymulantów.

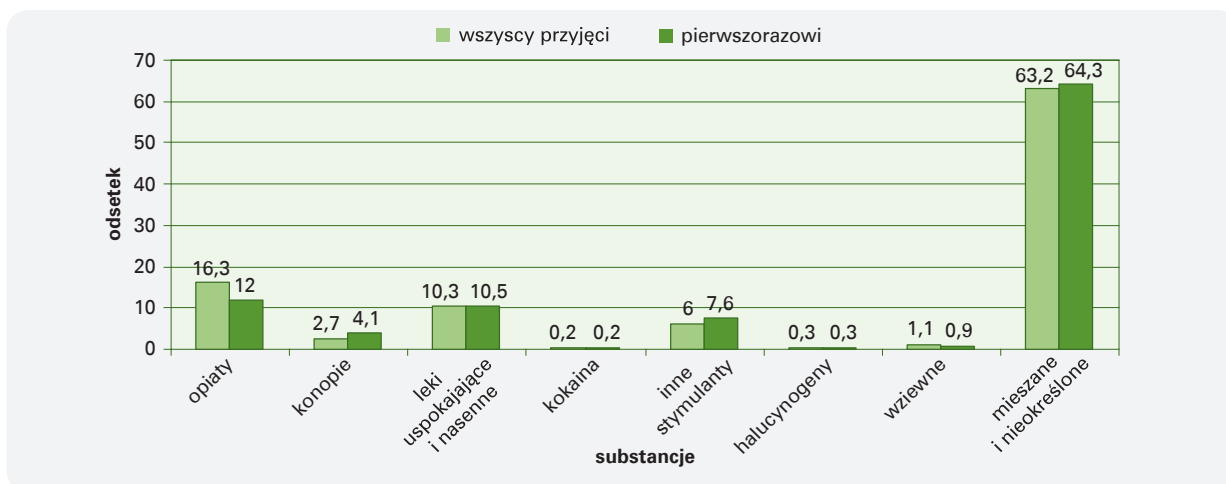
Wykres 13. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) - wybrane typy środków (liczby pacjentów)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Wśród pacjentów placówek stacjonarnych, którzy leczyli się w 2007 r. po raz pierwszy w życiu, odsetki osób używających poszczególnych substancji są podobne, jak u wszystkich przyjętych do leczenia. Największą grupę pacjentów pierwszorazowych stanowią osoby używające wielu substancji, osoby z diagnozą F19 to aż 64,3%. 12% pacjentów pierwszorazowych zgłaszało problemy związane z używaniem opiatów (to mniejszy odsetek niż wśród wszystkich osób przyjętych), a co dziesiąty problemy związane z używaniem środków uspokajających i nasennych. Wyższe odsetki osób zgłaszających problemy wynikające z używania konopi oraz stymulantów odnotowano u pacjentów pierwszorazowych niż u wszystkich osób przyjętych do leczenia. Szczegółowe dane dotyczące pacjentów pierwszorazowych, zestawione z danymi o wszystkich pacjentach przyjętych do leczenia w 2007 r., przedstawia poniższy wykres.

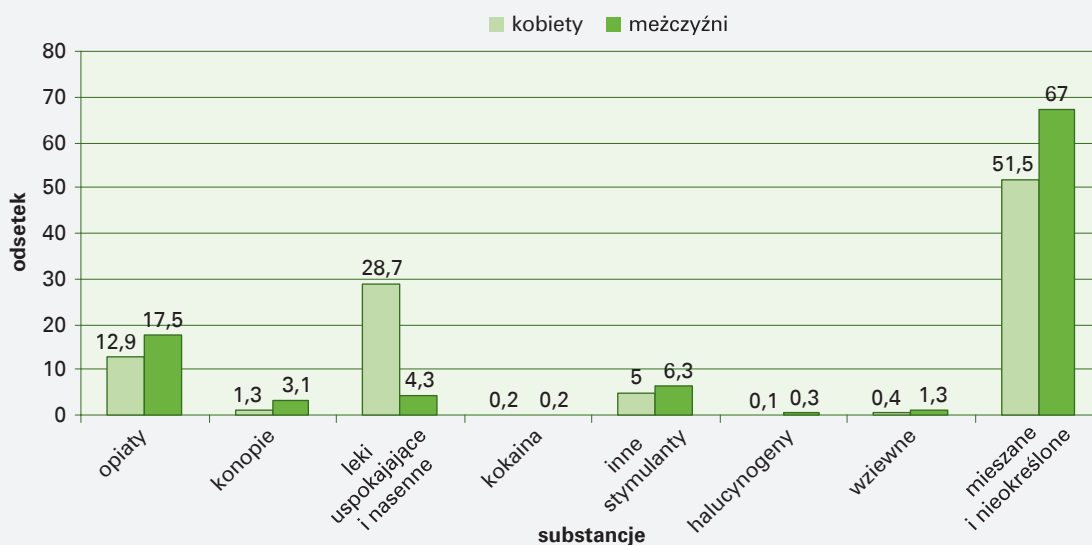
Wykres 14. Odsetki wszystkich pacjentów przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r. oraz pacjentów pierwszorazowych, wg typów używanych środków



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

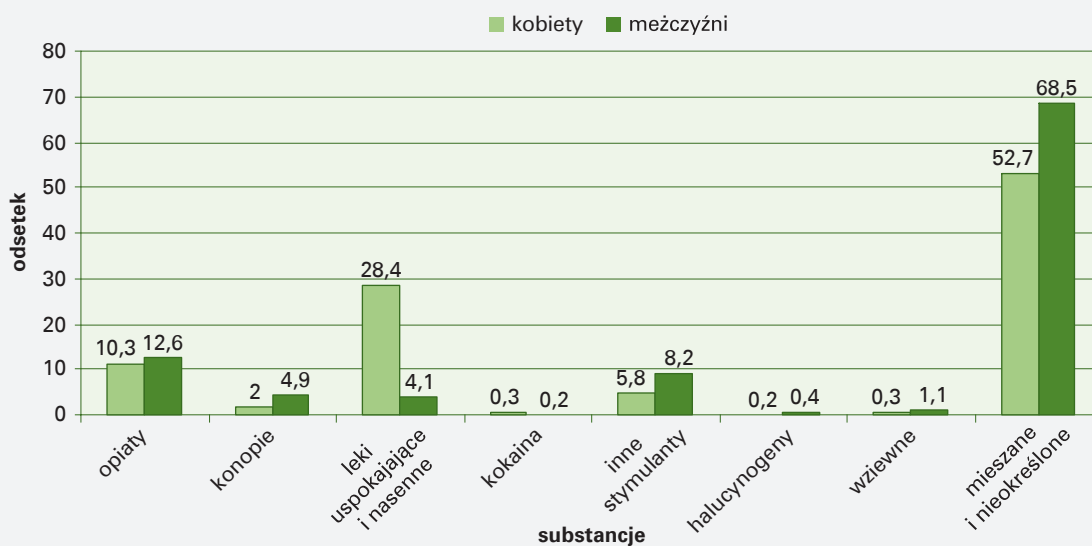
Zarówno wśród wszystkich osób przyjętych do placówek stacjonarnych, jak i wśród pacjentów pierwszorazowych zaobserwować można różnice w odsetkach kobiet i mężczyzn używających poszczególnych substancji (wykres 15 oraz wykres 16).

Wykres 15. Odsetki kobiet i mężczyzn przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r. wg typów używanych środków



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Wykres 16. Odsetki kobiet i mężczyzn leczonych po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r., wg typów używanych środków



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Jak widać na powyższych wykresach, połowa wszystkich przyjętych oraz przyjętych po raz pierwszy kobiet ma problemy z używaniem wielu substancji, podczas gdy problem ten dotyka blisko 80% mężczyzn. Wykresy te pokazują również, że większy odsetek mężczyzn niż kobiet zgłasza problemy związane z używaniem stymulantów i opiatów. Równocześnie zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn leczy się z powodu problemów z używaniem środków uspokajających i nasennych. Dane te pokazują, że zapotrzebowanie na leczenie kobiet i mężczyzn jest trochę inne, a oferta lecznicza powinna być zróżnicowana.

● Wzór używania narkotyków

Dane statystyczne zarówno z placówek stacjonarnych, jak i z placówek ambulatoryjnych nie dostarczają informacji o wzorze używania narkotyków osób zgłaszających się do leczenia. Jak już wspomniano, w Polsce trwają prace nad wprowadzeniem nowego systemu zbierania danych o zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków. Dane będą zbierane zgodnie z protokołem TDI (Treatment Demand Indicator (TDI). Standard Protocol 2.0). System ten docelowo ma objąć placówki stacjonarne oraz ambulatoryjne. Dane za 2008 r. zebrane w ramach projektu pilotażowego obejmującego około 30 placówek są aktualnie łączone w jeden zbiór, trwa poprawianie błędów. Pod koniec 2009 r. powinny zostać wykonane pierwsze analizy wspomnianych danych, a wyniki tych analiz zostaną zamieszczone w kolejnym Raporcie krajowym.

● Leczenie w warunkach ambulatoryjnych

Podobnie, jak w latach ubiegłych, najwięcej pacjentów „narkotykowych” leczyło się w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Było to: 24 954 ogółem, w tym 10 666 pacjentów pierwszorazowych. W poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2007 r. z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych leczyło się łącznie 36 298 pacjentów, w tym 14 969 po raz pierwszy.

W 2007 r. do poradni zdrowia psychicznego trafiło 5 425 pacjentów z powodu zaburzeń spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19), w tym 1 856 po raz pierwszy. Do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży trafiło 1 148 osób z problemem narkotykowym, w tym 326 po raz pierwszy. Do poradni terapii uzależnienia od alkoholu zgłosiło się 4 771 pacjentów z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem narkotyków (w tym 2 121 po raz pierwszy).

Tabela 10. Liczba pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) w latach 2005–2007

	Leczeni ogółem	W tym leczeni po raz pierwszy
2005	38 443	16 909
2006	32 109	14 310
2007	36 298	14 969

Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii (2008)

Analizując powyższe dane zaobserwować można fluktuację liczby pacjentów trafiających do lecznictwa i opieki ambulatoryjnej w przeciągu ostatnich 3 lat. Interesującym faktem może być to, że w 2007 r. w stosunku do 2006 r. zmniejszył się odsetek osób leczonych z powodu narkotyków w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w stosunku do pozostałych typów poradni. W 2006 r. ok. 80% pacjentów z rozpoznaniem F11-19 leczono w poradniach „narkotykowych”, natomiast w roku sprawozdawczym stanowili oni 69% pacjentów. Z opieki dziennej i zespołów leczenia środowiskowego skorzystało w 2007 r. – 808 osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych; w tym 601 mężczyzn. 275 osób trafiło do tego typu placówek po raz pierwszy (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008).

W 2007 r. w poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych leczono się 29 847 pacjentów: 20 382 mężczyzn i 9 465 kobiet. 4 994 pacjentów to osoby poniżej 18 roku życia a 11 239 to osoby powyżej 30 roku życia (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008).

● Programy redukcji szkód (wśród osób uzależnionych)

W 2008 r. w programach redukcji szkód zleconych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uczestniczyło łącznie około 4 600 osób. Wśród nich były 103 osoby poniżej 19 roku życia. 701 odbiorców programów to osoby nowe, w większości najprawdopodobniej nie korzystające wcześniej z tej formy pomocy. Tylko 203 osoby (ok. 5%) pracowało a 144 (ok. 3%) to uczniowie lub studenci. Znaczna większość odbiorców tego typu programów (ok. 85%) to osoby zdiagnozowane jako uzależnione. Ok. 7% odbiorców została scharakteryzowana przez realizatorów programów jako osoby używające szkodliwie (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

Narastający problem używania środków syntetycznych w formie nieiniekcyjnej powoduje wzrost zapotrzebowania na prowadzenie działalności edukacyjnej i motywacyjnej skierowanej do osób uzależnionych oraz wymusza modyfikację programów nastawionych wyłącznie na wymianę sprzętu do iniekcji.

Więcej nt. samych programów redukcji szkód w rozdziale: 7. „Działania zaradcze wobec konsekwencji zdrowotnych i zjawisk pokrewnych.

● Leczenie substytucyjne

W 2008 r. działało w Polsce 20 programów substytucyjnych (w tym 16 w placówkach ‘wolnościowych’ i 4 w placówkach penitencjarnych). Wśród 1 522 leczonych metodą substytucyjną pacjentów w 2008 r. było 405 kobiet.

Pacjenci programów leczenia substytucyjnego charakteryzują się głęboko zaawansowanym poziomem uzależnienia. Zazwyczaj są także ciężko chorzy somatycznie (w tym np. HCV, HBV, HIV/AIDS, zapalenia żył, ogólnie zły stan zdrowia). W większym lub mniejszym stopniu są to jednak pacjenci zmotywowani do leczenia. Ich liczba jest stabilna z widoczną tendencją wzrostową. Głównym środkiem substytucyjnym stosowanym w Polsce jest metadon.

● Leczenie w zakładach karnych

W 2008 r. w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej prowadzono 6-miesięczne ustrukturalizowane programy terapii uzależnienia od narkotyków typu „drug-free” o poszerzonym spektrum

celów rehabilitacyjnych (abstynencja i zapobieganie powrotowi do przestępstwa). Programy realizowane były w oparciu o model oddziaływań psychospołecznych i teorię społecznego uczenia się, zawierały także elementy modelu Minnesota, społeczności terapeutycznej i oddziaływań poznawczo-behawioralnych. Działania zrealizowano w 15 oddziałach terapeutycznych (w tym jeden dla kobiet), które dysponowały łącznie 549 miejscami (w 2007 r.: 513) (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009). Pozwoliło to włączyć do programów 1 534 osadzonych: 1 419 mężczyzn i 115 kobiet (Majcherczyk, Centralny Zarząd Służby Więziennej, kontakt osobisty). 1 500 osób ukończyło terapię przed końcem 2008 r. Na dzień 31.12.2008 r. zarejestrowanych było 1 243 skazanych oczekujących na rozpoczęcie terapii w oddziałach dla uzależnionych od narkotyków. Czas oczekiwania na terapię to ok. 13 miesięcy. (Strzelecka, H., Biuro Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, kontakt osobisty).

Centralny Zarząd Służby Więziennej nie dysponuje charakterystyką leczonych pacjentów, ale na potrzeby raportowania do EMCDDA jest w stanie zbierać od przyszłego roku poszerzone dane nt. osadzonych będących w programach terapeutycznych.

Jednym z programów dofinansowanym w 2008 r. przez Krajowe Biuro był program redukcji szkód zdrowotnych wśród osadzonych w zakładzie karnym dla kobiet „Ruszcza” w Krakowie. Działaniami objęto 212 więźniów. Głównymi używanymi przez nich substancjami psychoaktywnymi (z wyłączeniem alkoholu) były kolejno: przetwory konopi (174 osoby), amfetamina (165 osób), ecstazy (116 osób), opiaty (88 osób), LSD (67 osób), kokaina (22 osoby), leki nasenne/uspokajające (21 osób), grzyby halucynogenne (19 osób). Większość osadzonych używała jednak co najmniej 2 narkotyków (Centrum Profilaktyki Społecznej Parasol, 2009).

Z badań przeprowadzonych w polskich więzieniach wynika, że z narkotykami miało do czynienia ok. 30% osadzonych (Strzelecka, H., BSZCZSW, kontakt osobisty w związku z badaniem prof. dr hab. Teodor Szymanowski 2006/07). Przeprowadzone w 2007 r. badania w jednostkach penitencjarnych potwierdziły także, że w więzieniach osadzone są również osoby przyjmujące narkotyki dożylnie (na terenie zakładów karnych), dodatkowo używając do tego celu wspólnych igieł i strzykawek, co jest niezwykle ryzykowne z punktu widzenia rozprzestrzeniania się HIV. Według przeprowadzonych badań, wśród 26 osadzonych żyjących z HIV – 13 osób to osoby, które przyznały się do przynajmniej jednorazowego użycia narkotyku w formie iniekcji (Centralny Zarząd Służby Więziennej, 2007)

Więcej informacji – patrz rozdział 9.5. Odpowiedź na zagadnienia zdrowotne związane z narkotykami w więzieniach (oraz innych jednostkach penitencjarnych): zapobiegania i redukcji szkód związanych z używania narkotyków. We wszystkich formach leczenia od kilku lat obserwujemy zmniejszanie się liczby pacjentów uzależnionych od jednej substancji z jednoczesnym wzrostem liczby pacjentów mających problem z kilkoma substancjami psychoaktywnymi. Najczęstszymi połączeniami są: przetwory konopi indyjskich + alkohol; amfetamina + przetwory konopi indyjskich; opiaty + + benzodiazepiny lub leki przeciwbólowe (np. tramal); opiaty + amfetamina.

6. Konsekwencje zdrowotne i zjawiska pokrewne

Marta Struzik, Artur Malczewski

Wstęp

Informacje ogólnopolskie dotyczące zakażeń wirusem HIV oraz zachorowań na AIDS powiązanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków, otrzymywane są dzięki sprawozdaniom nadsyłanym do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (SANEPID) w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne.

W Polsce system leczenia pacjentów z podwójną diagnozą funkcjonuje w oparciu o placówki psychiatryczne oraz ośrodki leczenia uzależnień. Informacje epidemiologiczne na temat pacjentów z podwójną diagnozą, a tym samym dane na temat skali zjawiska współzachorowalności szacowane są na podstawie statystyk o pacjentach przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w danym roku. Powyższe informacje gromadzi corocznie Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Oszacowania te obarczone są nadal istotnym błędem związanym z tym, że dane pochodzą tylko z placówek stacjonarnych, a samo diagnozowanie współzachorowalności wciąż pozostaje trudne lub jest niesystematycznie raportowane.

Źródłem informacji o zgonach z powodu narkotyków jest baza prowadzona przez Główny Urząd Statystyczny. Przypadki zgonów są selekcjonowane według krajowej definicji, która obejmuje następujące kody klasyfikacji ICD – 10: F11-12, F14-16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12 i Y14.

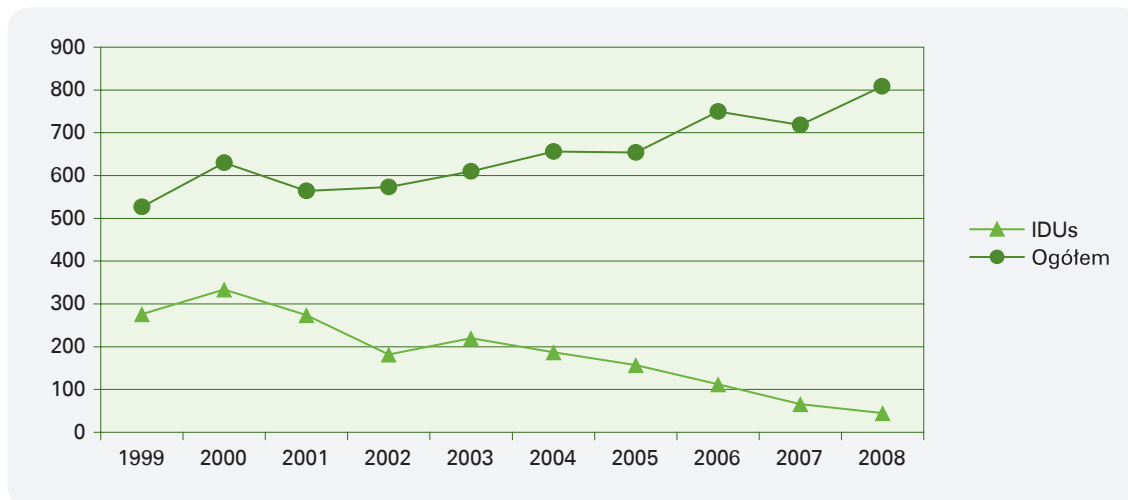
6.1. Choroby zakaźne związane z narkotykami

Od 1985 r., czyli momentu wprowadzenia rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS w Polsce, do końca 2008 r. zarejestrowano 12 065 przypadków zakażeń HIV. Wśród nich 5 592 (46%) stanowiły osoby używające narkotyków w iniekcjach, w tym 4 188 (75%) mężczyzn oraz 1 352 (24%) kobiet. Analizując powyższy okres monitorowania pod względem zachorowań na AIDS, do końca 2008 r. zarejestrowano 2 189 przypadków AIDS. Wśród nich 1 112 (51%) dotyczy osób używających narkotyków drogą dożylną, w tym 877 (79%) mężczyzn oraz 235 (21%) kobiet.

Analiza trendu zakażeń HIV w latach 2003–2008 wśród osób używających narkotyków dożylnie wskazuje na dalszą tendencję spadkową. W 2006 r. zanotowano 112 przypadków nowych zakażeń HIV w Polsce wśród dożylnych użytkowników narkotyków, w 2007 r. rejestracja dotyczyła 66 przypadków, natomiast w 2008 r. zarejestrowano 45 przypadków. Istnieje jednak ryzyko niedoszacowania danych z uwagi na duży procent przypadków zakażeń HIV bez wyszczególnionej drogi zakażenia.

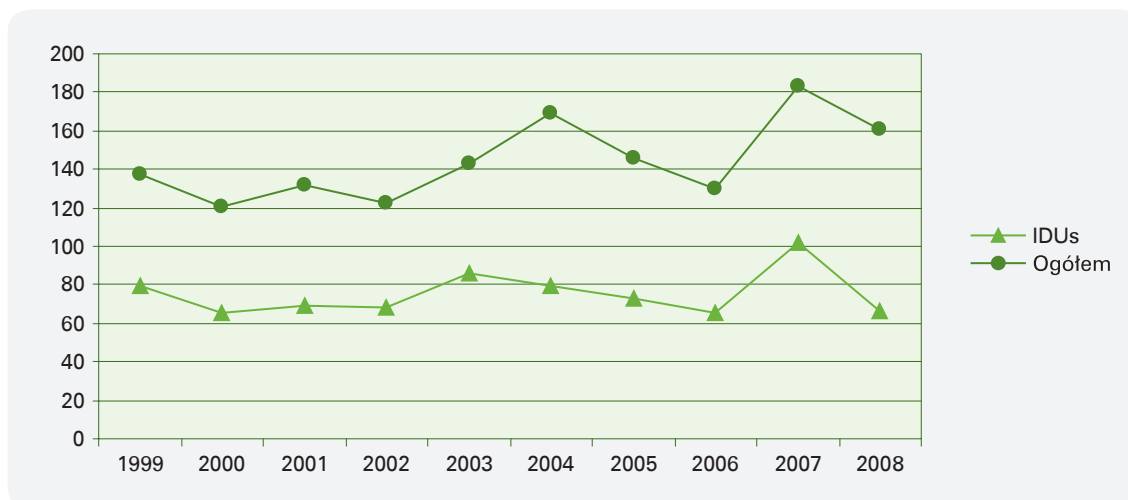
Zachorowalność na AIDS wśród dożylnych użytkowników narkotyków wykazywała tendencję spadkową na przestrzeni lat 2003–2006. Liczba nowych zachorowań na AIDS spadła z 86 w 2003 r., do 79 w 2004 r., 73 w 2005 r. i 65 w 2006 r. W 2007 r. zarejestrowano 183 przypadki zachorowań na AIDS ogółem (w 2006 r. – 130 przypadków), w tym 102 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (w 2006 r. – 65). W 2008 r. odnotowano 161 przypadków zachorowań na AIDS ogółem, w tym 66 zachorowań dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Dane z 2008 r. wskazują na wzrost zachorowań ogółem w stosunku do 2006 r. i jednocześnie świadczą o stabilizacji zachorowań wśród IDUs, przyjmując, że wzrost z 2007 r. był chwilową fluktuacją trendu.

Wykres 17. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2008 (wg daty rozpoznania)



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (Zakład Epidemiologii)

Wykres 18. Liczba nowych zachorowań na AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2008 (wg daty rozpoznania)



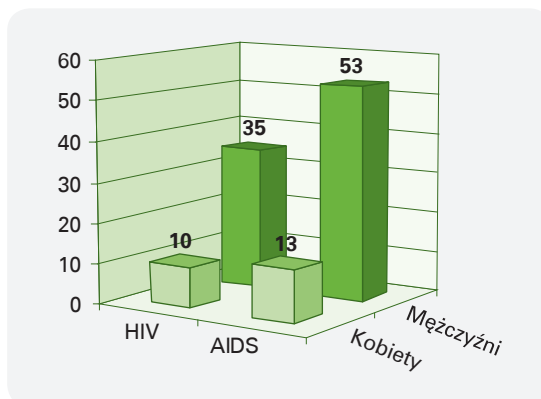
Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (Zakład Epidemiologii)

W 2008 r. zarejestrowano 809 nowych zakażeń wirusem HIV, w tym 45 (6%) dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Należy jednak wskazać możliwość niedoszacowania danych, ponieważ w przypadku 647 (80%) zgłoszonych nowych zakażeń HIV w 2008 r. nie podano prawdopodobnej drogi infekcji. Dane nie pozwalają zatem na dokładne oszacowanie sytuacji epidemiologicznej i istnieje potrzeba dalszego rozwijania systemu rejestrowania nowych przypadków HIV.

Nowe zachorowania na AIDS w 2008 r. dotyczyły 66 iniekcyjnych użytkowników narkotyków, co stanowi ogółem 41% wszystkich nowych zachorowań w roku sprawozdawczym. Brak danych na temat prawdopodobnej drogi transmisji dotyczy 41 przypadków (25%).

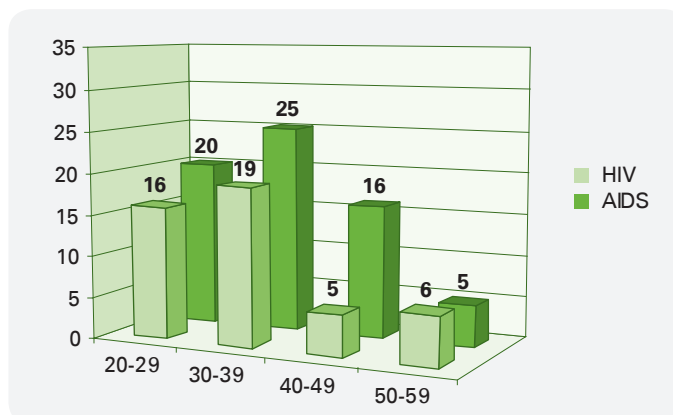
Wśród osób dożylnie używających narkotyków zakażonych HIV w 2008 r. odnotowano 35 (78%) mężczyzn oraz 10 (22%) kobiet. Nowo zarejestrowane w 2008 r. zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków dotyczyły 53 (80%) mężczyzn oraz 13 (20%) kobiet.

Wykres 19. Zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2008 r. wg płci



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (Zakład Epidemiologii)

Wykres 20. Nowe zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2008 r. wg grupy wiekowej



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (Zakład Epidemiologii)

W 2008 r. wśród osób zakażonych HIV poprzez dożylnie wstrzykiwanie narkotyków najliczniejszą grupę (19 osób, 42%) stanowiły osoby w wieku 30-39 lat, następnie osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (16 osób, 36%), 50-59 lat (5 osób, 11%), 40-49 lat (5 osób, 11%).

W 2008 r. wśród zgłoszonych nowych zachorowań na AIDS u osób używających narkotyków dożylnie, najliczniejszą grupę (25 osób, 38%) stanowiły osoby w wieku 30-39 lat, następnie osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (20 osób, 30%), 40-49 lat (16 osób, 24%) oraz 50-59 lat (5 osób, 8%).

W Polsce w latach 2004–2008 obserwuje się systematyczny spadek wskaźnika zakażeń wirusem HIV na 100 tys. mieszkańców wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV różni się jednak w poszczególnych województwach. Na przestrzeni lat 2004–2007

najwyższe wskaźniki zakażeń odnotowano w województwie dolnośląskim, łódzkim oraz warmińsko-mazurskim. W 2008 r. najwyższe wskaźniki zakażeń również odnotowano w województwie dolnośląskim, łódzkim oraz warmińsko-mazurskim, jednakże wartości tych wskaźników wykazują stabilizację lub spadek w stosunku do 2007 r. Najmniej przypadków w latach 2004–2007 rejestrowano w województwie świętokrzyskim, lubelskim oraz podkarpackim. W województwach tych w 2008 r. nie odnotowano żadnego przypadku zakażenia, podobnie jak w województwie opolskim i zachodniopomorskim.

Tabela 11 . Liczba nowych zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2004-2008 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania)

Województwo	2004		2005		2006		2007		2008	
	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	Wskaźnik	liczba	wskaźnik
dolnośląskie	59	2,04	49	1,70	32	1,11	15	0,52	15	0,52
kujawsko-pomorskie	5	0,24	6	0,29	4	0,19	3	0,15	2	0,10
lubelskie	1	0,05	1	0,05	1	0,05	2	0,09	0	0,00
lubuskie	2	0,20	4	0,40	1	0,10	1	0,10	1	0,10
łódzkie	30	1,16	18	0,70	14	0,55	8	0,31	7	0,27
małopolskie	2	0,06	3	0,09	7	0,21	2	0,06	1	0,03
mazowieckie	11	0,21	9	0,17	4	0,08	2	0,04	3	0,06
opolskie	6	0,57	1	0,10	3	0,29	0	0,00	0	0,00
podkarpackie	2	0,10	3	0,14	1	0,05	0	0,00	0	0,00
podlaskie	5	0,42	3	0,25	1	0,08	1	0,08	1	0,08
pomorskie	5	0,23	9	0,41	3	0,14	4	0,18	1	0,05
śląskie	10	0,21	3	0,06	1	0,02	5	0,11	6	0,13
świętokrzyskie	2	0,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
warmińsko-mazurskie	7	0,49	12	0,84	10	0,70	7	0,49	4	0,28
wielkopolskie	8	0,24	4	0,12	5	0,15	3	0,09	2	0,06
zachodniopomorskie	3	0,18	3	0,18	2	0,12	3	0,18	0	0,00
POLSKA	187	0,49	157	0,41	112	0,29	66	0,17	45	0,12

Źródło: na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny

Wskaźniki nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004–2007 wskazywały na fluktuację trendu. Statystyki z 2008 r. wskazują, że od 2007 r. nie doszło do trwałego załamania tendencji spadkowej. W latach 2004–2007 najwyższe wskaźniki zachorowań odnotowano w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim oraz podlaskim. W 2008 r. najwyższe wskaźniki zachorowań odnotowano także w województwie dolnośląskim i podlaskim, ale także w województwie warmińsko-mazurskim oraz lubuskim. W latach 2004–2007 najmniej przypadków zarejestrowano w województwie podkarpackim i świętokrzyskim. W 2008 r. najniższe wskaźniki dotyczyły województw: wielkopolskiego, podkarpackiego, lubelskiego, kujawsko-pomorskiego, świętokrzyskiego, mazowieckiego, łódzkiego, małopolskiego i pomorskiego.

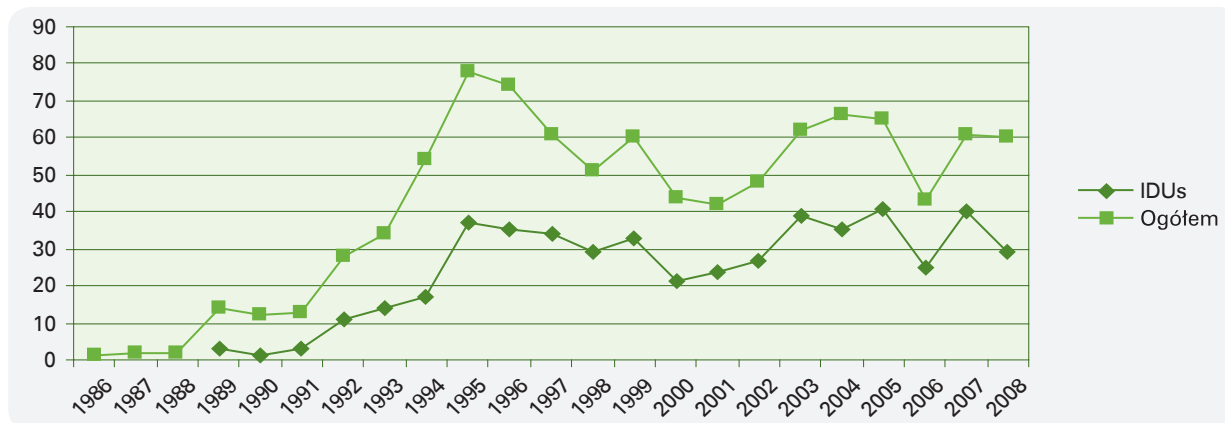
Tabela 12. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2004-2008 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania)

Województwo	2004		2005		2006		2007		2008	
	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik
dolnośląskie	22	0,76	42	1,45	20	0,69	43	1,49	28	0,97
kujawsko-pomorskie	9	0,44	3	0,15	8	0,39	2	0,10	1	0,05
lubelskie	4	0,18	2	0,09	4	0,18	4	0,18	1	0,05
lubuskie	2	0,20	1	0,10	0	0,00	6	0,59	2	0,20
łódzkie	5	0,19	5	0,19	3	0,12	6	0,23	2	0,08
małopolskie	3	0,09	2	0,06	2	0,06	2	0,06	3	0,09
mazowieckie	4	0,08	3	0,06	0	0,00	4	0,08	4	0,08
opolskie	4	0,38	1	0,10	1	0,10	2	0,19	1	0,10
podkarpackie	2	0,10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05
podlaskie	3	0,25	3	0,25	4	0,33	4	0,34	4	0,34
pomorskie	3	0,14	2	0,09	5	0,23	6	0,27	2	0,09
śląskie	11	0,23	1	0,02	6	0,13	8	0,17	8	0,17
świętokrzyskie	0	0,00	1	0,08	0	0,00	1	0,08	1	0,08
warmińsko-mazurskie	2	0,14	2	0,14	4	0,28	8	0,56	5	0,35
wielkopolskie	3	0,09	4	0,12	5	0,15	5	0,15	1	0,03
zachodniopomorskie	2	0,12	0	0,00	2	0,12	1	0,06	2	0,12
POLSKA	79	0,21	73	0,19	65	0,17	102	0,27	66	0,17

Źródło: na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny

Zgodnie ze statystykami gromadzonymi od 1986 r. do 31.03.2009 r. zarejestrowano 975 zgonów osób chorych na AIDS, a wśród nich 498 (51%) to osoby przyjmujące narkotyki drogą dożylną.

Wykres 21. Liczba zgonów osób chorych na AIDS zarejestrowanych w Polsce do 31.03.2009 r., w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs), według daty zgonu



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (Zakład Epidemiologii)

Monitoring umieralności iniekcyjnych użytkowników narkotyków chorych na AIDS wskazuje, że zgony dotyczyły 415 (83%) mężczyzn oraz 85 (17%) kobiet.

W 2008 r. odnotowano 60 zgonów osób chorych na AIDS, z czego 29 przypadków (48%) dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Największa umieralność wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków chorych na AIDS dotyczyła osób w wieku 30-39 lat (11 osób), następnie w wieku 40-49 lat i 20-29 lat (odpowiednio po 8 osób) oraz 2 osób w wieku 50-59 lat.

Podsumowując, należy zaznaczyć, iż niniejsza informacja została sporządzona na podstawie ostatnich dostępnych danych. Jednakże z uwagi na opóźnienia występujące w trakcie dostarczania meldunków o zakażeniach i zachorowaniach, przewiduje się, że wskazane liczby mogą ulec zmianie.

W 2008 r. rozpoczęto realizację projektu badawczego dotyczącego oszacowania występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji. Projekt badawczy jest realizowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wyniki badania dostępne będą w 2009 r.

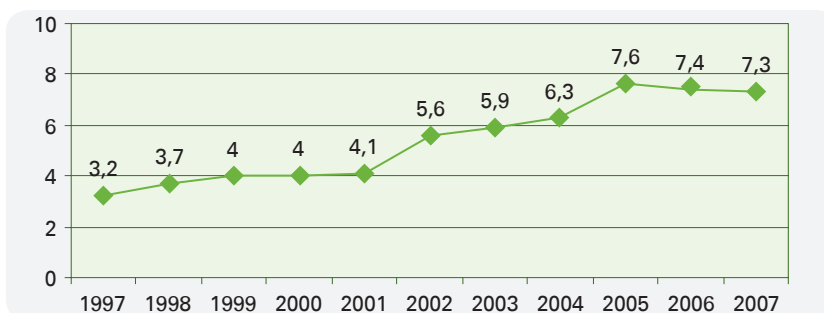
Każdego roku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przeprowadza badanie wśród laboratoriów prowadzących testy na obecność wirusa HIV. Uzyskane w ten sposób dane są źródłem informacji na temat rozpowszechnienia zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. W momencie sporządzania niniejszego raportu dostępne były wyniki badania za 2008 r. z ok. 65% placówek testowania. Liczba iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy poddani zostali testom na obecność wirusa HIV wyniosła 1 713 osób, w tym 158 osób uzyskało pozytywny wynik badania. Wskaźnik rozpowszechnienia wyniósł 9,2%.

Ponadto z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że w 2008 r. odnotowano ogółem 1 075 przypadków zachorowań na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B.

6.2. Inne zjawiska i konsekwencje zdrowotne związane z narkotykami

Na przestrzeni lat 1997–2005 obserwowano wzrost odsetków pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich osób przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, co przedstawia wykres 22. W 1997 r. odsetek pacjentów z podwójną diagnozą wynosił 3,2%, a w 2005 r. 7,6%. W ciągu 8 lat liczba pacjentów zwiększyła się o 4,4%. Po 2005 r. odnotowano zatrzymanie tendencji wzrostowej. W 2006 r. odsetek pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego wyniósł 7,4%, natomiast w 2007 r. osiągnął wartość 7,3%.

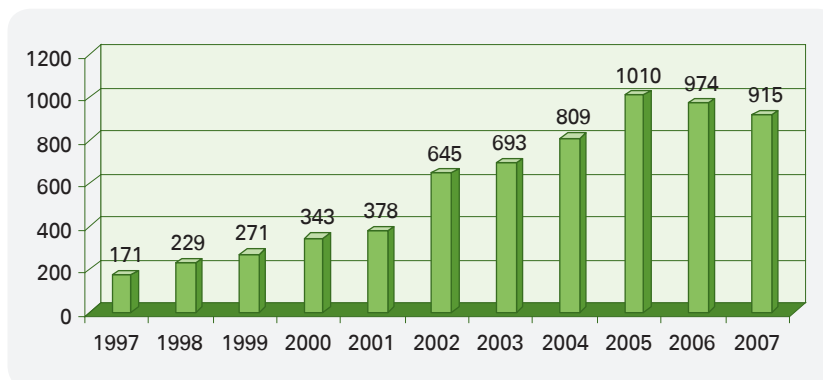
Wykres 22. Pacjenci z podwójną diagnozą wśród wszystkich przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997–2007 (odsetki pacjentów)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

Na przestrzeni lat 1997–2005 liczba hospitalizowanych pacjentów z podwójną diagnozą wzrosła ze 171 w 1997 r. do 1010 w 2005 r. W 2006 r. przyjęto 974 pacjentów z podwójną diagnozą, co oznacza spadek o 36 osób w stosunku do 2005 r. W 2007 r. odnotowano 915 pacjentów z podwójną diagnozą (spadek o 59 osób w stosunku do 2006 r.).

Wykres 23. Ogólna liczba pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997–2007



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

W Tabeli 13 zestawiono statystyki dotyczące pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego.

Tabela 13. Odsetki pacjentów z problemem narkotykowym przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997–2007, według diagnozy ICD-10 oraz ogólna liczba pacjentów

Diagnoza ICD-10	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Zaburzenia osobowości	46%	32%	48%	37%	39%	50%	39%	39%	33%	26%	24%
Depresja	7%	7%	7%	9%	5%	4%	5%	7%	5%	8%	9%
Inne zaburzenia afektywne	5%	5%	0	2%	1%	2%	2%	2%	1%	2%	2%
Zaburzenia lękowe	0	5%	8%	6%	5%	6%	7%	7%	7%	6%	7%
Inne zaburzenia psychiczne	42%	51%	37%	46%	50%	38%	47%	45%	54%	58%	58%
Ogólna liczba pacjentów z podwójną diagnozą	171	229	271	343	378	645	693	809	1010	974	915

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych w Polsce w 2007 r. największą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczącym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne” (58%), która obejmuje m. in. zaburzenia psychotyczne, w tym halucynacje i urojenia, schizofrenię oraz zaburzenia zachowania. Znaczna liczba pacjentów ujawniała symptomy zaburzeń osobowości (24%). Ponadto pacjenci wykazywali objawy depresji (9%), zaburzenia lękowe (7%) oraz inne zaburzenia afektywne (2%).

Wśród pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego z rozpoznaniem zespołu uzależnienia, największy odsetek zdiagnozowanej współzachorowalności prezentowały osoby uzależnione od halucynogenów (podwójna diagnoza dotyczyła 18,8% przypadków) oraz leków uspokajających i nasen-

nych (podwójna diagnoza dotyczyła 11,1% przypadków). Najmniejszy odsetek podwójnych diagnoz dotyczył uzależnionych od kokainy (wszyscy pacjenci bez podwójnej diagnozy) oraz opiatów (1,6% pacjentów z podwójną diagnozą). Zaburzenia osobowości częściej obserwowano wśród osób uzależnionych od substancji wziewnych (2,9%), choć dość znaczny odsetek dotyczył też osób z uzależnieniem mieszanym (2.1%). Stany depresyjne czy zaburzenia lękowe w największym stopniu diagnozowano u pacjentów uzależnionych od leków uspokajających i nasennych (odpowiednio 1% i 3.1%). Inne zaburzenia psychiczne diagnozowano najczęściej u pacjentów uzależnionych od halucynogenów, leków, substancji wziewnych, konopi oraz w przypadku uzależnienia mieszanego.

Tabela 14. Odsetki pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w 2007 r., wg zespołu uzależnienia

Zespół uzależnienia	Brak drugiej diagnozy	Zaburzenia osobowości	Depresja	Inne zaburzenia afektywne	Zaburzenia lękowe	Inne zaburzenia psychiczne
Opiaty	98,4	0,4	0,1	0,0	0,1	1,0
Konopie	94,3	1,5	0,3	0,3	0,0	3,6
Leki uspokajające i nasenne	88,9	1,8	1,0	0,6	3,1	4,6
Kokaina	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamina	95,9	1,3	0,1	0,0	0,0	2,7
Halucynogeny	81,2	0,0	0,0	0,0	0,0	18,8
Substancje wziewne	92,7	2,9	0,0	0,0	0,0	4,4
Uzależnienie mieszane	91,5	2,1	0,8	0,1	0,3	5,2

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009)

6.3. Śmiertelność i zgony związane z narkotykami

Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce uzyskiwane są z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, co roku opracowuje dane otrzymane z GUS na potrzeby krajowe i EMCDDA.

Wspomniana baza GUS zawiera informacje o miejscu zgonu, dane socjo-demograficzne o osobie, która przedawkowała narkotyki oraz rodzaj substancji, z powodu której nastąpił zgon (według kodów ICD). Do 1996 r. stosowana była 9 rewizja ICD, od 1997 r. dane są kodyfikowane według 10 rewizji ICD. Podstawowym ograniczeniem w zbieraniu danych o zgonach z powodu narkotyków jest wprowadzanie do bazy GUS tylko jednego kodu, czyli jednej bezpośredniej przyczyny zgonu nazywanej wyjściową. W Głównym Urzędzie Statystycznym trwają prace nad rozbudowaniem bazy o dwie następne przyczyny zgonu: bezpośrednią i wtórną, co dostosuje polski rejestr do wymagań Eurostatu. W takiej sytuacji stosowane są krajowe definicje opracowane przez poszczególne kraje według zaleceń EMCDDA. W 2005 r. wybrano kody, które tworzą krajową definicję zgonów z powodu narkotyków. Z ogólnej bazy wyselekcjonowane zostały kody ICD: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Polską definicję zgonów wypracowano w oparciu o selekcję B z protokołu EMCDDA, jak również w oparciu o wcześniej stosowaną krajową metodologię.

Na podstawie danych z tabeli 15 można określić, że w ciągu ostatnich kilku lat w Polsce występował stabilny trend zgonów z powodu narkotyków. Analizując dane od 1987 r. widzimy, że w latach 1987–1996 liczby zgonów fluktuują w przedziale 145 - 213 przypadków. W 1997 r. zanotowano wzrost o 40% liczby przypadków w porównaniu do 1996 r. W tym czasie weszła w życie 10 rewizja ICD. Zmiany w kodowaniu mogły mieć wpływ na zwiększenie generowanych z bazy liczb zgonów. Od 1997 r. odnotowujemy trend stabilny. Liczby zgonów nie ulegają większym wahaniom i utrzymują się na stałym poziomie. W 2005 r. nastąpił lekki wzrost śmiertelnych przedawkowań z powodu narkotyków (290 zgonów), aby jednak powrócić w 2006 r. (241 zgonów) do podobnej liczby jak w 2004 r., tj. 231 przypadków. W 2007 r. w Polsce zarejestrowanych zostało 214 zgonów i jest to najmniejsza liczba przypadków w ciągu ostatnich 11 lat. W Europie z powodu narkotyków, umiera więcej mężczyzn niż kobiet. Jednak Polska obok Republiki Czeskiej i Słowacji odnotowuje największy odsetek zgonów kobiet w Europie. W 2007 r. spośród osób, które przedawkowały 36% było płci żeńskiej.

Średnia wieku ofiar jest stosunkowo wysoka, bo wynosi 46 lat. W Europie, średni wiek jest niższy – 35 lat. Najmłodsza osoba, która przedawkowała w Polsce w 2007 r. miała 14 lat, tak samo w 2005 i 2006 r. W przypadkach, gdy jako pierwszą przyczynę śmiertelnego zatrucia podano rodzaj substancji, najczęściej było zmarłych z powodu opiatów – 7 osób. Odnotowano także po dwa zgony w wyniku zażyciu kokainy (F14) oraz dwóch lub kilku substancji (F19), oraz jeden po zatruciu halucynogenów (F16). Średni wiek osób w Polsce, które przedawkowały heroinę wyniósł 47 lat.

Tabela 15. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków w latach 1987 – 2007

Rok	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.
1987	156	0.41
1988	145	0.38
1989	181	0.48
1990	155	0.41
1991	213	0.56
1992	199	0.52
1993	211	0.55
1994	185	0.48
1995	175	0.45
1996	179	0.46
1997	253	0.65
1998	235	0.61
1999	292	0.76
2000	310	0.81
2001	294	0.77
2002	324	0.85
2003	277	0.73
2004	231	0.61
2005	290	0.76
2006	241	0.63
2007	214	0,53

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego opracowane przez CINN

● Zróżnicowanie terytorialne

Jeżeli przyjrzymy się liczbie zgonów z powodu narkotyków w 2007 r. w podziale na województwa (tabela 16), to zauważymy, że najwięcej przypadków śmiertelnego przedawkowania narkotyków wystąpiło w województwie mazowieckim. Kolejnymi były: śląskie, łódzkie i pomorskie. W pozostałych województwach liczby zgonów nie przekroczyły 20 w ciągu roku. Najmniej zgonów, nie więcej niż pięć przypadków, odnotowano w województwach: lubelskim, podkarpackim i małopolskim. Są to regiony o niskich wskaźnikach zgłaszalności do leczenia stacjonarnego oraz w przypadku podkarpackiego i lubelskiego również niskiej przestępczości narkotykowej. W województwie opolskim nie zarejestrowano ani jednego zgonu. Od 2005 r. odnotowujemy stały spadek liczby zgonów w Polsce. Podobna tendencja wystąpiła w trzech województwach: dolnośląskim, lubelskim i śląskim. Odwrotny trend tzn. wzrost, o niezbyt silnej dynamice rejestrujemy w województwach pomorskim i świętokrzyskim.

Tabela 16. Liczby zgonów z powodu przedawkowania narkotyków (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w latach 2004–2007 wg województw

Województwo	Liczby zgonów wg krajowej definicji			
	2004	2005	2006	2007
Dolnośląskie	18	33	17	9
Kujawsko-pomorskie	14	19	13	13
Lubelskie	9	9	7	4
Lubuskie	8	6	8	9
Łódzkie	19	23	34	25
Małopolskie	3	5	10	5
Mazowieckie	47	61	37	46
Opolskie	4	5	3	0
Podkarpackie	4	4	9	4
Podlaskie	4	13	7	7
Pomorskie	13	17	20	21
Śląskie	48	44	38	26
Świętokrzyskie	4	3	6	7
Warmińsko-mazurskie	6	9	4	10
Wielkopolskie	13	17	19	13
Zachodniopomorskie	17	22	9	15
Polska	231	290	241	214

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego opracowane przez CINN

Bardziej dokładnym wskaźnikiem od liczby bezwzględnych przypadków zgonów w województwie, jest wskaźnik liczby zgonów na 100 tys. mieszkańców (tabela 17). W ten sposób unikamy zakłóceń spowodowanych różnicami w liczbach mieszkańców poszczególnych regionów Polski. Analizując ten wskaźnik odnotowujemy największą liczbę śmiertelnych przedawkowań w województwie łódzkim (wskaźnik 0,98). Na drugim miejscu jest pomorskie (0,95). Te dwa województwa miały najwyższe wskaźniki również w 2006 r. Wskaźnik śmiertelności na poziomie 0,89 zgonu na 100 tys. odnotowano

w województwie lubuskim, zachodniopomorskim oraz mazowieckim. Podobnie jak w przypadku liczb bezwzględnych niższe wskaźniki odnotowano w lubelskim, podkarpackim i małopolskim.

Tabela 17. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków na 100 000 mieszkańców (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w latach 2004– 2007 wg województw

Województwo	Wskaźnik śmiertelności na 100 w latach:			
	2004	2005	2006	2007
Dolnośląskie	0,62	1,14	0,59	0,31
Kujawsko-pomorskie	0,68	0,92	0,63	0,63
Lubelskie	0,41	0,41	0,32	0,18
Lubuskie	0,79	0,59	0,79	0,89
Łódzkie	0,73	0,89	1,32	0,98
Małopolskie	0,09	0,15	0,31	0,15
Mazowieckie	0,91	1,18	0,72	0,89
Opolskie	0,38	0,48	0,29	0,00
Podkarpackie	0,19	0,19	0,43	0,19
Podlaskie	0,33	1,08	0,59	0,59
Pomorskie	0,59	0,77	0,91	0,95
Śląskie	1,02	0,94	0,81	0,56
Świętokrzyskie	0,31	0,23	0,47	0,55
Warmińsko-mazurskie	0,42	0,63	0,28	0,70
Wielkopolskie	0,39	0,5	0,56	0,38
Zachodniopomorskie	1	1,3	0,53	0,89
POLSKA	0,61	0,76	0,63	0,56

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego opracowane przez CINN

7. Działania zaradcze wobec konsekwencji zdrowotnych i zjawisk pokrewnych

Dawid Chojecki, Artur Malczewski, Łukasz Jędruszek

Wstęp

Od 1996 r. w Polsce wdrażane są programy redukcji szkód, choć działania polegające na wymianie igieł i strzykawek zostały zainicjowane już w 1989 r. jako dodatkowe usługi wybranych poradni leczenia uzależnień, nie zaś jako odrębne programy. Od samego początku programy redukcji szkód realizowane były przede wszystkim przez organizacje pozarządowe na terenie dużych miast, na ulicach, w noclegowniach dla bezdomnych, w miejscach spotkań osób uzależnionych (meliny, dworce kolejowe, ulica, parki), w miejscach sprzedaży usług seksualnych. W 2008 r. Krajowe Biuro dofinansowało 8 programów ulicznych (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009). Igły i strzykawki wymieniane były także w stacjonarnych punktach wymiany igieł i strzykawek (tzw. „drop in”), których w Polsce w 2008 r. działało 5 oraz w noclegowniach dla osób używających narkotyków (w 2008 r. działały 2 tego typu noclegownie) (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

W roku sprawozdawczym Krajowe Biuro dofinansowało na terenie całego kraju łącznie 18 programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie zmotywowanych do leczenia, w tym również w zakładach karnych i aresztach śledczych (jednak bez wymiany sprzętu do iniekcji, gdyż jest to zabronione), a także w szpitalu zakaźnym – w oddziale przeznaczonym dla osób uzależnionych od narkotyków i żyjących z HIV/AIDS.

W 2008 r., z dotacji Krajowego Biura rozdano 254 053 igieł i 261 249 strzykawek. Zrealizowano ok. 15 000 godzin działań środowiskowych oraz 2 463 interwencji kryzysowych (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009). W 2008 r., podobnie jak w latach ubiegłych, Krajowe Biuro współfinansowało również wydawanie magazynu „Monar na bajzlu” adresowanego do użytkowników narkotyków oraz realizatorów programów leczniczych, w szczególności programów redukcji szkód zdrowotnych.

Poza Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, we wspieranie tego typu programów zaangażowane są także niektóre samorządy terytorialne. W 2008 r. – 29 samorządów gminnych wspierało finansowo programy ograniczania szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków. Dofinansowano łącznie 68 programów redukcji szkód, w tym: 12 programów wymiany igieł i strzykawek; 20 programów pracowników ulicznych z wyłączeniem wymiany igieł i strzykawek (objęto nimi 12 580 osób); 6 dziennych programów pomocy medycznej i socjalnej dla czynnych użytkowników narkotyków (objęto nimi 103 osoby); 7 noclegowni dla osób uzależnionych (objęto nimi 113 osób), 11 programów dyskotekowych (objęto nimi 16 084 osoby) oraz 12 programów leczenia substytucyjnego (objęto nimi 37 osób). Łącznie programami ograniczania szkód zdrowotnych współfinansowanymi przez samorządy gmin objęto w 2008 r. 36 039 osób.

W roku sprawozdawczym zwiększyła się liczba programów ograniczania szkód zdrowotnych finansowanych przez samorządy gmin, liczba odbiorców, a także kwota globalna przeznaczona na ten cel o ponad 36 000 PLN (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

7.1. Zapobieganie nagłym wypadkom związanym z narkotykami i redukcja zgonów z powodu narkotyków

Z uwagi na wzrost popularności narkotyków syntetycznych w Polsce, od kilku lat rozwijają się programy, których odbiorcami są osoby okazjonalnie, rekreacyjnie używające narkotyków. Programy

tego typu prowadzone są w miejscach imprez młodzieżowych (kluby, dyskoteki, koncerty, imprezy plenerowe itp.). Programy opisane w części 3.2 Profilaktyka selektywna w grupach i środowiskach zagrożonych narkomanią: Miejsca rozrywki (w tym redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków i alkoholu)

W ramach opisanych w punkcie 7 programów redukcji szkód zdrowotnych skierowanych do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, przeprowadzane były także treningi „bezpieczniejszych” iniekcji i udzielania pierwszej pomocy (ze szczególnym uwzględnieniem przedawkowań). Elementami programów były:

- edukacja i informacja nt. substancji psychoaktywnych, uzależnienia i konsekwencji zażywania, a także możliwości podjęcia leczenia. Powyższe realizowano poprzez kolportaż ulotek i broszur a także rozmowy z zainteresowanymi;
- motywowanie do zmiany postaw i zachowania;
- treningi udzielania pierwszej pomocy w przypadku przedawkowania;
- dystrybucja prezerwatyw;
- interwencje kryzysowe.

Ponadto Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym wydało specjalny podręcznik pt. „Rób to bezpieczniej – redukcja szkód związanych z przyjmowaniem narkotyków w iniekcjach”, skierowany do osób stosujących narkotyki w iniekcjach oraz dla terapeutów ulicznych. Patrz także punkt: 7. Odpowiedź na konsekwencje zdrowotne – wstęp.

● **Leki ratujące życie w przypadku przedawkowania narkotyków**

Antagoniści: bez zmian w stosunku do raportu za 2007 r.

W Polsce stosowane są:

- naloxon, w przypadku ostrych zatruc opiatami,
- naltrexon, w podtrzymaniu abstynencji lub zapobieganiu nawrotom. Lek ten posiada w Polsce rejestrację ze wskazaniem do leczenia wspomagającego w uzależnieniu od opioidów dla osób po przebytej detoksykacji. Lek jest stosowany przez lekarzy w ośrodkach zajmujących się leczeniem osób uzależnionych. Ten typ leczenia stosują liczne placówki leczenia uzależnień.

Oba leki stosowane są przez lekarzy pracujących z osobami uzależnionymi od opiatów. Naloxon jest na wyposażeniu karettek pogotowia. Leki te nie są wydawane na receptę i nie są dostępne w aptekach.

7.2. Zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków

● **Prewencja: szczepienia, testowanie i poradnictwo**

W Polsce wszyscy obywatele mają możliwość wykonania bezpłatnego testu w kierunku zakażenia HIV. Także osoby uzależnione od narkotyków i jednocześnie nieubezpieczone mają taką możliwość. Placówki testujące mają w Polsce obowiązek udzielania poradnictwa przed i po wykonaniu powyższych testów.

W 2008 r. działania prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mające na celu zwiększenie dostępności do programów zapobiegania chorobom zakaźnym wśród osób używających narkotyki, obejmowały finansowanie szczepień przeciw HBV oraz przeprowadzenie testów w kierunku zakażenia HCV i HIV. Większość Wojewódzkich Oddziałów NFZ sprawozdało, że mimo prowadzonych działań

w obszarze leczenia i zapobiegania chorobom zakaźnym, nie jest możliwe podanie liczby osób używających narkotyków zaszczepionych przeciw HBV, testowanych w kierunku HBV, HCV i HIV. (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2009).

Krajowe Centrum ds. AIDS sprawozdało, iż w 2008 r. dofinansowało 26 placówek, w których anonimowo i bezpłatnie można wykonać test w kierunku HIV. Łącznie przetestowano w nich 20 438 osób. U 246 osób wykryto zakażenie HIV. Wśród tych osób 61 przyznało się w wywiadzie do przyjmowania narkotyków w iniekcji. Prawdopodobne drogi zakażenia: 17 osób: iniekcyjne przyjmowane narkotyków (IDU); 38 osób: IDU + seks heteroseksualny; 5 osób: IDU + seks homoseksualny; 1 osoba: IDU + seks biseksualny. (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

● Programy wymiany igieł i strzykawek

Od kilku lat CINN prowadzi monitorowanie działań z zakresu redukcji szkód. W ramach prowadzonych analiz, co dwa lata programy wymiany igieł i strzykawek otrzymują ankietę dotyczącą m.in. liczby dystrybuowanych igieł i strzykawek. Wyniki zebranych informacji przedstawiono na wykresach 24, 25 i 26. Od 2002 r. spadła liczba programów wymiany igieł i strzykawek z 21 do 13 w 2008 r., a liczba miast, gdzie dostępne są programy wymiany, zmniejszyła się z 23 do 11 (wykres 24). W 2008 r. w całej Polsce było 27 punktów wymiany, co oznacza niewielki wzrost w ostatnim roku. Porównując liczbę punktów do roku wyjściowego tj. 2004, odnotowujemy spadek o połowę. Działania z zakresu redukcji szkód prowadzone są w szerokim zakresie w Warszawie i Krakowie. Oprócz wymiany stacjonarnej i ulicznej, street workerzy używają rowerów, a także aktywnie działa „Drop-in”, czyli dzienna świetlica dla narkomanów. W Krakowie, oprócz wymiany stacjonarnej i ulicznej, działa bus, który dociera również do innych miast np. do Katowic.

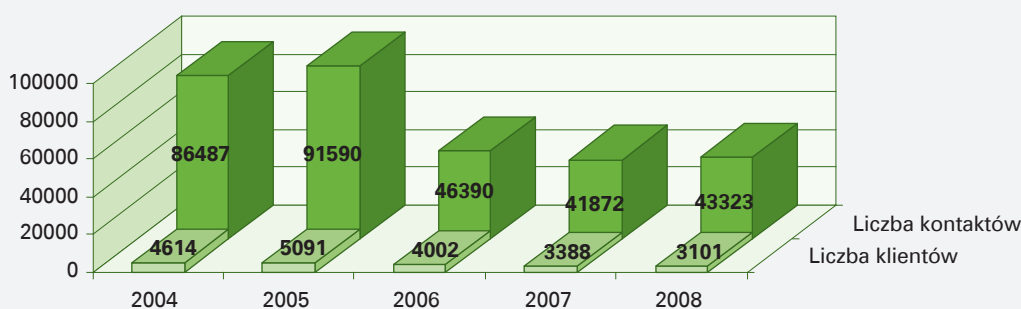
Wykres 24. Liczba programów oraz miast, w których były realizowane programy wymiany igieł i strzykawek w latach 2002–2008 oraz punktów wymiany w latach 2004–2008



Źródło: Malczewski (2009a)

Na wykresie 25 przedstawiono liczby kontaktów i klientów w latach 2004–2008. Z danych z ankiet dla programów niskoprogramowych wynika, że od 2005 r. spada systematycznie liczba klientów programów wymiany oraz liczba kontaktów. Najwięcej osób zostało objętych programami w 2005 r. – 5 091 osób. W tym roku średnio jeden użytkownik miał 17 kontaktów. W 2008 r., czyli ostatnim, z którego są dane, 3 101 osób objętych zostało programami wymiany. Pracownicy punktów wymiany ulicznej i stacjonarnej odnotowali 43 323 kontakty, co oznacza spadek blisko o połowę w porównaniu do 2004 r. Liczba klientów w tym okresie zmniejszyła się o 33%.

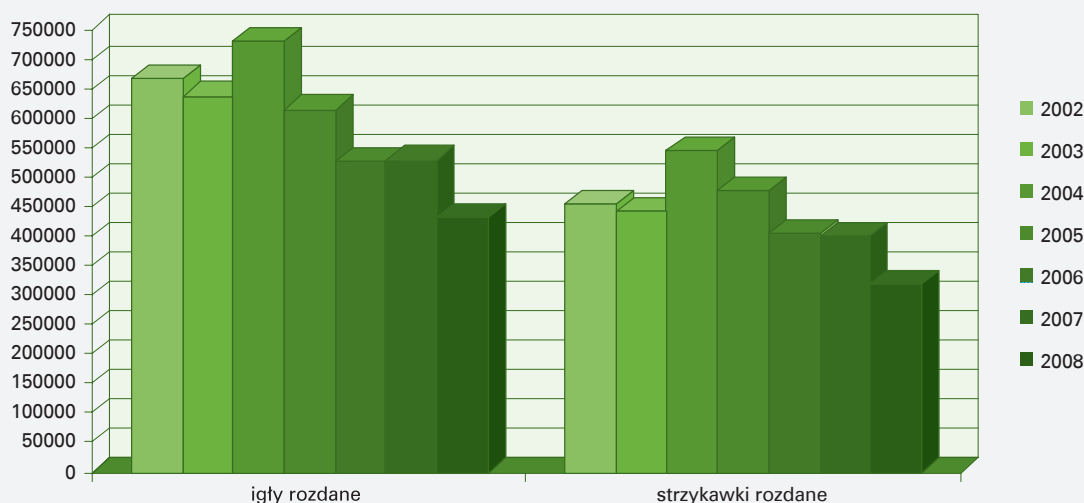
Wykres 25. Liczby klientów w programach wymiany oraz liczby kontaktów w latach 2004–2008.



Źródło: Malczewski (2009a)

Wraz ze zmniejszaniem się liczby programów i punktów wymiany, spada liczba dystrybuowanych igieł i strzykawek. Na wykresie 26 przedstawione zostały rozdane igły i strzykawki w latach 2002–2008. Najwięcej igieł (731 832) i strzykawek (545 738) przekazały programy w 2004 r. W 2008 r. odnotowujemy zmniejszenie się liczby rozdawanych igieł i strzykawek i jest to najmniejsza liczba od 2002 r.: igły 432 720, strzykawki: 318 054. Pomimo obserwowanego spadku w dystrybucji, średnia liczba igieł na jednego użytkownika w 2008 r. jest nie wiele mniejsza niż w r. 2004: tj. 159 w 2004 r. oraz 140 igieł w 2008 r. W analizowanym okresie liczba ta nigdy nie była mniejsza niż 120 igieł na jednego użytkownika.

Wykres 26. Liczba igieł i strzykawek wydanych w latach 2002–2008



Źródło: Malczewski (2009b)

Z przedstawionych danych wynika, że od 2002 r. spada liczba programów wymiany igieł i strzykawek oraz liczba punktów wymiany. Powyższa sytuacja może być spowodowana występowaniem kilku czynników:

- otwieraniem nowych placówek metadonowych, w których leczenie podejmują dotychczasowi odbiorcy programów wymiany;
- prawdopodobny spadek popularności iniekcyjnego zażywania;
- zanik otwartych scen narkotykowych, czyli tzw. bajzli, np. w Poznaniu, Szczecinie czy Gdańsku, które są miejscem działania street workerów;
- brak zainteresowania ze strony realizatorów uruchamianiem nowych programów wymiany.

Pomimo zmniejszania się liczby programów, średnia liczba igieł dystrybuowana na jednego użytkownika jest podobna w roku 2004 i 2008, co oznacza, że nie zmniejszyła się dostępność dla tych, którzy potrzebują czystych igieł. Może to być jedno z uzasadnień faktu, iż pomimo spadającej dostępności programów wymiany, nie wzrasta liczba nowych zakażeń z powodu HIV (Struzik, 2008).

● Leczenie chorób zakaźnych

W 2008 r. działania prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mające na celu zwiększenie dostępności do programów leczenia chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyki, obejmowały finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w specjalistycznych placówkach leczenia antyretrowirusowego.

W 12 placówkach realizowano kompleksowe leczenie antyretrowirusowe (ARV). Na dzień 31 grudnia 2008 r. leczeniem ARV objętych było łączne 3 822 pacjentów, w tym: 1 452 zakażonych w efekcie dożylnego przyjmowania narkotyków oraz 91 osób przyjmujących narkotyki i jednocześnie przynajmniej jedno z ryzykownych zachowań seksualnych. (Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

7.3. Działania zaradcze wobec innych zjawisk wśród użytkowników narkotyków

● Działania związane ze współwystępowaniem chorób psychicznych

W Polsce w 2008 r. działało kilkadziesiąt placówek leczenia uzależnień, które w ramach swojej działalności oferowały także leczenie psychiatryczne. Jednak liczba placówek wyspecjalizowanych w leczeniu podwójnych diagnoz jest znacznie niższa. W 2008 r. w Polsce funkcjonowały 2 oddziały w szpitalach psychiatrycznych oraz 2 ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oferujące kompleksowe leczenie, zarówno psychiatryczne, jak i uzależnień. 4 wyżej wymienione placówki/oddziały dysponowały łącznie 69 łózkami. Przeprowadzono w nich 313 hospitalizacji. (Boguszewska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, kontakt osobisty).

Do placówek ambulatoryjnych (z wyłączeniem oddziałów dziennych) trafiło w 2007 r. łącznie 2 536 pacjentów z podwójnym rozpoznaniem. W tym 699 pacjentów leczyło się w poradniach zdrowia psychicznego (w tym także dla dzieci i młodzieży), 639 w poradniach terapii od alkoholu, a najwięcej, bo 1 198 osób w poradniach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008).

W większości przypadków placówki leczenia uzależnień nie są przygotowane do leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Pacjenci tacy odsyłani są do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrej zaburzeń psychotycznych – do szpitali psychiatrycznych. Większość stacjonarnych placówek leczenia uzależnień przyjmuje tego typu pacjentów po uprzednim ustabilizowaniu stanu psychicznego w placówce psychiatrycznej. Personel placówek stara się zwykle, by pacjenci z podwójną diagnozą stanowili zdecydowaną mniejszość, tak by ich dodatkowe problemy nie destabilizowały pracy społeczności terapeutycznej.

Patrz także rozdział 5. System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność: Leczenie medyczne, punkt: Inne leczenie medyczne chorób współtowarzyszących.

● **Prewencja i działania mające na celu redukcję wypadków drogowych związanych z używaniem narkotyków**

Kwestie ograniczania zagrożeń związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem środków psychoaktywnych (legalnych i nielegalnych) regulują następujące akty prawne:

- Art. 128 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. nr 108 poz. 908 z późniejszymi zmianami). Odnosi się on do metodologii badania kierującego pojazdem w razie uczestnictwa w wypadku drogowym, w którym jest zabity lub ranny pod kątem zawartości w organizmie alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu,

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2003 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań lekarskich na ich obecność w organizmie (Dz. U. Nr 116, poz. 1104 z późniejszymi zmianami),

- Zarządzenie 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 (Dz. Urz. Nr 9 z 15 czerwca 2004 r. poz. 40).

Od 2004 r. Komenda Główna Policji (KGP) uczestniczy w VI Ramowym Programie Badań Naukowych w Unii Europejskiej, którego jednym z głównych elementów jest program badawczy „*DRUID*” – Driving under the influence of drugs, alcohol and medicine”. Program mający na celu m.in. określenie wpływu środków działających na kierujących w sposób podobny do alkoholu. Program *DRUID* realizowany jest we współpracy z Instytutem Transportu Samochodowego. Badania prowadzone są na terenie całego kraju, na drogach różnej kategorii i polegać będą na kontroli stanu trzeźwości i pobieraniu próbek śliny. Zakończenie działań planowane jest na wrzesień 2009 r. Wyniki badań uzyskanie z projektu *DRUID* ułatwią implementację Rządowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego na lata 2005–2007–2013 „*GAMBIT 2005*” (program został przyjęty przez rząd 19 kwietnia 2005 r.), a w szczególności priorytetu 2.3 „*Alkohol i inne podobnie działające środki*” (Instytut Transportu Samochodowego, 2009). Ponadto, Policja przeprowadza rutynowe badania na zawartość w organizmie środka działającego podobnie do alkoholu, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że kierujący może znajdować się pod wpływem takich substancji i po uprzednim wykluczeniu stanu „po spożyciu alkoholu”. Powyższe badania najczęściej przeprowadzane są w okolicach dyskotek, pubów oraz dróg dojazdowych do takich miejsc (Informacje uzyskane z Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Główniej Policji, 2009).

Poziom rozpowszechnienia

Policja nie prowadzi samodzielnych badań nad rozpowszechnieniem i używaniem konopi indyjskich i benzodiazepin (BZP) wśród kierowców, dlatego nie istnieją ogólnopolskie, policyjne dane staty-

styczne charakteryzujące w sposób szczegółowy (grupa wiekowa, płeć, notowania o karalności itp.) zatrzymanych kierujących znajdujących się pod wpływem środków działających podobnie do alkoholu. Zgodnie z danymi Komendy Głównej Policji w 2008 r. badania na zawartość środków działających podobnie do alkoholu w realiach kontroli drogowych, policjanci przeprowadzili wobec 43 339 kierujących, spośród których ujawniono:

- 1831 kierujących pojazdami mechanicznymi, znajdujących się pod wpływem środków działających podobnie do alkoholu,
- 308 kierujących pojazdami innymi niż mechaniczne, znajdujących się pod wpływem środków działających podobnie do alkoholu.

Powyższe Informacje uzyskane zostały z Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji w 2009 r.

Kroki mające na celu wykrywanie substancji zabronionych i egzekwowanie prawa

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 2.

Policjanci ruchu drogowego są 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). Obecnie Policja dysponuje 70 000 narkotesterów, na zakup których otrzymała dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (w ramach Sektorowego Programu operacyjnego „Transport”). Od 2002 r. prowadzone są podstawowe i specjalistyczne szkolenia dla policjantów w zakresie rozpoznawania objawów używania środków odurzających. Ponadto Komenda Główna Policji opracowała „zasady postępowania policjanta z kierującym podejrzanym o zażycie środka działającego podobnie do alkoholu”. Na podstawie tych materiałów Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie opracowała podręcznik dla policjantów, rozpowszechniony w całym kraju (Informacje uzyskane z Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, 2009).

Prewencja

W II połowie 2008 r. KBPN rozpoczęło prace nad opracowaniem ogólnokrajowej kampanii informacyjnej adresowanej nie bezpośrednio do kierowców a do pasażerów podróżujących z osobami znajdującymi pod wpływem środków działających podobnie do alkoholu. Kampania „Brałeś? nie jedź – po narkotykach rozum wysiada”. realizowana w 2009 r. jest pierwszą tego typu inicjatywą o zasięgu ogólnokrajowym.

W 2008 r. Biuro Ruchu Drogowego KGP zgłosiło chęć uczestnictwa w powyższej kampanii.

W grudniu 2008 r. przeprowadzono także projekt badawczy „Postawy i opinie na temat prowadzenia pojazdu pod wpływem narkotyków”. Głównym celem programu badawczego było dokonanie diagnozy sposobu myślenia na temat prowadzenia samochodu pod wpływem narkotyków i wzorów zachowań uruchamianych w tej sytuacji - z perspektywy kierowcy, pasażera i świadka sytuacji tego typu. Badania objęły 91 osób w wieku 16-26 lat, uczestniczących w klubowo-dyskotekowych imprezach nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wiedza uzyskana w badaniach posłużyła do lepszego opracowania strategii i kreacji kampanii „Brałeś? nie jedź – po narkotykach rozum wysiada”.

8. Korelaty społeczne i readaptacja

Dawid Chojewski

Wstęp

Ogólnie wiadome jest, że osoby używające narkotyków, w szczególności te uzależnione od opiatów, poza problemami natury zdrowotnej doświadczają także problemów natury socjalnej, takich jak np. brak środków do życia, konflikty z prawem, bezrobocie czy bezdomność. Potwierdzone jest to przez liczne statystyki i badania. Wyniki badania Instytutu Psychiatrii i Neurologii pn.: „Koszty ponoszone przez konsumentów narkotyków. Badanie w sześciu miastach europejskich”, jednoznacznie wskazują, że opiaty są najbardziej „marginalizującym” narkotykiem. Dodatkowo, osoby takie niechętnie zgłaszają się z prośbą o pomoc do placówek świadczących usługi socjalne. Posiadają ponadto niewielką wiedzę na temat możliwości i miejsc uzyskania pomocy socjalnej oraz obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie. Powyższa sytuacja przyczynia się w jeszcze większym stopniu do pogłębiania szeroko rozumianego wykluczenia społecznego tych osób.

8.1. Wykluczenie społeczne a używanie narkotyków

- **Wykluczenie społeczne wśród użytkowników narkotyków**

W 2008 r. na terenie całego kraju ośrodki pomocy społecznej udzieliły pomocy z powodu narkomanii 3 287 rodzinom (rok wcześniej: 3 671 rodzinom); w tym 499 żyjącym na wsi. Pomocy udzielono łącznie 6 106 osobom, w tym współuzależnionym (rok wcześniej takiej pomocy udzielono: 7 410 osobom) (Ministerstwo Pracy - Departament Pomocy i Integracji Społecznej, 2009).

- **Używanie narkotyków w grupach wykluczonych społecznie**

Do wykluczenia społecznego (np. utrata pracy, utrata mieszkania) z jednej strony może przyczyniać się nadużywanie substancji psychoaktywnych, z drugiej strony samo wykluczenie społeczne sprzyja sięganiu po substancje psychoaktywne, w tym także alkohol. W Polsce nie istnieje ujednolicony system zbierania danych na temat używania narkotyków przez osoby bezdomne, bezrobotne czy też przez mniejszości narodowe. Wiadomo natomiast, że substancje psychoaktywne często używane są przez osoby świadczące usługi seksualne. By ograniczyć to zjawisko powstają w Polsce programy nakierowane na pomoc i ograniczenie szkód zdrowotnych właśnie wśród osób prostytuujących się.

W 2008 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dofinansowało program redukcji szkód zdrowotnych wśród osób używających narkotyków i jednocześnie świadczących usługi seksualne. Program zrealizowało Krakowskie Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej „Parasol”. Pomocy udzielono łącznie ok. 539 osobom sprzedającym seks (w tym 32 to osobom poniżej 19 roku życia). Miejskami realizacji programu były przede wszystkim: ulica, kluby nocne oraz agencje towarzyskie – te ostatnie dzięki dobrej współpracy realizatora z właścicielami klubów i agencji. W ramach programu dystrybuowano materiały edukacyjne i informacyjne nt. rozprzestrzeniania się chorób

zakaźnych, edukowano w zakresie bezpieczniejszych form aktywności seksualnej, rozdawano prezerwatywy (2 574 sztuki), lubrykanty (465 sztuk) i inne środki higieny intymnej, a także przeprowadzano działania interwencyjne i kierowano do odpowiednich placówek (np. do pomocy społecznej, gdzie często udzielano pomocy materialnej oraz do biura pracy i placówek leczniczych). Realizatorzy programu ściśle współpracowali m.in. z lekarzem – ginekologiem. (Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej „Parasol”, 2009)

Wiadomo także (z rozmów z organizacjami pozarządowymi realizującymi programy redukcji szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej), że wśród adresatów programów wymiany igieł i strzykawek pojawiają się emigranci z państw Europy Wschodniej (głównie Ukraińcy). Trudno jednak byłoby stwierdzić, że jest to wyróżniająca się jakoś szczególnie grupa odbiorców, choć niejednokrotnie należą oni do grup wykluczonych społecznie.

● Bezdomność

Nie dysponujemy danymi na temat liczby osób używających narkotyków wśród osób bezdomnych. Wiadomo natomiast, że sporo osób uzależnionych, w szczególności od opiatów jest bezdomnych. Wniosek takie można wyciągnąć na podstawie analizy klientów noclegowni dla osób bezdomnych czynnie używających narkotyków. Znaczna większość tych osób to osoby uzależnione właśnie m.in. od opiatów (głównie polski „kompot”).

Większość z działających w Polsce noclegowni nie przyjmuje osób bezdomnych, które używają narkotyków. Nieliczne noclegownie na terenie większych miast odstępują od tej zasady i umożliwiają pobyt na terenie swojej placówki osobom używającym narkotyków. Więcej na ten temat w części 7: „Odpowiedź na konsekwencje zdrowotne”. Ponadto osoby bezdomne będące w terapii substytucyjnej mają możliwość zamieszkania w krakowskim hostelu dla pacjentów substytucyjnych oraz w warszawskiej noclegowni dla tego typu osób.

8.2. Readaptacja społeczna

Programy postrehabilitacyjne dla osób po ukończonej terapii uzależnienia prowadzone są w hostelach, mieszkaniach readaptacyjnych a także w placówkach ambulatoryjnych. Celem tych programów jest ponowne włączenie uzależnionego do społeczeństwa poprzez wypełnienie luk społecznych, jakie powstały w wyniku uzależnienia na polu edukacji, pracy zarobkowej, a także kontaktów z rodziną i bliskimi. Dlatego, poza działaniami terapeutycznymi mającymi na celu „zabezpieczenie” chorego przed nawrotem uzależnienia, w ramach powyższych programów prowadzone są kursy zawodowe, kursy doskonalenia umiejętności, a także pomoc w ukończeniu nauki szkolnej. Często w ramach realizowanych programów zatrudniani są także pracownicy socjalni, których zadaniem jest wspieranie osób uzależnionych w załatwianiu formalności urzędowych (zasiłek dla bezrobotnych, renta, mel-dunek, sprawy sądowe, pomoc w znalezieniu pracy, ukończeniu odpowiednich kursów itd.)

Programy postrehabilitacyjne obejmują przede wszystkim:

- wsparcie psychologiczne dot. rozwiązywania codziennych problemów
- grupowe zajęcia informacyjno - edukacyjne
- grupy rozwoju osobistego (treningi, szkolenia, warsztaty) mające na celu podniesienie samooceny, polepszenie funkcjonowania w rolach społecznych

- grupy zapobiegania nawrotom
- interwencje kryzysowe
- grupowe i indywidualne zajęcia psycho-edukacyjne dla rodzin mające na celu zmianę zachowań i przyzwyczajzeń związanych z życiem (kontaktami) z osobą uzależnioną.

Zajęcia te decydują o sukcesie terapeutycznym w postaci utrzymania abstynencji i pełnej readaptacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków.

W 2008 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło łącznie 40 programów wspierających abstynencję dla osób po ukończonym leczeniu, które były realizowane przez 22 podmioty w: 10 poradniach, 18 mieszkaniach readaptacyjnych, 23 hostelach, 2 ośrodkach dziennych i w jednym klubie abstynenta. Z dofinansowanych przez Krajowe Biuro programów wsparcia dla osób utrzymujących abstynencję i ich rodzin skorzystało łącznie 2 580 osób. Wśród odbiorców programów 709 uczyło się, a 1 151 pracowało. 574 odbiorców stanowiły osoby z problemami społecznymi, 367 – z problemami prawnymi a 409 z problemami zdrowotnymi. Wśród odbiorców powyższych programów znalazły się także dzieci przed 15 rokiem życia (w liczbie 65) (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

Władze samorządowe i placówki opieki społecznej są zobligowane ustawą o zatrudnieniu socjalnym i ustawą o pomocy społecznej, do realizowania w ramach strategii integracji i polityki społecznej programów ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.

W 2008 r. 50 gmin (2,32% ogółu gmin w Polsce) wspierało finansowo realizację programów ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych od narkotyków. Gminy dofinansowały 275 programów reintegracji społecznej dla osób uzależnionych od narkotyków, w tym 220 ambulatoryjnych programów reintegracji społecznej. Ponadto urzędy gmin w roku sprawozdawczym dofinansowały łącznie: 40 organizacji pozarządowych działających na rzecz reintegracji społecznej osób uzależnionych od narkotyków. Łącznie programami reintegracji społecznej objęto 1 475 osób. (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

Na podstawie nadesłanych danych zaobserwować można, iż liczba programów reintegracji społecznej, ich odbiorców oraz organizacji pozarządowych działających na tym polu uległa zmniejszeniu w stosunku do roku poprzedniego. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez samorządy gmin na ten cel była jednak wyższa niż w roku poprzednim o ponad 24%. Oznacza to, że średnia kwota dofinansowania jednego programu była w roku 2008 wyższa niż w roku 2007.

Ponadto organizacje prowadzące tego typu działania mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków unijnych (Europejski Fundusz Społeczny).

● Hostele i mieszkania readaptacyjne

W 2008 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dofinansowało programy reintegracji społecznej, skierowane do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych po ukończonym procesie terapii. Zlecono programy realizowane w 18 mieszkaniach readaptacyjnych oraz w 23 hostelach na terenie całego kraju (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009)

W roku sprawozdawczym, także 7 samorządów wojewódzkich dofinansowało programy postrehabilitacji. Jednakże ze źródeł samorządowych dofinansowany był tylko 1 hostel i 2 mieszkania readaptacyjne. Niepokojący może być także fakt, iż łączne nakłady poniesione na całą reintegrację społeczną (w tym także programy realizowane w formie ambulatoryjnej) przez samorządy w 2008 r. w porównaniu z rokiem ubiegłym, uległy obniżeniu (o ponad 45 000 PLN) (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009)

W 2008 r. również samorządy gmin dofinansowały 12 hosteli i 19 mieszkań adaptacyjnych, w których przebywały osoby uzależnione po ukończonym procesie terapii.

● Edukacja, szkolenia

W celu zwiększenia możliwości „zaistnienia” na rynku pracy, osoby po ukończonym procesie terapii często uczestniczą w kursach zawodowych. Bardzo ważne jest także uzupełnianie lub podejmowanie edukacji, gdyż większość uzależnionych osób wykazuje poważne zaniedbania w tych dziedzinach życia.

Kursy zawodowe oraz różne formy doksztalcania się finansowane są z różnych źródeł, m.in. z samorządów wojewódzkich i gminnych. W roku sprawozdawczym tylko 10 osób uzależnionych po przebytym procesie terapii miało możliwość doksztalcania się ze środków samorządów wojewódzkich (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009). Niewielkie zaangażowanie samorządów wojewódzkich w dofinansowanie kursów może wynikać z faktu, iż organizacje pozarządowe z roku na rok znacznie efektywniej potrafią pozyskiwać środki finansowe z funduszy unijnych.

O wiele więcej osób miało możliwość korzystania z kursów zawodowych w przypadku dofinansowania przez samorządy gminne. W 2008 r. z możliwości doksztalcania się skorzystało 739 osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – o 467 osób więcej niż w roku poprzednim. Z alternatywnych do wolnego rynku pracy form zatrudnienia w 2008 r. skorzystało 51 osób (w 2007 r.: 34) (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009).

● Zatrudnienie

W Polsce nie istnieje ujednolicony system zbierania danych na temat bezrobocia wśród osób uzależnionych od narkotyków.

9. Przestępczość narkotykowa, profilaktyka i więziennictwo

Artur Malczewski, Dawid Chojecki

Wstęp

Za zwalczanie przestępczości narkotykowej w Policji odpowiedzialne są następujące jednostki Policji:

- Centralne Biuro Śledcze (CBS) Komendy Głównej Policji (KGP) zajmuje się przede wszystkim zwalczaniem zorganizowanych grup przestępczych, które produkują narkotyki na dużą skalę i je przemycają w znacznych ilościach, w aspekcie międzynarodowym. CBS pełni w policji wiodącą rolę w zakresie szkoleniowym i strategiczno-koncepcyjnym.

- Ogniwa Służby Kryminalnej terenowych jednostek Policji odpowiedzialne za prowadzenie w całym pozostałym zakresie rozpoznania, pracy operacyjnej i realizację czynności procesowych na podległym terenie. Powyższe jednostki podejmują działania przede wszystkim w zakresie zwalczania lokalnych ośrodków produkcji narkotyków, ich dystrybucji i posiadania. W ramach Pionu Kryminalnego działają struktury antynarkotykowe. W 2008 r. na poziomie Komend Miejskich i Komend Rejonowych Policji powstały wyodrębnione struktury etatowe w postaci sekcji, referatów i zespołów, natomiast w Komendach Powiatowych Policji powołano zespoły i samodzielne stanowiska. W prawie wszystkich jednostkach Policji znajduje się etatowa struktura antynarkotykowa. W sumie zwiększono zatrudnienie etatowe policjantów w walce z przestępczością narkotykową, głównie na poziomie lokalnym, do ok. 1000 funkcjonariuszy. W Biurze Kryminalnym KGP w ramach Wydziału Kryminalnego powołano 3 etatowy Zespół do Walki z Przestępczością Narkotykową, którego zadaniem jest koordynacja działań krajowych podejmowanych przez funkcjonariuszy służby kryminalnej

- Ogniwa Służby Prewencyjnej jednostek terenowych są odpowiedzialne za realizację podstawowych zadań rozpoznawczych i represyjnych w toku rutynowych czynności prewencyjnych. Zajmują się również przedsięwzięciami profilaktycznymi w ramach podejmowanych przez siebie programów i kontaktów ze społeczeństwem.

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

W związku z rozwijaniem systemu zwalczania handlu detalicznego w jednostkach Policji powstały – w ramach pionu kryminalnego – struktury antynarkotykowe. Na szczeblach Komend Wojewódzkich Policji powołano Sekcje oraz Zespoły do Walki z Przestępczością.

Przy analizie danych dotyczących przestępczości narkotykowej, należy wziąć pod uwagę, że liczby znajdujące się w oficjalnych statystykach nie pokazują pełnego obrazu nielegalnego rynku narkotyków. Wiele przestępstw nie jest ujawnionych i znacznie większa jest „ciemna liczba” przypadków łamania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Drugą istotną kwestią, o której warto pamiętać przy analizie danych, jest wpływ aktywności Policji na liczbę ujawnień. Liczby poszczególnych przestępstw stanowią zarówno obraz świata przestępczego, jak również skalę aktywności instytucji odpowiedzialnych za walkę z podażą narkotyków. W przypadku intensyfikacji działań organów ścigania, wzrastają liczby ujawnień, co nie zawsze musi oznaczać np. wzrost produkcji narkotyków czy zwiększoną aktywność sprzedawców lub producentów narkotyków.

W Polsce przestępstwa związane z narkotykami dzieli się na dwie zasadnicze grupy (Malczewski, Struzik, 2009a):

- pospolite przestępstwa kryminalne przewidziane w kodeksie karnym i innych ustawach karnych (np. rozboje, kradzieże, w tym także z włamaniem, fałszerstwa),

- przestępstwa określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, polegające np. na nielegalnej produkcji, przemyśle, wprowadzaniu do obrotu i posiadaniu środków odurzających i psychotropowych, a także prowadzeniu niedozwolonych upraw roślin, służących do produkcji narkotyków. W poniższym rozdziale zostanie omówiona druga grupa przestępstw.

9.1. Przestępczość narkotykowa

● Przestępstwa stwierdzone

Policyjne dane dotyczące przestępstw narkotykowych pochodzą przede wszystkim z bazy TEMIDA, która rejestruje przypadki łamania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Podstawowymi jednostkami statystycznymi, jakimi posługuje się Policja są podejrzani, postępowania wszczęte i zakończone oraz przestępstwa stwierdzone. Raportowane są one do policyjnej bazy na odpowiednich drukach statystycznych. Dane pozwalają na analizy trendów oraz zróżnicowania terytorialnego. Od 2001 r. Centrum Informacji otrzymuje dane z TEMIDy również w podziale terytorialnym według komend miejskich i powiatowych. Dane zawarte w tabeli 21 przedstawiają przestępstwa stwierdzone przeciwko Ustawie o zapobieganiu narkomanii z 1985 r., przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r. i ostatniej Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. Po raz pierwszy od 1999 r., w 2007 r. odnotowaliśmy spadek liczby przestępstw narkotykowych i to o aż 10%, tendencja utrzymała się w 2008 r. (dalszy spadek o 9%). Dynamiczny trend wzrostowy liczby przestępstw, który rozpoczął się w 1999 r., uległ wyhamowaniu już w 2006 r., kiedy to liczba przestępstw wzrosła o mniej niż 3 000 w porównaniu do 2005 r. W 2008 r. zarejestrowany został spadek do 57 382 przestępstw, czyli poniżej wartości z 2004 r., kiedy Policja odnotowała 59 356 czynów karalnych. Analizując liczbę wszystkich przestępstw stwierdzonych, których liczba w 2008 r. wyniosła 1 082 057, należy zauważyć inny trend niż w przypadku przestępstw narkotykowych. Liczba wszystkich przestępstw spada od 2003 r., kiedy odnotowaliśmy rekordową liczbę przestępstw stwierdzonych, czyli 1 466 643. Trend przestępstw narkotykowych w tym samym czasie ma tendencję wzrostową do 2006 r., gdzie zarejestrowano największą liczbę przestępstw tj. 70 202 i od tego roku odnotowujemy spadek. W strukturze wszystkich przestępstw w Polsce czyny karalne z Ustawy z 2005 r. od trzech lat utrzymują się na stałym poziomie 5,5%.

Warto zwrócić uwagę na strukturę przestępstw narkotykowych oraz dynamikę liczby przestępstw stwierdzonych z poszczególnych artykułów. Analizując przestępstwa według artykułów Ustawy znajdziemy odpowiedź na pytanie, jakie przestępstwa dominują wśród tych popełnianych przeciwko Ustawie narkotykowej, jak również – jakie są tendencje w ciągu ostatnich lat. Czy wraz ze zmianą prawa odnotujemy zmiany w strukturze przestępczości narkotykowej.

Według ostatnich danych rejestrujemy w 2008 r. wzrost liczby przestępstw: nielegalnej uprawy maki i konopii (art. 63 ust 1); nielegalnego przywozu, wywozu i tranzytu, czyli przemytu narkotyków (art. 55 Ustawy z 2005); produkcji, obrotu i przemytu prekursorów (art 61 Ustawy 2005). W przypadku przestępstw nielegalnego wprowadzania do obrotu środków odurzających (art. 56 Ustawy z 2005); udzielania i nakłaniania do zażywania (art. 58 i 59 Ustawy z 2005) nastąpił spadek. Największe liczby przestępstw z Ustawy zarejestrowano z powodu posiadania środków odurzających (art. 62. Ustawy z 2005) oraz udzielania i nakłaniania do ich zażycia (art. 58 i 59). W przypadku tego drugiego przestępstwa w 1996 r., czyli już na rok przed uchwaleniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, notujemy największą liczbę czynów karalnych – 3 058 (45,1% wszystkich przestępstw przeciwko ustawie). Przypomnijmy, że Ustawa z 1997 r. miała być skutecznym narzędziem do walki z nielegalnym rynkiem, tymczasem poprawa efektywności ścigania pojawiła się już jednak wcześniej. Przyczyną

takiego wzrostu mogło być powołanie w 1996 r. w Komendzie Głównej Policji i w niektórych komen-
dach wydziałów zajmujących się przestępczością narkotykową (Krajewski 2005). Na skutek zmian
w organizacji Policji, odpowiednie jednostki zaczęły wykazywać się większą aktywnością, co przełożyło
się na wzrost liczby zarejestrowanych przypadków. Warto podkreślić, że nielegalne udzielanie środka
odurzającego było dominującym przestępstwem w strukturze ujawnionej przestępczości narko-
tykowej w latach 1996–2005. W 1997 r. liczba tych czynów wynosiła 3 507 (44,3% wszystkich prze-
stępstw), a w 2005 r. wzrosła do 31 332 (45,8%), czyli prawie 9 – krotnie.

Od tego roku odnotowujemy spadek przestępstw dotyczących udzielania i nakłaniania do zażycia
– w 2008 r. zarejestrowano 22 507 (39,2%).

Przyjrzyjmy się przestępstwom z art. 62 (Ustawa z 2005) i 48 (Ustawa z 1997) dotyczących posia-
dania narkotyków. Od momentu wejścia w życie Ustawy z 1997 r. kiedy wprowadzono karanie za
posiadanie w ustawie narkotykowej, odnotowujemy coroczny wzrost przestępstw z tego artykułu,
który jest bardzo znaczny od 2000 r., kiedy usunięto z ust 4 art. 48 dotyczący odstępstwa od karania
w przypadku posiadania nieznacznych ilości na własny użytek. Czyny kwalifikowane z art. 48 w 1998 r.
stanowiły 8,4 % (1 380 przypadków) wszystkich zdarzeń z Ustawy, a w 2007 r. – 42,6% (31 260 przypad-
ków). Jednakże w 2007 r. po raz pierwszy spadła liczba przestępstw z tego art. do liczby 31 260 (tabe-
la 21). Podobnie w 2008 r. odnotowany został spadek (30 548). Liczba przestępstw z art. 62 zmniejszyła
się poniżej wartości z 2005 r.

Trzy artykuły Ustawy: 58, 59 (udzielanie, ułatwianie lub nakłanianie do użycia) i 62 stanowią 92%
wszystkich przestępstw w 2008 r.

Czynem karalnym, którego niewielkie liczby rejestrowane są przez Policję jest nielegalna uprawa
maku i konopi (art. 63 ust. 1 Ustawy z 2005). Do wejścia w życie Ustawy z 1997 r. ujawnione przy-
padki nielegalnych upraw stanowiły jedno z najczęściej występujących przestępstw. W 1994 r. 79%
czynów karalnych przeciw Ustawie dotyczyło nielegalnej uprawy maku i konopi. Od tego roku obser-
wujemy trend spadkowy, z chwilowym załamaniem tendencji w 2000 r., liczby tych przestępstw,
trwający do 2002 r. Stanowią one w strukturze wszystkich przestępstw nieznaczny odsetek czynów
karalnych. Nawet wzrost ich liczby w latach 2002–2004, nie zmienił struktury ujawnionej przestępczości
narkotykowej. W latach 2003 i 2004 przestępstwa dotyczące upraw stanowiły 1,5% wszystkich zdarzeń
karalnych. Od 2004 r. ich liczba ponownie zaczęła spadać. W 2006 r. przestępstwa dotyczące nielegal-
nej uprawy maku i konopi stanowiły 1,0% wszystkich przestępstw narkotykowych, czyli dokładnie
tyle samo ile w 2008 r. W ostatnim roku zarejestrowany został wzrost o 11%. Na zmniejszenie liczby
przestępstw dotyczących uprawy maku i konopi miało wpływ wprowadzenie w 2000 r. nowych odmian
maku niskomorficznego zmienionego morfologicznie, charakteryzującego się innym kolorem i kształ-
tem płatków. Nowe rozwiązanie wpłynęło znacząco na ograniczenie upraw dotychczasowego maku,
który był używany do produkcji „kompotu”.

W 2000 r. w wyniku nowelizacji Ustawy z 1997 wprowadzono przepis dla właścicieli klubów
i lokali, którzy nie powiadomili o przestępstwie posiadania lub sprzedaży narkotyków na terenie swo-
jego lokalu lub klubu (art. 46 a Ustawa 1997 oraz art 60 Ustawa 2005). Największą liczbę przestępstw
stwierdzono z powyższego art. w 2005 r. – 163. Od tego roku liczba czynów karalnych spadała, aby
osiągnąć kilkanaście przypadków w roku (w 2008 r. dokładnie 11).

W wyniku nowej Ustawy z 2005 r. wprowadzony został zapis o karaniu promocji i reklamy narko-
tyków. W pierwszym roku obowiązywania nowego przepisu stwierdzono 3 przestępstwa. W 2007 r.
osiągnięta została najwyższa liczba czynów karalnych z tego art. 12, która spadła w 2008 r. do 9.

Podsumowując, należy podkreślić spadek w ostatnim roku liczby przestępstw dotyczących
nakłaniania i ułatwiania, udzielania użycia, posiadania narkotyków (artykuły 58, 59, 62), stanowiących
zdecydowaną liczbę przestępstw z Ustawy oraz wzrost liczby przestępstw dotyczących przemytu narko-
tyków (art. 55) i produkcji, przemytu, obrotu prekursorami (art. 61). Spadek liczby przestępstw narko-
tykowych, który rozpoczął się w 2007 r. utrzymał się również w roku 2008 (Malczewski 2009c, s. 29).

Tabela 18. Przestępstwa stwierdzone przeciw postanowieniom Ustaw o zapobieganiu narkomanii 1985, przeciwdziałaniu narkomanii 1997 i 2005 w latach 1994–2008

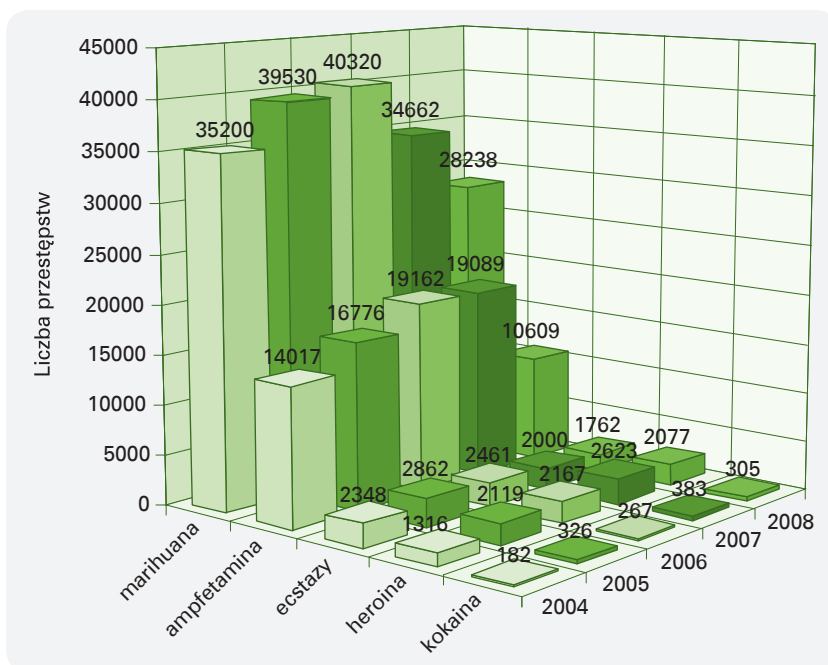
Kwalifikacja Prawna	Lata														
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Nielegalna uprawa (art. 26; art. 49 ust. 1; art. 63 ust.1)	3040	2780	2634	2518	1195	615	814	663	653	687	886	875	726	562	625
Nielegalny wyrób (art. 27; art. 40 ust. 1 i 2; art. 53)	387	392	459	701	574	361	400	408	319	297	350	456	270	198	183
Wyrób, przechowywanie przyrzędów (art. 28; art. 41; art. 54)	85	97	135	116	190	143	152	292	230	230	220	144	127	137	118
Nielegalny przywóz, wywóz lub tranzyt (art. 29; art. 42; art. 55)	20	69	97	148	252	406	383	295	336	354	795	643	486	537	697
Nielegalne wprowadzanie do obrotu (art. 30; art. 43; art. 56)	107	215	397	847	1957	1714	1417	1809	1931	2064	2323	2814	2627	3268	2431
Nielegalne udzielanie lub nakłanianie do zażywania (art. 31; art. 45 i art. 46; art. 58 i art. 59)	361	731	3058	3507	10762	10305	13278	18873	20482	25036	28351	31332	30940	26845	22507
Produkcja, przemysł, obrót prekursorami (art. 47; art. 61)				11	88	61	66	115	104	159	178	151	107	121	189 1
Posiadanie środków odurzających (art. 48; art. 62)				32	1380	1896	2815	6651	11960	18681	26163	30899	34778	31260	30548
Nielegalny zbiór mlecza makowego, opium, słomy makowej, żywicy lub ziela konopi (art. 49 par. 2; art. 63 ust. 2)				26	112	113	83	78	73	69	42	49	34	31	39
Zabór w celu przywłaszczenia mlecza makowego, słomy, żywicy lub ziela konopi (art. 50; art. 64)				9	22	14	241	24	14	17	15	31	41	17	25
Niepowiadomienie o popełnieniu przestępstwa (art. 46 a; art. 60)								22	76	11	33	163	55	19	11
Promocja i reklama (art. 68)												3	11	12	9
Razem	4000	4284	6780	7915	16532	15628	19649	29230	36178	47605	59356	67560	70202	63007	57382

Źródło: http://www.policja.pl/portal/pol/4/322/Przestepczosc_narkotykowa.html (21.08.09), Malczewski (2009c), s. 27

Od 2004 r. Policja zbiera dane dotyczące przestępstw stwierdzonych według środków odurzających i substancji psychoaktywnych. Na wykresie 27 przedstawione zostały wybrane przestępstwa z Ustawy dotyczące posiadania (art. 62), udzielania, nakłaniania do użycia (art. 58 i 59) oraz handlu i przemytu (art. 55, 56, 57). W 2008 r. rejestrujemy zmniejszenie się liczby przestępstw z powodu wszystkich substancji. Największy o 55% w przypadku amfetaminy. Spadek przestępstw z powodu marihuany, amfetaminy i ecstasy został odnotowany już w 2007 r.

Porównując udział poszczególnych substancji najczęściej przestępstw Policja odnotowała z powodu konopii indyjskich. Ich liczba – 28 238 w 2008 r., spadła poniżej wielkości z 2004 r. Na drugim miejscu odnotowujemy zdarzenia związane z amfetaminą, których liczba również spadła w 2008 r. do 10 609 z 19 089. Heroina i kokaina są substancjami, w przypadku których odnotowaliśmy wzrost w 2007 r. w stosunku do 2006 r. W 2008 r. nastąpił spadek podobnie, jak w przypadku innych substancji. Jednakże nie są to spadki tak duże, jak w z powodu innych narkotyków. W 2008 r. stwierdzono 2 077 przestępstw dotyczących heroiny oraz 305 kokainy.

Wykres 27. Liczby przestępstw przeciwko Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. (posiadanie, handel, przemyt, udzielania, nakłanianie i ułatwianie – art. 55 -59 oraz 62 Ustawy z 2005 r.) według substancji – dane Policji



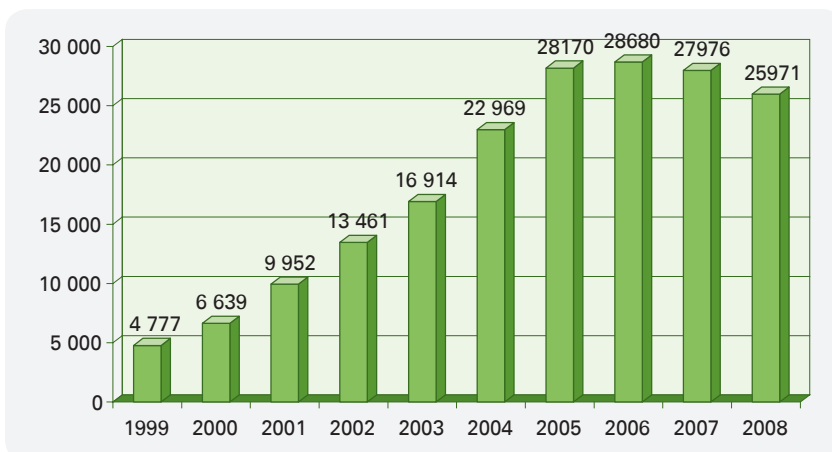
Źródło: Malczewski (2009c), s.28

● Podejrzani

W latach 1999–2006 corocznie wzrastała liczba osób podejrzanych z Ustaw o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. W 2007 r. po raz pierwszy spadła zarówno liczba przestępstw stwierdzonych, jak i osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Trend spadkowy utrzymał się także w 2008 r., kiedy to wśród wszystkich osób podejrzanych dominują osoby, co do których istniało podejrzenie popełnienia przestępstwa z art. 62 Ustawy z 2005, dotyczącego posiadania środków odurzających. Dane z lat 1999–2007 pokazują na systematyczny wzrost w ogólnej liczbie osób podejrzanych i tych z art. 62 Ustawy: w 1999 r. – 1 146 podejrzanych (24% wszystkich podejrzanych z Ustawy); w 2001 r. – 4 358

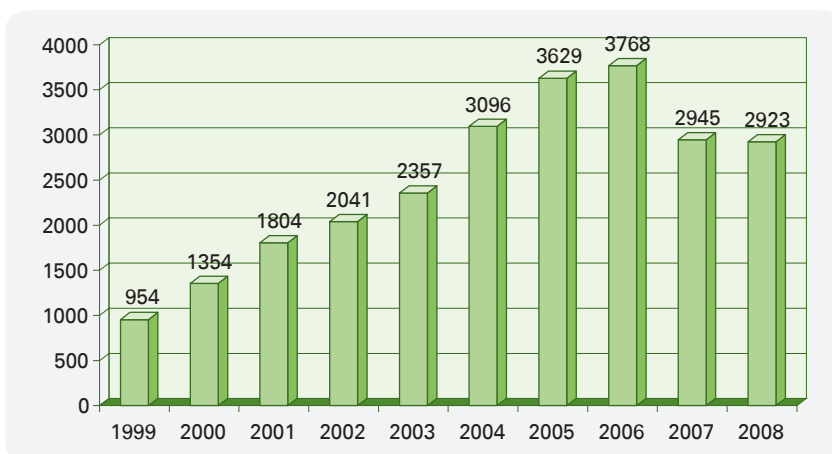
podejrzanych (44%); w 2003 r. – 10 529 (62%); w 2005 r. – 19 215 podejrzanych (67%) w 2006 r. – 20 000 (70%), a w 2008 r. – 18 546 (71%). Analizując dynamikę zmiany liczby osób podejrzanych z powodu posiadania narkotyków od 1999 r., odnotowujemy duży wzrost (2,5-krotny), który nastąpił w 2001 r. w stosunku do 2000 r. Powyższy rok był pierwszym pełnym rokiem obowiązywania nowelizacji Ustawy z 1997 r., która weszła w życie w 2000 r. Istotną zmianą wprowadzoną tym aktem prawnym było usunięcie ustępu 4 z art. 48, mówiącego o odstępstwie od karania, jeżeli osoba posiadała nieznaczną ilość narkotyku na własny użytek. Od roku 2000 Policja mogła również dokonywać „zakupu kontrolowanego”, co miało wpływ na zwiększenie wykrywalności przestępstw. Porównując dane z ostatnich dwóch lat dotyczące osób podejrzanych z art. 62 odnotowujemy 20 092 osób w 2007 r. oraz 18 546 osób w 2008 r., co oznacza spadek o 8%. W strukturze osób podejrzanych stanowią te osoby prawie taki sam odsetek w 2007 r. – 70%, i w 2008 r. – 71%. Podejrzani z art. 62 w zdecydowanej większości (17 089 osób) mieli postawiony zarzut z ustępu 1 i 3, co oznacza, że posiadali nieznaczną ilość narkotyków lub był to czyn mniejszej wagi.

Wykres 28. Liczby osób podejrzanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. w latach 1999 – 2008



Źródło: Dane Komendy Głównej Policji, Malczewski (2009c), s. 29

Wykres 29. Liczby podejrzanych nieletnich z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. w latach 1999–2008



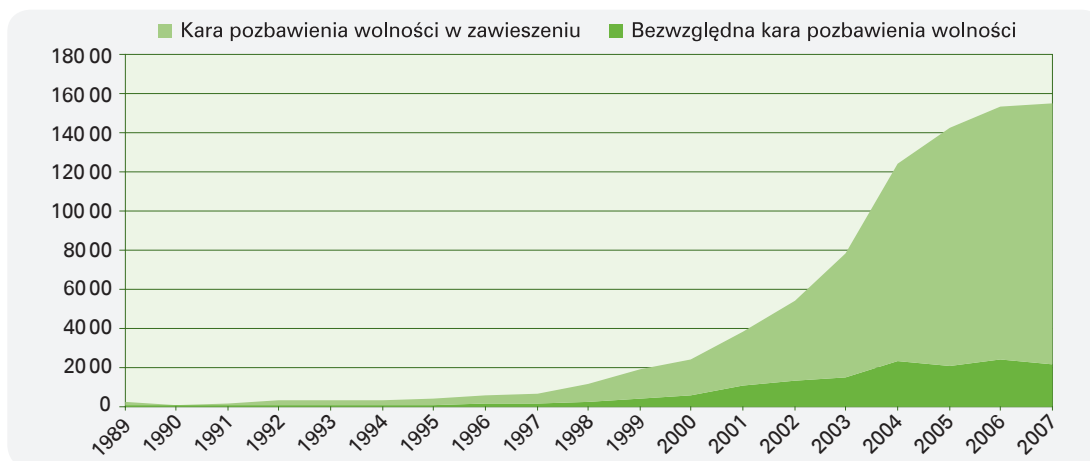
Źródło: Dane Komendy Głównej Policji, Malczewski (2009c), s. 30

Na wykresie 29 przedstawione zostały liczby osób nieletnich, które były podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W 1999–954 osób w wieku 13-17 popełniło czyn karalny z Ustawy. W latach 1999–2006 odnotowujemy trend wzrostowy podobnie jak w przypadku wszystkich podejrzanych (wykres 28). W 2007 r. liczba nieletnich podejrzanych spadła do 29 45. Był to o wiele większy spadek niż w przypadku wszystkich podejrzanych, bo aż o 22%. W roku następnym tj. 2008 r. liczba nieletnich podejrzanych utrzymała się na podobnym poziomie. Najwięcej osób podejrzanych w 2008 r. zarejestrowano w województwie wielkopolskim (459), mazowieckim (405) oraz śląskim (391). W pozostałych województwach liczba osób nie przekroczyła 300. Wskaźnik dynamiki osób podejrzanych w latach 1999–2008 jest niższy wśród osób nieletnich (wzrost o 306%) niż w przypadku wszystkich osób (544%).

● Skazania przez Sądy

Sprawy karne za naruszenie przepisów Ustawy są rozpatrywane przez Sądy Rejonowe, właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Zestawienie danych o prawomocnych wyrokach skazujących oraz skazanych na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu lub bez zawieszenia w latach 1990–2007, zawarte są w tabeli 19. Przedstawione dane pochodzą ze statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości. Trudno jest je analizować w zestawieniu z danymi policyjnymi, ponieważ jeszcze w 2006 r. skazywano osoby z Ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 r. Oznacza to, że osoby podejrzane z Ustawy, które zostały odnotowane przez Policję na początku 1997 r. (czyli do czasu wejścia w życie nowej Ustawy z kwietnia 1997 r.), mogły zostać osądzone prawomocnie nawet po 9 latach. Według danych Ministerstwa Sprawiedliwości w 2006 r. skazano z Ustawy z 1985 r. 7 osób. W 2007 r. nie odnotowano już żadnego przypadku. Analizując ostatnie dostępne dane należy odnotować, że w 2006 r. skazano 20 381 osób a w 2007 r. – 20 801. Jednakże w strukturze wszystkich skazanych odsetek z Ustawy nieznacznie wzrósł do 4,9% co jest kontynuacją trendu wzrostowego obserwowanego w ciągu ostatnich 10 lat. W tabeli 22 zestawiono również dane o liczbie osób skazanych na karę pozbawienia wolności. O ile w przypadku wszystkich skazanych z Ustawy w trendzie wzrostowym są pewne wahania i liczba skazanych niekiedy spada, to w przypadku skazanych na karę pozbawienia wolności od 1990 r. mamy stały trend wzrostowy do 2006 r. W 2007 r. wzrost nie jest już tak duży jak w latach poprzednich.

Wykres 30. Skazani prawomocnie na karę pozbawienia wolności z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 i Ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 w latach 1990–2007 w podziale na karę w zawieszeniu i bez zawieszenia



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości

Tabela 19. Skazani prawomocnie na karę pozbawienia wolności ogółem i z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 oraz Ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 w latach 1990–2007 w podziale na karę w zawieszeniu i bez zawieszenia

Lata	Skazani prawomocnie przez sądy w tym z Ustawy			Skazani na karę pozbawienia wolności		
	Skazani ogółem	Skazani z ustawy	Odsetek skazanych z ustawy	Ogółem	bez zawieszenia	z zawieszeniem
1990	106 464	231	0,22	92	30	62
1991	152 333	421	0,28	143	32	111
1992	160 703	993	0,62	282	72	210
1993	171 622	2235	1,30	347	97	250
1994	185 065	1862	1,01	346	97	249
1995	195 455	1864	0,95	368	100	268
1996	227 731	1739	0,76	520	141	379
1997	210 600	1457	0,69	629	165	464
1998	219 064	1662	0,76	1173	252	921
1999	207607	2264	1,09	1865	420	1445
2000	222815	2878	1,29	2428	572	1856
2001	315013	4300	1,36	3802	1024	2778
2002	365326	6407	1,75	5417	1282	4133
2003	415533	9815	2,36	7785	1489	6296
2004	512969	16608	3,30	12417	2308	10109
2005	503909	20164	4,00	14249	2085	12164
2006	462937	20381	4,40	15383	2355	13028
2007	426377	20801	4,90	15475	2118	13357

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości, Malczewski (2009c), s. 35

Wśród osób skazanych na karę pozbawienia wolności z Ustawy 86% stanowiły osoby, które otrzymały karę w zawieszeniu. Analizując zmiany w czasie, odnotowujemy, że w 2005 r. spadła po raz pierwszy liczba osób skazanych na karę pozbawienia wolności bez zawieszenia. W 2006 r. nastąpił ponownie wzrost i to zarówno w liczbie osób skazanych w zawieszeniu, jak i bez zawieszenia, na karę pozbawienia wolności z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. O ile w przypadku skazanych z zawieszeniem w 2008 r. występuje tendencja wzrostowa, to w liczbie skazanych bez zawieszenia odnotowujemy spadek. Spośród osób skazanych z art. 62 Ustawy z 2005 r. w 2007 r. na karę pozbawienia wolności, których było 9 256 (60% wszystkich skazanych z Ustawy 2005), większość to były osoby, wobec których orzeczono karę pozbawienia wolności w zawieszeniu. Zdecydowana mniejszość (6%) skazanych otrzymało karę więzienia. Wśród osób skazanych na karę pozbawienia wolności z tego artykułu większość tj. 496 osób osądzona została z ustępu 1 art. 62, (co jest zagrożone KPW do 3 lat).

9.2. Zapobieganie przestępczości narkotykowej

W 2008 r. MSWiA realizowało w roku sprawozdawczym Program „Razem bezpiecznie”, w ramach działań Europejskiej Sieci Prewencji Kryminalnej. Europejska Sieć Prewencji Kryminalnej została powołana na mocy decyzji Rady UE z dnia 28 maja 2001 r., w wyniku realizacji postanowień szczytu w Tampere. Głównym zadaniem EUCPN jest rozwijanie programów prewencyjnych dla wszelkich rodzajów przestępczości, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań osób nieletnich, przestępczości miejskiej i narkotykowej, na poziomie Unii Europejskiej, a także wspieranie programów i działań krajowych oraz lokalnych.

Program „Razem bezpiecznie” jest pierwszym rządowym programem, którego głównym celem jest aktywizacja i wspieranie inicjatyw lokalnych na rzecz poprawy bezpieczeństwa i porządku publicznego. Obszary działania, w ramach których mogą być dofinansowywane zadania programu to m.in. diagnoza stanu bezpieczeństwa i potrzeb w tym zakresie, edukacja dla bezpieczeństwa, przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, przeciwdziałanie i ograniczenie przestępczości dzieci i młodzieży, w tym przemocy rówieśniczej, promowanie wykorzystania możliwości technicznych (m.in. monitoringu), bezpieczeństwo imprez masowych. Z oczywistych względów tematyka profilaktyki przestępczości narkotykowej wpisuje się w wymienione obszary działań.

W okresie sprawozdawczym w poszczególnych obszarach określonych w programie, podejmowano szereg działań realizowanych przez odpowiednie ministerstwa, Policję, Straż Graniczną, Państwową Straż Pożarną, wojewodów i organizacje pozarządowe.

Departament Bezpieczeństwa Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we współpracy z Wyższą Szkołą Policji w Szczytnie opracował Program szkolenia w zakresie przygotowywania i wdrażania programów profilaktycznych na rzecz bezpieczeństwa obywateli. W ubiegłym roku zorganizowano 10 szkoleń w 4 województwach.

Szkolenie finansowane ze środków „Razem bezpiecznie” przygotowuje członków powiatowych komisji bezpieczeństwa i porządku do rozpoznawania zagrożeń, organizowania działań zapobiegających popełnianiu przestępstw i wykroczeń, a także tworzenia powiatowych programów zapobiegania przestępczości (MSWiA, 2009).

Ponadto w 2008 r. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji prowadziło wraz z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii kampanię profilaktyczną pn. „Turystyka narkotykowa”. Więcej na ten temat: patrz punkt 3.4 „Ogólnopolskie i lokalne kampanie”.

9.3. Interwencje w ramach wymiaru sprawiedliwości

● Rozwiązania alternatywne dla kary więzienia

Patrz rozdział 5. System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność: Zapotrzebowanie na leczenie i dostępność leczenia; punkt 5.1 Polityka.

W 2008 r. przeprowadzony został projekt badawczy pn.: „Program diagnostyczno - badawczy na temat wykorzystywania w praktyce postanowień art. 72 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. dotyczący zastosowania środków alternatywnych od kary pozbawienia wolności”. Więcej na ten temat: patrz punkt 1.1. „Ramy prawne”.

9.4. Odpowiedź na zagadnienia zdrowotne związane z narkotykami w więzieniach (oraz innych jednostkach penitencjarnych)

● Leczenie uzależnień od narkotyków (w tym liczba więźniów korzystających z leczenia substytucyjnego)

W 2008 r. w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej prowadzono 6-miesięczne ustrukturalizowane programy terapii uzależnienia od narkotyków typu „drug-free” o poszerzonym spektrum celów rehabilitacyjnych (abstynencja i zapobieganie powrotowi do przestępstwa). Programy realizowane były w oparciu o model oddziaływań psychospołecznych i teorię społecznego uczenia się, zawierały także elementy modelu Minnesota, społeczności terapeutycznej i oddziaływań poznawczo-behawioralnych.

Działania zrealizowano w 15 oddziałach terapeutycznych. W roku sprawozdawczym otworzono jeden nowy oddział. Oddziały terapeutyczne dysponowały łącznie 549 miejscami (w 2007 r.: 513), co pozwoliło włączyć do programów 1 534 osadzonych.

W 2008 r. w Polsce działały 4 programy leczenia substytucyjnego prowadzone w 13 jednostkach penitencjarnych. Leczeniem substytucyjnym objęto w ramach tych programów 60 pacjentów (w tym 3 kobiety w ramach jednego dostępnego dla nich programu) – zazwyczaj kontynuowali oni leczenie rozpoczęte na wolności.

W ramach programów leczenia substytucyjnego prowadzonego w jednostkach penitencjarnych w 2008 r., leczeniem ARV objętych było 11 osób (Strzelecka Biuro Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, kontakt osobisty).

● Zapobieganie i redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków

W polskich zakładach karnych nie prowadzi się typowych programów redukcji szkód zdrowotnych z wymianą igieł i strzykawek. Oficjalnie w polskich zakładach karnych nie ma dostępu do narkotyków i w związku z tym nie ma dostępu do sprzętu iniekcyjnego. Z drugiej jednak strony działają organizacje pozarządowe, które za zgodą zarządów jednostek penitencjarnych mają wstęp do zakładów karnych i prowadzą tam programy redukcji szkód zdrowotnych o charakterze edukacyjnym dla osób używających substancje psychoaktywne. W 2008 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dofinansowało 2 takie programy: pierwszy realizowany przez Stowarzyszenie MONAR na terenie zakładów karnych w Częstochowie i aresztach śledczych na terenie województwa śląskiego; drugi realizowany był przez Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej „Parasol” i prowadzony na terenie zakładu karnego dla kobiet „Ruszcza” w Krakowie. Powyższymi programami objęto 338 osób. W ramach tych programów udzielano m.in. porad indywidualnych, motywowano do zmiany zachowań, prowadzono zajęcia informacyjno edukacyjne z zakresu redukcji szkód zdrowotnych, grupy wsparcia a także zajęcia grupowe dla osób zakwalifikowanych do więziennych oddziałów terapeutycznych. Ponadto współpracowano z rodzinami osadzonych, prokuratorami, sądami oraz kadrą zakładów penitencjarnych (Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej „Parasol” i Owczarski, Stowarzyszenie MONAR – oddział Częstochowa, kontakt osobisty).

● Profilaktyka, leczenie i opieka w chorobach zakaźnych

W polskich zakładach karnych wszyscy osadzeni wymagający leczenia chorób zakaźnych objęci są terapią antyretrowirusową, bez względu na to czy używali narkotyków, czy nie. Biuro Służby

Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej nie dysponuje jednak danymi dot. liczby wykonanych badań i testów np. w kierunku HIV, HCV, HBV, gruźlicy ani liczby osób, u których stwierdzono występowanie chorób zakaźnych wśród użytkowników narkotyków. Wiadomo natomiast, że leczeniem antyretrowirusowym objęto w 2008 r. co najmniej 188 osadzonych, wśród których były aż 152 osoby, u których drogą zakażenia było przyjmowanie narkotyków drogą dożylną (Strzelecka Biuro Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, kontakt osobisty).

Więcej informacji na temat działań prowadzonych w jednostkach penitencjarnych – patrz rozdział 5. System leczenia uzależnienia od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność, 5.3 Charakterystyka pacjentów, punkt: Leczenie w zakładach karnych.

● **Zapobieganie zagrożeniom związanym z przedawkowaniem po opuszczeniu więzienia**

W polskich zakładach karnych nie prowadzi się tego typu aktywności. Patrz także punkt „Zapobieganie i redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków”.

9.5. Readaptacja użytkowników narkotyków po odbyciu kary więzienia

Na terenie jednostek penitencjarnych prowadzone są działania ukierunkowane na readaptację społeczną, która ma na celu ułatwienie osobom, które odbyły karę pozbawienia wolności powrót do społeczeństwa. W tym celu Zarząd Służby Więziennej organizuje i finansuje (także w ramach źródeł z funduszy unijnych) kursy zawodowe. Z uwagi na deficyty i patologie społeczne zdiagnozowane wśród dominującej części populacji osób naruszających prawo, szkolenia zawodowe wymagały uprzednio specyficznego i ukierunkowanego przygotowania uczestników. Kierowanie skazanych wymagających uzyskania kwalifikacji zawodowych, było zwykle poprzedzane oddziaływaniami psychologicznymi nakierowanymi na przezwycięzenie problemów związanych z alkoholem i narkotykami, brakiem pozytywnych doświadczeń zawodowych i podstawowych umiejętności pracowniczych. Brak jest jednak danych na temat liczby uczestników mających problem narkotykowy wśród wszystkich odbiorców przeprowadzonych kursów zawodowych. W 2008 r. przeprowadzono łącznie 934 kursów dla 11 181 uczestników. Ponadto w ramach działań mających na celu readaptację społeczną, w 2008 r. finansowano także kontynuowanie nauki w szkołach dla dorosłych oraz koszty egzaminów kwalifikacyjnych organizowanych w trybie indywidualnym, poza terenem zakładu karnego. Pomagano także w załatwianiu spraw urzędowych, takich jak np. wyrobienie dowodów tożsamości i innych dokumentów.

10. Rynek narkotykowy

Artur Malczewski

Wstęp

Ujawnieniami narkotyków zajmuje się kilka służb w Polsce. Instytucje zaangażowane w walkę z nielegalnym rynkiem nie wypracowały jeszcze wspólnego systemu zbierania danych, co utrudnia oszacowanie ilości narkotyków skonfiskowanych na poziomie całego kraju. Jednakże w 2008 r. Straż Graniczna wprowadziła nowy system zbierania danych, dzięki któremu jest w stanie wyodrębnić zabezpieczenia narkotyków realizowane tylko przez funkcjonariuszy Straży Granicznej. W ten sposób wykorzystując dane Policji oraz Straży Granicznej określana jest całkowita wielkość ujawnionych narkotyków w Polsce. Informacje o cenach narkotyków otrzymywane są od Policji oraz z badań wśród użytkowników. Dane o czystości substancji psychoaktywnych pochodzą z Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego. Poziom dostępności narkotyków określany jest na podstawie badań ilościowych. Ostatnie dane pochodzą z 2008 r. z badań przeprowadzonych CBOS.

10.1. Dostępność oraz podaż narkotyków

● Postrzegana dostępność narkotyków oraz dostęp do narkotyków

Źródłem danych o dostępności narkotyków wśród młodych osób są wyniki badań szkolnych. W 2008 r. na zlecenie KBPN CBOS przeprowadził badanie wśród ostatnich uczniów klas ponadgimnazjalnych. Badani mieli ocenić jak trudne byłoby dla nich zdobycie poszczególnych środków legalnych, jak i nielegalnych. Analizując rozkłady odpowiedzi zawarte w tabeli 20 odnotowujemy, że najłatwiejszymi do zdobycia substancjami są leki uspokajające i nasenne (46%) oraz marihuana i haszysz (45%). Blisko połowa badanych określiła w czterostopniowej skali jako łatwe uzyskanie tych narkotyków. W przypadku pozostałych substancji, jak i pozostałych z listy przedstawionych w tabeli 20, większość respondentów ocenia zdobycie tych substancji jako niemożliwe lub trudne niż łatwe. Najmniej respondentów deklaroowało łatwość zdobycia DXM (8%) oraz szalwi wieszcza i cracku (po 11%).

Innym wskaźnikiem dostępności było pytanie o to, czy badanemu proponowano jakieś substancje psychoaktywne. Respondentom przedstawiono listę środków legalnych i nielegalnych, i proszono o zaznaczenie tych, które w czasie ostatnich 12 miesięcy ktokolwiek im proponował. Najczęściej środkiem proponowanym młodzieży są konopie. Propozycje otrzymało, chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy, 31%. Odsetki uczniów, którym proponowano amfetaminę wyniosły 11%. Najrzadziej zdarzały się propozycje cracku (2%), heroiny (2%), oraz DXM (1%).

W ramach badania pytano respondentów, czy mieli propozycje kupna narkotyków. W pomiarze z 2003 r. 47% badanych otrzymało propozycję narkotyków. W ostatnim badaniu z 2008 r. zmniejszył się odsetek propozycji kupna do 36%. Warto podkreślić, że spadła liczba częstych propozycji z 14% w 2003 r. do 7% w 2008 r., czyli o połowę. Ponadto zmniejszył się odsetek osób badanych, który odpowiedział twierdząco na pytanie – czy na terenie szkoły sprzedawane są narkotyki. W 2008 r. co dziesiąty badany deklarował, że narkotyki sprzedawane są na terenie szkoły, w 2003 r. odsetek ten był wyższy i wynosił 14%.

Tabela 20. Odsetki badanych w 2008 r. oceniających trudność w zdobyciu poszczególnych substancji

	Nieemożliwe	Trudne	Łatwe	Nie wiem
Leki uspokajające i nasenne	15	22	46	16
Marihuana, haszysz	16	27	45	13
Amfetamina	21	34	24	20
LSD lub inny środek halucynogeny	22	38	17	22
Sterydy anaboliczne	25	30	22	23
Ecstasy	26	33	20	22
Grzyby halucynogenne	26	33	18	22
Kokaina	26	36	14	24
Crack	28	36	11	25
Heroina	28	36	13	24
Polska heroina, tzw. Kompot	28	35	12	26
„Dopalacze” (tzw. smarty)	28	31	16	26
Poppersy	28	33	13	26
Szałwia wieszcza (salvia divinorum)	29	33	11	27
Dekstrometorfan (DXM)	30	34	8	27

Źródło: CBOS (2008)

● Produkcja i przemysł narkotyków

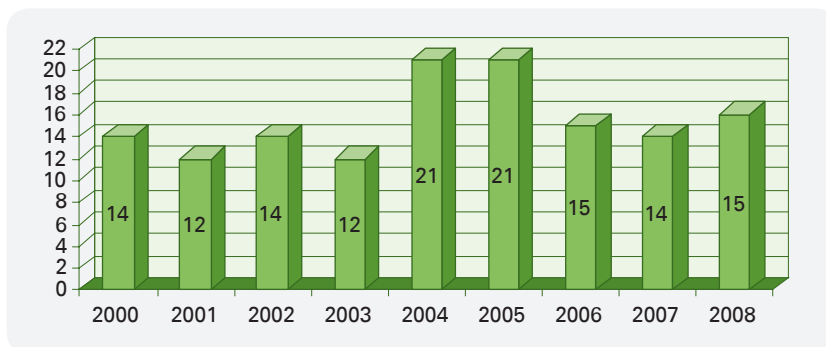
Polska jest jednym z głównych producentów amfetaminy w Europie, w czołówce jest również Belgia i Holandia. W latach 1995–2008 zlikwidowano w Polsce 171 nielegalne laboratoria. W 2005 r. Policja wykryła 21 laboratoriów amfetaminy i jedno GHB. Od tego roku liczba zabezpieczonych laboratoriów wynosi około 15 rocznie (wykres 31). W 2008 r. przeprowadzono 257 profili amfetaminy. Warto odnotować wykrycie laboratorium metaamfetaminy w 2008 r. pod Szczecinem, czyli substancji mało popularnej i wytwarzanej głównie u naszych południowych sąsiadów. W polskich laboratoriach amfetamina produkowana jest metodą Leuckarta. Podstawowymi prekursorami do jej produkcji są BMK i mrówczan amonu. Znaczna część tej produkcji przeznaczona jest na rynki krajów zachodnioeuropejskich, zwłaszcza Niemiec i krajów Skandynawskich.

Przez terytorium Polski przebiegają główne szlaki przemytu narkotyków. Nielegalne substancje przemycane są przez terytorium Polski w tranzycie, albo bezpośrednio docierają na rynki zachodnioeuropejskie. Innym rozwiązaniem stosowanym przez grupy przestępcze jest magazynowanie narkotyków, przepakowywanie i w mniejszych ilościach przesyłanie do innych krajów europejskich i Ameryki Północnej. Trasy i metody przemytu narkotyków do Polski zależą od ich rodzaju, ilości i kraju pochodzenia:

- drogą morską i powietrzną do Polski przemycana jest kokaina z Ameryki Południowej oraz marihuana i haszysz z Afryki,
- heroina, marihuana i haszysz pochodzenia azjatyckiego (Azja Południowo-Zachodnia) przemycane są drogą lądową,

- w przypadku heroiny pochodzącej z krajów tzw. Złotego Półksiężyca (Afganistan, Pakistan, Iran) przemyt odbywa się tzw. szlakiem bałkańskim (Turcja - Bułgaria - Rumunia - Węgry), bądź przez terytorium byłego ZSRR. Najwięcej heroiny trafia do Polski z Afganistanu,
- tą samą trasą trafia do Polski heroina z tzw. Złotego Trójkąta (Birma, Laos, Tajlandia), przy czym mniejsze ilości przemywane są także drogą powietrzną,
- przez terytorium Niemiec trafia do Polski marihuana przemycana z Holandii drogą lądową.

Wykres 31. Liczba nielegalnych laboratoriów zlikwidowanych w latach 2000–2008



Źródło: dane KGP opracowane przez CINN

W ramach walki z zorganizowaną przestępczością Policja rozwijała w 2008 r. międzynarodową współpracę operacyjną uczestnicząc w projektach na szczeblu europejskim, jak również lokalnym (np. EAGLE, COSPOL, TRAP, NORD-OST, EUROPOL). W 2008 r. zaangażowano się w projekt CeCLAD-M dotyczący zwalczania przemytu narkotyków w regionie Morza Śródziemnego. Rozwijano także współpracę transgraniczną ze służbami Niemiec i Ukrainy, która miała na celu prowadzenie wspólnych operacji dotyczących przemytu haszyszku i heroiny. Ponadto w październiku 2008 r. uczestniczono wspólnie z polską Służbą Celną w międzynarodowej operacji celnej „INBUS”, mającej na celu ograniczenie przemytu na teren kraju narkotyków syntetycznych. Kolejną inicjatywą była operacja „Kanał” dotycząca ograniczenia produkcji, obrotu i przemytu narkotyków na terenie Europy Wschodniej i Azji.

10.2. Konfiskaty

● Ilość przechwyconych narkotyków

Ujawnieniami narkotyków zajmują się Policja, Służba Celną (usytuowana w Ministerstwie Finansów), Straż Graniczna, Żandarmeria Wojskowa, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Służba Więzienna na terenie jednostek penitencjarnych. Wszystkie powyższe instytucje nie wypracowały jeszcze wspólnego systemu zbierania danych, co utrudnia oszacowanie ilości narkotyków skonfiskowanych na poziomie całego kraju. Ponieważ w niektóre z ujawnień zaangażowane są co najmniej dwie instytucje, nie można uniknąć podwójnego liczenia tych samych przypadków. Ze względu na bardzo duże wahania ilości konfiskowanych jednorazowo narkotyków oraz dużą rolę czynnika losowego, analiza trendu jest bardzo utrudniona. Należy też pamiętać, że część narkotyków zabezpieczonych przez polskie służby, miało docelowo trafić poza granice naszego kraju. W 2008 r. Straż Graniczna wprowadziła nowy system zbierania danych, dzięki któremu jest w stanie wyodrębnić zabezpieczenia narkotyków

realizowane tylko przez funkcjonariuszy Straży Granicznej. W ten sposób udało się w bardzo dużym stopniu ograniczyć liczenie tych samych ujawnień przedstawianych w zestawieniu wszystkich zabezpieczonych w Polsce narkotyków. W tabeli 21 zaprezentowane zostały ilości zabezpieczonych narkotyków w latach 2000–2008. W ostatnim roku skonfiskowano duże ilości konopii, większe niż w 2007 r. W sumie ujawniono 607 kg tej substancji z tego 19% haszyszu. W analizowanym okresie więcej konopii zostało zabezpieczonych tylko w 2002 r. W porównaniu do 2007 r. nastąpił również wzrost liczby ujawnionych tabletek ekstazy oraz listków LSD. W przypadku pozostałych substancji zmniejszyły się ilości ujawnionych narkotyków, największy spadek odnotowano w przypadku kokainy i metamfetaminy.

Tabela 21. Ilości ujawnionych narkotyków w Polsce w latach 2000–2008

Rodzaj narkotyku	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Haszysz (kg)	181,863	104,554	794,516	46,568	41,495	19,292	35,401	33,128	114,681
Marihuana (kg)				233,164	232,646	227,124	401,659	352,934	492,725
konopie rośliny (sztuki)	-	-	-	86163	15503	33488	3917	4059	19 026
Heroina (kg)	216,782	388,66	585,705	6,913	255,214	41,151	155,401	123,623	78,915
Kokaina (kg)	80,664	50,549	423,48	800,558	28,029	16,871	21,932	160,981	28,710
Amfetamina (kg)	1051,36	195,651	172,588	203,299	242,034	344,578	333,038	423,65	356,196
Metaamfetmina (kg)							0,163	5,712	0,124
Ekstazy (sztuki)	139133	239124	64452	102520	272198	492531	145344	610383	651 985
LSD (listki)	3809	672	797	20602	34288	2226	1453	327	353

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

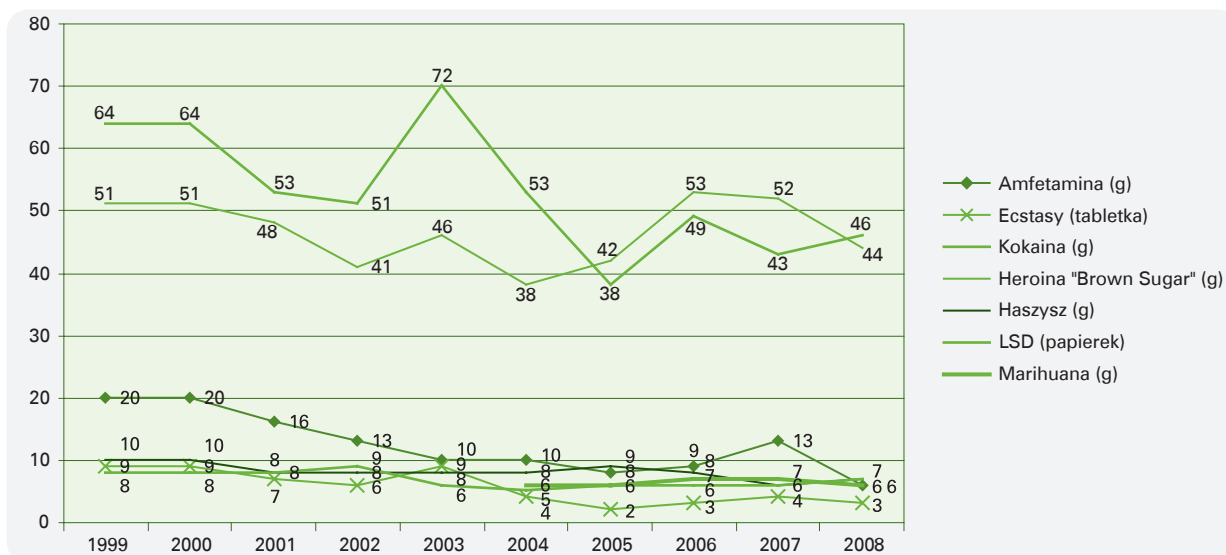
10.3. Cena oraz czystość narkotyków

● Ceny detaliczne narkotyków

Informacje o cenach narkotyków otrzymujemy od instytucji zajmujących się walką z nielegalnym rynkiem. Kluczową instytucją w zbieraniu tych danych jest Policja, ponieważ w swoich działaniach prowadzi operacje wymierzone nie tylko w handel hurtowy, ale także sprzedaż detaliczną. Warto zauważyć, iż na cenę narkotyków ma wpływ szereg czynników m.in.: zróżnicowanie terytorialne, czystość narkotyku, intensywność działań policyjnych, jak również sytuacja międzynarodowa. Aby otrzymać w miarę wiarygodne dane i wyeliminować zakłócenia, które mogą wpłynąć na ich wiarygodność, informacje o cenach powinny być zbierane według określonej metodologii z jak największej liczby różnych źródeł. Policyjny system zbierania danych nie pozwala nam na uzyskanie danych odzwierciedlających dokładnie ceny detaliczne na scenie narkotykowej. Dane te, należy więc traktować jako szacunkowe. Pomimo tych ograniczeń można pokusić się o ich interpretację, z zastrzeżeniem, że podane w tabeli dane należy traktować jako przybliżone. Porównując dane (wykres 32) z ostatnich dwóch lat należy odnotować wzrost średnich cen trzech substancji: kokainy z 185 zł do 196 zł, haszyszu i LSD z 25 zł do 29 zł. Jednakże w przypadku cen czterech substancji mamy spadek 57 zł do 27 zł, ekstazy z 17 zł do 11 zł, „brown sugar” brązowa heroina z 225 zł do 188 zł oraz marihuana z 32 zł do 27 zł. Porównując dane z ostatniego roku tj. 2008 do 1999 r., czyli trend długookresowy,

odnotowujemy spadek cen wszystkich narkotyków w tym czasie. Z informacji operacyjnych Policji wynika, że w 2008 r. zahamowaniu uległ trend spadkowy i ceny narkotyków uległy stabilizacji.

Wykres 32. Dynamika cen narkotyków na nielegalnym rynku w latach 1999–2008 (cena średnia w zł za gram w przypadku: amfetaminy, kokainy, heroiny, haszyszu i marihuany; LSD: listek a ecstazy: tabletki)



Źródło: Malczewski (2009d)

Tabela 22. Ceny narkotyków w 2008 r. według danych z badania klientów programów niskoprogowych

Rok	Jednostka	Amfetamina	Ecstasy	Kokaina	Heroina „Brown Sugar”	Haszysz	LSD	Marihuana	Polska heroina
		gram	tabletki	Gram	gram	gram	listek	gram	1 cm ³
2008	Ceny minimalne i maksymalne	15- 55	5-30	100-300	95-350	20-50	5-50	15-35	5- 15
	Średnia cena	32	14	161	159	28	22	23	9
	Najczęściej występująca	40	20	150	120	30	30	20	10
	Liczba próbek	455	85	174	223	167	85	285	391

Źródło: Malczewski, Struzik, Jaśkiewicz (2009), s. 24

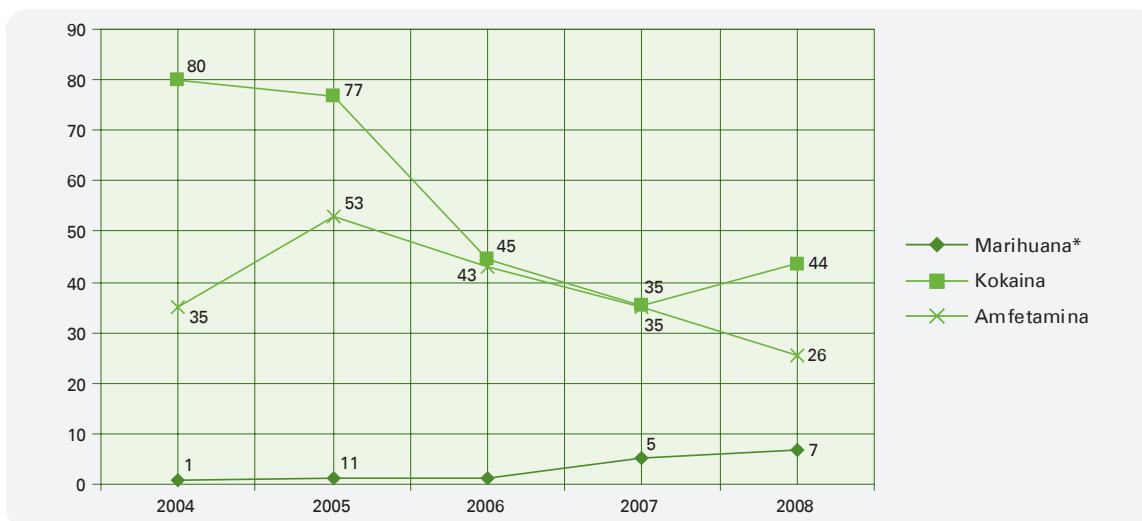
W 2008 r. przeprowadzone zostało badanie wśród klientów programów niskoprogowych. W trakcie wywiadów ankietowani proszeni byli o podanie ceny ostatniego zakupu poszczególnych narkotyków. W tabeli 22 przedstawione zostały ceny średnie, modalne, najniższe oraz najwyższe. Liczba próbek oznacza liczbę podanych cen, które zostały wykorzystane do obliczenia średniej i najczęściej występującej, czyli modalnej. Ceny z badania są zbliżone do cen ze statystyki policyjnej. Oprócz średniej ceny, która jest podatna na skrajne wartości, została wygenerowana cena modalna. Średnia cena marihuany za gram wyniosła 23 zł a haszyszu 28 zł. Średnia cena centymetra „kompotu” obliczona została na poziomie 9 zł. Ponad połowa badanych kupowała go nieznacznie drożej płacąc 10 zł. Gram amfetaminy osiąga średnią cenę 32 zł, a prawie, co czwarty kupując płacił 40 zł. Cena brązowej

heroiny wynosi 159 zł, jedna czwarta kupujących zapłaciła 120 zł. Znaczna różnica występuje w przypadku cen LSD, która jest niższa o 7 zł od cen z danych Policji. 44% osób kupujących zapłaciła za LSD 30 zł, czyli prawie cenę średnią według danych Policji.

● Czystość/ oraz moc narkotyków

Opierając się na danych Policji oraz badaniach jakościowych przeprowadzonych wśród użytkowników narkotyków, wiemy, że czystość narkotyków sprzedawanych na nielegalnym rynku jest znacznie zróżnicowana. Brak jednolitego systemu zbierania danych o czystości narkotyków, utrudnia interpretację otrzymywanych danych. Na wykresie 33 przedstawiono dane otrzymane z Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego. Średnia czystość kokainy i amfetaminy w 2007 r. wyniosła około 35%. Najnowsze dostępne dane pokazują na spadek czystości kokainy. Należy zauważyć, że informacje z lat poprzednich, w szczególności kokainy, wydają się być oparte na zabezpieczeniach dużych ilości narkotyków, których czystość jest o wiele wyższa niż substancji sprzedawanych w handlu detalicznym. Zawartość THC w marihuanie w Polsce jest podobna jak w krajach zachodniej Europy. Według danych EMCDDA stężenie THC w marihuanie w krajach europejskich wynosi średnio 6–8% (King, 2004). Dane dotyczące Polski z 2008 r. pokazują, że średnia zawartość THC w marihuanie wynosiła 7%. Od kilku lat odnotowujemy wzrost stężenia THC. W tym miejscu należy także podkreślić, że niska średnia zawartość THC w latach 2004–2006 na poziomie około 1%, może być efektem wliczania do średniej próbek analizowanej konopi włóknistej, gdzie zawartość THC jest znikoma. W efekcie miało to wpływ na niską średnią zawartości THC w marihuanie. Od 2007 r., oprócz minimalnej i maksymalnej czystości narkotyków, mamy również wartość modalną, czyli najczęściej występującą. Dla marihuany wyniosła ona 4% w 2008 r., amfetaminy 17%, a kokainy 24% (w 2007 r. 5% dla marihuany a 30% dla amfetaminy). Wartości najczęściej występujące są niższe od średniej. Według danych z 2008 r. wśród badanych tabletek ekstazy 75% zawierało MDMA, MDEA, MDA; 18% amfetaminę z MDMA, 2% tylko amfetaminę, a około 5% inne kontrolowane substancje.

Wykres 33. Czystość narkotyków oraz zawartość THC w konopiach na nielegalnym rynku w latach 2004–2008 w procentach



Źródło: Dane CLK opracowane przez CINN (Malczewski 2009d)

* procentowa zawartość THC w marihuanie

Część B: Wybrane zagadnienia

11. Rynek i produkcja konopi

Artur Malczewski, Marta Struzik

11.1. Ryunki

● Informacje kontekstowe: Krótka historia produkcji krajowej konopi; “Growshopy”

Trudno jest określić, od kiedy rozpoczęły się uprawy konopi w Polsce. Na początku lat 90. pojawiły się uprawy konopi, które przynajmniej częściowo miały charakter upraw na własny użytek. Nie ma dokładnych danych dotyczących wielkości upraw w tym czasie. Warto podkreślić jednak, że np. według danych Policji w 1992 r. nie odnotowano żadnych ujawnień upraw konopi indyjskiej oraz nie skonfiskowano żadnych ilości marihuany i haszyszu (Rozmiary narkomanii i przestępczości z nią związanej w Polsce w latach 1992–1995, 1996, s. 22). Może to oznaczać zarówno niewielkie zainteresowanie Policji walką z nielegalnymi uprawami konopi, jak również, że skala upraw nie była na tyle duża, aby znaleźć swoje odbicie w statystykach policyjnych. W tym okresie posiadanie narkotyków nie podlegało karze, a więc działania Policji wymierzone były przede wszystkim przeciwko produkcji, uprawie i wprowadzaniu do obrotu. Wraz z rozwojem zjawiska w latach 90. upraw maku i konopi Policja rozpoczęła działania operacyjno-kontrolne mające na celu ujawnianie nielegalnych plantacji. W ramach tych akcji prowadzona była statystyka dotycząca liczby zabezpieczonych upraw. W 1994 r. wykryto 52 uprawy konopi, a dwa lata później ich liczba wzrosła do 75 (Piotrkowska 1997, s. 59). W tym samym roku Policja odnotowała spadek upraw maku, ale wzrost upraw konopi. W 1998 r. ujawniono aż 257 upraw konopi (Stan zagrożenia narkomanią i wyniki zwalczania przestępstw związanych z narkotykami 1999, s. 28), co oznacza dalszy wzrost. Nowym sposobem uprawy, który staje się coraz bardziej popularny są uprawy „indoor” (uprawy wewnętrzne, w zamkniętych pomieszczeniach), przede wszystkim na potrzeby użytkowników nieposiadających profesjonalnych urządzeń do naświetlania czy nawadniania. W ciągu ostatnich kilku lat Policja odnotowuje uprawy konopi indyjskiej prowadzone metodą „indoor” przez zorganizowane grupy przestępcze.

Wraz z rosnącym zainteresowaniem uprawami konopi, na rynku pojawiły się wydawnictwa dotyczące tej tematyki. W Europie wydawany jest w kilku językach magazyn „Soft Secret”. Polska wersja językowa zadebiutowała w 2008 r. Magazyn ma od 48 do 56 stron. Drugą, popularną gazetą o tematyce konopnej, jest „Spliff. Gazeta Konopna”. Na łamach obydwu tych tytułów, dostępnych również w wersji elektronicznej, prezentowane są informacje na temat używania oraz uprawy konopi. Wiele miejsca zajmują reklamy firm trudniących się sprzedażą nasion konopi, sprzętów do uprawy np. specjalnych boxów czy lamp, nawozów oraz książek o uprawie. Analiza reklam z pism o tematyce dotyczącej konopi może pokazać rozmiary i różnorodność rynku produktów służących do uprawy konopi, ponieważ reklamy publikowane na łamach „Soft secret” dotyczą wyłącznie tej tematyki. Na podstawie analizy „Soft secret” można wyodrębnić następujące rodzaje sklepów, które reklamowały się na łamach pisma, a zajmowały się uprawami i użytkowaniem konopi:

- Growshopy – sklepy oferujące produkty do uprawy roślin w pomieszczeniach zamkniętych – oraz na świeżym powietrzu: nawozy, ziemię, oświetlenie, urządzenia wentylacyjne, etc.
- Smartshopy – sklepy sprzedające substancje psychoaktywne (w tym psychodeliki i tzw. dopalacze oraz zioła), literaturę oraz akcesoria do używania narkotyków.
- Headshopy – sklepy specjalizujące się w akcesoriach związanych z konsumpcją tytoniu i marihuany oraz innych „narkotyków rekreacyjnych” i zioł (m.in. fajki wodne, bibułki, bluny, lufki, zapal-

niczki, fajeczki), a także oferujące kontrkulturową sztukę, czasopisma, muzykę, ubrania oraz dekoracje do domów.

- Coffeeshop – miejsce, gdzie sprzedaż konopi i haszyszu na użytek własny jest tolerowana przez władze lokalne – spotykane najpowszechniej w Holandii.

W tabeli 23 przedstawiona została analiza liczbowa reklam zamieszczanych w „Soft Secret” w numerach od 1 (2008) do 3 (2009). Najwięcej reklam zawierał numer 2 z 2008 r. – 46. Najmniej opublikowano w dwóch ostatnich numerach po 30 (wydanie 1 i 3 z 2009 r.). Średnio na stronę przypadało 0,6 – 0,8 reklamy. W opracowanych numerach przeważają reklamy nasion (w sumie 108 razy) oraz growshopów i producentów urządzeń (82). Znacząca ilość reklam dotyczy nawozów i odżywek potrzebnych do uprawy. Należy podkreślić, że dużo reklam się powtarza w kolejnych numerach, a niektórzy ze sprzedawców nasion mają swoje stałe reklamy w magazynie. Są one również publikowane w wydaniach

„Soft Secret” w innych językach, ponieważ sprzedawcami nasion czy urządzeń do uprawy są w większości firmy holenderskie. Pojedyncze reklamy zostały zamówione przez polskich przedstawicieli. Najwięcej było w 3 numerze z 2008 r. (w sumie 3) i dotyczyły one: nasion i nawozów; growshopu oraz portalu internetowego. Na tej podstawie można stwierdzić, że zdecydowana większość firm działająca w obszarze upraw konopi na polskim rynku jest firmami zagranicznymi. Niewielki jest udział polskich producentów i handlowców w krajowym rynku. O wiele większa ich liczba publikowana jest w drugim omówionym piśmie.

Tabela 23. Analiza ilościowa obszarów tematycznych w reklamach ukazujących się w magazynie Soft Secrets Polska numery od 1/2008 do 3/2009

Nr magazynu	odżywki/ nawozy	nasiona	growshopy i producenci urządzeń	Head shopy	Smart shopy	Coffee shopy	książki	wydarzenia	gazeta/ portal	suma	Suma reklam	Liczba reklam na stronę
1/2008	4	10	15	4	2	0	1	1	2	39	37	0,7
2/2008	7	13	16	6	4	1	1	1	2	51	46	0,8
3/2008	9	13	14	7	5	1	1	0	2	52	45	0,8
4/2008	11	13	11	3	3	1	1	0	2	45	41	0,7
5/2008	12	15	9	3	3	1	1	0	2	46	43	0,8
6/2008	9	16	8	3	2	1	2	0	2	43	41	0,7
1/2009	5	16	4	2	2	0	2	0	0	31	30	0,6
3/2009	8	12	5	2	2	1	1	0	0	31	30	0,6
suma	65	108	82	30	23	6	10	2	12	338	313	0,7

Popularnym pismem dotyczącym tematyki konopnej na rynku polskim jest dwumiesięcznik „Spliff. Gazeta konopna”, która ukazuje się od lutego 2007 r. Łącznie, do listopada 2009 r. opublikowano 20 numerów, w tym trzy numery specjalne: nr 8 GROWING - o uprawie konopii; nr 10 Million Marijuana March oraz nr 17 Marsz Wyzwolenia Konopii, 2009 – dwa ostatnie dotyczące marszy na rzecz legalizacji konopii. W tabeli 24 zaprezentowana została analiza liczbowa reklam w numerach 1 – 18 magazynu „Spliff”. W omawianym magazynie publikowane są nawet dwie reklamy na stronę. Najwięcej ukazało się w numerze 18, gdzie umieszczono 30 reklam, ale współczynnik reklam na stronie był jednym z najniższych i wynosił 1,30. Najwięcej reklam dotyczyło nasion, w sumie 123 reklamy w anali-

zowanym okresie. Popularne były reklamy headshop i producentów akcesoriów (95 reklam). Niewiele mniej reklam oferowało urządzenia do uprawy oraz promowało growshopy (75 reklam). W numerach od 1 do 18 zidentyfikowano 28 polskich reklamodawców, czyli znacznie więcej niż w „Soft secret”.

Tabela 24. Analiza ilościowa obszarów tematycznych w reklamach ukazujących się w magazynie „Spliff. Gazeta konopna” numery od 1 do 18

nr magazynu	odżywki/nawozy	nasiona (seedbanki i seedshopy)	Grow shopy i producenci urządzeń	Head shopy i producenci akcesoriów	Smart shopy	Coffee Shopy	wydarzenia/akcje	gazeta/portal	odzież i gadżety	kluby	suma	liczba reklam na stronę
1	4	4	4	6	0	0	1	0	3	1	22	2,63
2	4	5	4	4	0	0	1	1	1	0	20	2,25
3	5	7	6	7	2	0	1	2	1	0	31	2,08
4	3	6	5	8	1	0	2	1	1	0	27	2,17
5	4	7	3	8	1	0	1	0	3	0	27	2,08
6	4	9	2	6	1	0	0	0	1	0	23	1,75
7	4	7	2	3	1	0	4	1	2	0	24	1,83
8 (GROW)	4	6	2	2	0	0	1	2	2	0	19	1,70
9	4	6	3	3	1	0	3	1	1	0	22	1,67
10 (MMM)	3	6	3	2	0	0	1	3	0	0	18	1,70
11	2	8	3	5	1	0	2	0	1	0	22	1,25
12	3	8	4	4	1	0	2	2	1	0	25	1,22
13	3	8	4	6	1	1	2	1	1	0	27	1,33
14	3	8	3	7	2	1	1	1	1	1	27	1,28
15	3	8	6	7	1	1	0	0	1	0	27	1,28
16	3	6	6	7	1	1	2	0	1	0	27	1,44
17 (MWK)	3	5	4	5	0	1	0	0	1	0	19	1,60
18	5	9	8	5	0	1	1	1	0	0	30	1,30
suma	64	123	72	95	14	6	25	16	22	2	437	1,70

W celu znalezienia polskich sklepów oraz stron poświęconych uprawie konopi wykorzystano Internet. Analizując zasoby internetowe znalezionych zostało 13 polskich stron o „hodowli” marihuany. Niektóre z tych stron są tylko forami, na których osoby uprawiające marihuanę wymieniają się doświadczeniami. Ponadto znaleziono 14 sklepów z polskimi domenami, w których można kupić przyrządy do używania lub uprawiania marihuany.

Tabela 25. Polskie strony dotyczące upraw marihuany

STRONY UŻYTKOWNIKÓW	SKLEPY
http://zielonemity.republika.pl/ Prawdy i mity dotyczące marihuany. Strona użytkowników. http://marihuana.prv.pl/ strona użytkowników http://www.marihuana.za.pl strona użytkowników http://www.trawka.com.pl/ forum użytkowników http://www.forum.haszysz.com/ forum http://hyperreal.info/ strona + forum http://ganja4all.republika.pl/ strona użytkowników z kilkoma linkami do konkretnych podtematów http://www.konopie.org/ strona użytkowników http://www.jaranie.powiew.com/ strona użytkowników http://www.kanabis.info/ forum użytkowników http://www.marihuana.bee.pl/ forum http://www.ganjasite.friko.pl/indexnowy.php#15 strona użytkowników http://maria.prv.pl/ strona użytkowników	www.narkus.pl/ sklep http://afrodise.abajt.pl/ sklep z nasionami http://www.seed.pl/ sklep http://www.seed-bank.pl/ sklep http://www.bongoz.pl/ sklep http://cannabis.fr.pl/ sklep http://www.hemp.pl/ sklep http://www.vf.krakow.pl/ sklep z akcesoriami http://headshop.pl/ sklep z akcesoriami http://katalogkonopny.gota.pl/ sklep http://www.salem.friko.pl/#215 sklep z akcesoriami http://www.thc-thc.com/ sklep http://www.mocarz.pl/ sklep z nasionami http://www.narkus.pl/ sklep
ŁĄCZONE: STRONY UŻYTKOWNIKÓW + SKLEPY	
http://www.haszysz.com strona użytkowników, forum + link do sklepu: http://hydroonline.pl/	

● Udział w rynku różnych produktów pochodnych konopi

W Polsce dominuje na rynku konopi marihuana, w szczególności mocniejsze odmiany tzw. skun – zawierająca zwiększone ilości THC. Haszysz jest o wiele mniej dostępny i pochodzi prawie wyłącznie z importu. Według szacunków Policji około 30% konsumowanych konopi jest uprawianej w kraju. Ze względu na coraz większe zainteresowanie uprawami w Polsce, odsetek ten będzie prawdopodobnie wzrastał.

- **Rozpowszechnienie konopi na poziomie ogólnopolskim i typologia sposobów sprzedaży konopi w handlu detalicznym**

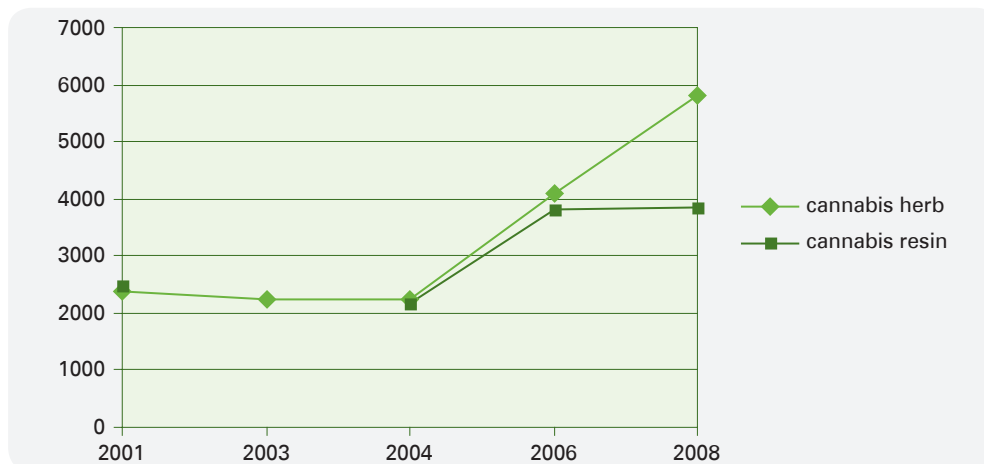
W 2007 r. przeprowadzane zostało badanie wśród dilerów narkotyków w województwie podlaskim. Projekt stanowił część pracy doktorskiej Piotra Worony pt. „Kryminologiczne i kryminalistyczne aspekty narkomanii i wprowadzania do obrotu środków odurzających” (Worona, 2008). Przebadano grupę 28 osób zajmujących się sprzedażą narkotyków w województwie podlaskim. W badaniu zastosowano ankietę. 90% badanych sprzedawało marihuanę, a 4% haszysz. Grupę tą stanowili wyłącznie mężczyźni, którzy w większości sami byli użytkownikami narkotyków. Warto odnotować, że większość sprzedawców narkotyków nie specjalizowała się w dystrybucji jednego środka odurzającego, wyjątkiem były trzy osoby, które sprzedawały marihuanę oraz jedna tylko amfetaminę. Badani sprzedawcy nie prowadzili handlu opiatami i kokainą.

Dilerów można było podzielić na trzy grupy. Pierwsza grupa to osoby odsprzedające nadwyżki narkotyków zakupionych przede wszystkim na własne potrzeby (3 badanych). Druga, to osoby, dla których dystrybucja narkotyków jest jednym źródłem utrzymania (5 osób). Ostatnia kategoria obejmuje osoby zajmujące się sprzedażą dodatkowo (21 badanych). Z badania wynika, że sprzedawcy starają się maksymalnie ograniczyć ryzyko, a transakcje przeprowadzają dyskretnie i w przemyślany sposób. Swoją „karierę” dilerów zdecydowana większość rozpoczęła od sprzedaży marihuany (86%). 93% handlujących przy pierwszej transakcji sprzedawało narkotyk osobie, którą znało. Wśród respondentów 90% kupowało narkotyki u pośrednika, a pozostali prowadzili własną uprawę lub sprowadzało narkotyki z zagranicy. Grupa objęta badaniem była jednym z ostatnich ogniw w procesie dystrybucji narkotyków, ponieważ żaden z dilerów nie miał dostępu do producenta narkotyków. O niskim statusie ankietowanych w narkotykowym biznesie może świadczyć fakt, że osoby, od których dokonywano zakupu narkotyków w celu ich dalszej dystrybucji, w opinii ankietowanych, nie były powiązane ze zorganizowanymi grupami przestępczymi. Badani także nie płacili grupom przestępczym za pozwolenie na handel. Pomimo niskiej pozycji, niektórzy z respondentów zorganizowali własne grupy rozprowadzające narkotyki. Czterech dilerów handlowało ze wsparciem grup liczących od 3 do 9 osób. Wszyscy badani dokonywali sprawdzenia środków, które sprzedawali poprzez ocenę wyglądu, zapachu, konsystencji oraz samodzielne zażycie. Dilerzy sprzedający marihuanę zazwyczaj sprzedawali ilość między 1-4 g (58% badanych) podczas jednoznacznej transakcji. Prawie co siódmy sprzedawał 5-10 g, a co czwarty powyżej 10 g. Haszysz sprzedawany był przez cztery osoby, które zazwyczaj sprzedawały ilości nie przekraczające 4 g. Standardową jednostką handlową jest gram, zarówno w przypadku sprzedaży marihuany czy haszyszu.

- **Ceny hurtowe konopi**

Ceny hurtowe narkotyków zbierane są przez Policję w ramach obowiązku sprawozdawczego do instytucji międzynarodowych. Nie jest to rutynowy system zbierania danych. Źródłem informacji Policji są dane pochodzące z pracy operacyjnej, od kluczowych informatorów czy konfiskat. W przedstawionym okresie od 2001 do 2008 r. (wykres 34) nastąpił wzrost średnich cen marihuany z 2 375 zł do 5 814 zł za kg, jak również haszyszu z 2 500 zł do 3 837 zł. W latach 2001–2004 ceny były stabilne, a ich wzrost rozpoczął się od 2004 r.

Wykres 34. Średnia cena hurtowa marihuany i haszyszu za kilogram w latach 2001–2008



Źródło: dane Policji dla INCB.

Tabela 26. Ceny hurtowe marihuany i haszyszu w latach 2001–2008

Rok	Cena	Haszysz	Marihuana
		kg	kg
2001	Ceny minimalne i maksymalne	2000 - 3000	2000 - 2750
	Średnia cena	2500	2375
2003	Ceny minimalne i maksymalne	-	1875 - 2625
	Średnia cena	-	2250
2004	Ceny minimalne i maksymalne	-	-
	Średnia cena	2250	2175
2006	Ceny minimalne i maksymalne	1300 - 7900	2600 - 7900
	Średnia cena	3800	4100
2008	Ceny minimalne i maksymalne	3488 - 4186	3488-8139
	Średnia cena	3837	5814

Źródło: dane Policji dla INCB.

● Źródła zaopatrywania w konopie i rozmiary transakcji

W ciągu ostatnich lat rośnie popularność upraw konopi na własne potrzeby. Rynek produktów służący do uprawy konopi, książki i pisma mające charakter podręczników są zarówno odpowiedzią na potrzeby osób zajmujących się uprawą, jak również kreują popyt na własną uprawę. Dużym wsparciem dla osób zainteresowanych uprawą są fora użytkowników marihuany. Niewątpliwie jednym z głównych argumentów skłaniającym do własnych upraw użytkowników narkotyków jest czynnik ekonomiczny. Uprawa jest o wiele tańsza, a zakup odpowiedniego sprzętu i nasion szybko się zwraca. Dla osób używających marihuany, które i tak łamią prawo posiadając marihuane, zagrożenie karą za uprawę nie jest często czynnikiem odstrasżającym. Kolejnym argumentem przemawiającym za własnymi uprawami jest opinia o chemicznych domieszkach występujących w genetycznie zmodyfikowanych odmianach

marihuany tzw. skun. Pogląd o tzw. „chemii” (czyli np. amfetaminie czy LSD) w marihuanie wyrażany wśród terapeutów i specjalistów od profilaktyki, powtarzany jest wśród użytkowników marihuany, którzy argumentują, że dzięki własnym uprawom nie są narażeni na szkodliwe związki zawarte w sprzedawanym na rynku skunie. Artykuł tłumaczący nieprawdziwość informacji o chemicznych dodatkach zawartych w mocniejszych odmianach marihuany, opublikowany na jednym z portali użytkowników narkotyków, spotkał się ze sceptyczną postawą niektórych internautów, użytkowników marihuany, co może świadczyć o tym, jak silnie pogląd ten jest zakorzeniony w świadomości osób palących marihuanę.

11.2. Konfiskaty

● Informacje kontekstowe: organizacja redukcji popytu i działania w tym zakresie

Za zwalczanie przestępczości narkotykowej w Polsce odpowiedzialne są jednostki Policji, które prowadzą rozpoznania oraz prace operacyjne skierowane na likwidowanie zorganizowanych grup przestępczych o zasięgu międzynarodowym, a także działających na terenie kraju. Podejmowane działania ukierunkowane są na zwalczanie ośrodków produkcji oraz przemytu znacznych ilości narkotyków, jak również na ujawnianie lokalnej produkcji i dystrybucji. W jednostkach Policji znajdują się wyspecjalizowane struktury antynarkotykowe. Z kolei Ogniwa Służby Prewencyjnej jednostek terenowych Policji są odpowiedzialne za prowadzenie podstawowych zadań rozpoznawczych i represyjnych, w toku rutynowych czynności prewencyjnych, a także realizują przedsięwzięcia profilaktyczne.

Jednocześnie należy podkreślić, że zwalczaniem przestępczości związanej z narkotykami, zwłaszcza zaś podejmowaniem działań operacyjno-rozpoznawczych, oprócz Policji, zajmuje się jeszcze Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Straż Graniczna, Służba Celna oraz Żandarmeria Wojskowa.

● Konfiskaty upraw

Dane Policji z lat 2006–2008 dotyczące ujawnień nielegalnych upraw marihuany w ramach zwalczania handlu detalicznego prezentuje tabela 27. Z dostępnych danych sprawozdawanych przez Policję w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 wynika, że największą liczbę nielegalnych upraw marihuany odnotowano w 2007 r. (128 upraw), przy czym w 2008 r. ujawniono większy areał upraw (18,435m²). W 2008 r. odnotowano 16,335 zabezpieczonych roślin marihuany, co oznacza spadek w stosunku do 2007 r., w którym ujawniono 23 900 roślin.

Tabela 27. Ujawnienia nielegalnych upraw marihuany w latach 2006 – 2008

	Liczba ujawnionych upraw	Areał ujawnionych upraw (m ²)	Liczba ujawnionych roślin marihuany
2006	10	b.d.	5899
2007	128	7408	23900
2008	123	18435	16335

Źródło: Dane Komendy Głównej Policji opracowane przez CINN (2009)

● Pochodzenie przechwyconych konopi, 2006–2008

W 2008 r. odnotowano następujące miejsca/kraje produkcji, z których konopie trafiły na polski rynek (UNODC Annual Report Questionnaire, 2009):

- marihuana – Holandia, Azja Południowo – Zachodnia, Wielka Brytania oraz Polska, nieznanego pochodzenia było ok. 30 % zabezpieczonego narkotyku,
- haszysz – Holandia, Azja Południowo – Zachodnia i Północna Afryka.

W 2007 r. skonfiskowana marihuana pochodziła w 93% z Holandii, natomiast pozostałe 7% było nieznanego pochodzenia. Zabezpieczone ilości haszyszu zostały w 100% wyprodukowane w Maroku (UNODC Annual Report Questionnaire, 2008).

Dane z 2006 r. wskazują, że dostępna na polskim rynku marihuana została wyprodukowana w Holandii oraz w Niemczech, natomiast haszysz pochodził z Holandii oraz Afganistanu (UNODC Annual Report Questionnaire, 2007).

Dodatkowych informacji dostarczają dane Policji, zgodnie z którymi szacuje się następujący udział poszczególnych krajów, z których konopie trafiają do Polski (Krawczyk, 2009):

- haszysz – 70% z Holandii, 20% z Hiszpanii, 10% z Pakistanu,
- marihuana – 60% z Holandii, 30% z Hiszpanii, 10% z Grecji.

● Podział konfiskat konopi ze względu na rodzaj i przechwyconą ilość, 2008 r.

Szczegółowe dane dotyczące ujawnionych przez Policję w 2008 r. nielegalnych upraw marihuany oraz łącznej masy zabezpieczonego narkotyku zaprezentowane zostały w poniższej tabeli. Dostępne informacje dotyczą tylko 54 przypadków likwidacji nielegalnych upraw, zarówno „indoor”, jak i „outdoor”. W większości zabezpieczonych upraw, tj. 30, wyprodukowana masa marihuany mieściła się w przedziale 1 kg – 50 kg. W przypadku 19 upraw zabezpieczono jednostkowo od 150 g do 1 kg marihuany. Tylko w 4 uprawach masa zabezpieczonego narkotyku wyniosła co najwyżej 150 g. Z dostępnych danych wynika jednocześnie, że w 2008 r. ujawniono tylko jedną uprawę w Polsce, w której wyprodukowano ponad 50 kg marihuany.

Tabela 28. Liczba ujawnionych nielegalnych upraw marihuany oraz łączna masa ujawnionej marihuany w roku 2008 (dane szczegółowe dla 54 ujawnień indoor i outdoor).

Masa ujawnionej marihuany	Liczba ujawnionych upraw	Łączna masa ujawnionej marihuany (kg)
0-150g	4	0,4
150g-1kg	19	7,6
1-50kg	30	305,7
ponad 50kg	1	88
Razem:	54	401,7

Źródło: Dane Komendy Głównej Policji opracowane przez CINN (2009)

Szacuje się, że wśród upraw indoor w Polsce, 49% stanowią uprawy małe (do 50 roślin), następnie 28% to uprawy średnie (od 50 do 500 roślin) oraz 23% dotyczy upraw dużych (więcej niż 500 roślin). Udział poszczególnych kategorii upraw outdoor jest następujący: 32% to uprawy małe, 56% stanowią uprawy średnie, a 12% to uprawy duże (Krawczyk, 2009).

11. 3. Przestępczość

Zgodnie z danymi Policji za lata 2004–2008 przestępstwa, których głównym przedmiotem była marihuana i haszysz, zostały stwierdzone z Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz z Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

● Przestępstwa związane z podażą konopi według statystyk policyjnych, 2006–2008

Produkcja konopi

Przestępstwa dotyczące produkcji konopi obejmują następujące artykuły Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii:

Art. 63. 1. ustawy z 2005 r. (art. 49 ustawy z 1997 r.) Kto, wbrew przepisom ustawy, uprawia mak, z wyjątkiem maku niskomorfinowego lub konopie, z wyjątkiem konopi włóknistych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

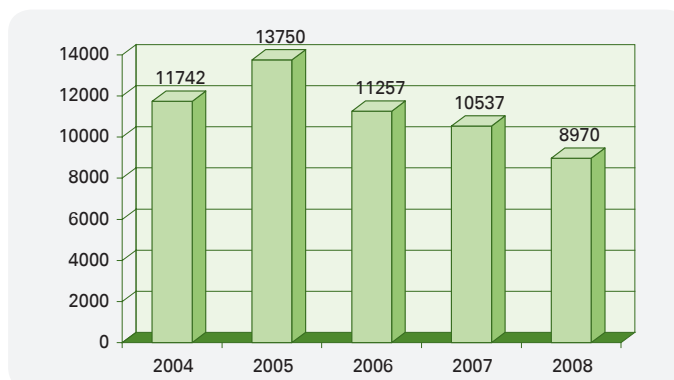
Art. 53. 1. ustawy z 2005 r. (art. 40 ustawy z 1997 r.) Kto, wbrew przepisom ustawy, wytwarza, przetwarza albo przerabia środki odurzające lub substancje psychotropowe, albo przetwarza słomę makową, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających, substancji psychotropowych albo słomy makowej lub czyn ten został popełniony w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

Art. 54. 1. ustawy z 2005 r. (art. 41 ustawy z 1997 r.) Kto wyrabia, posiada, przechowuje, zbywa lub nabywa przyrządy, jeżeli z okoliczności wynika, że służą one lub są przeznaczone do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania lub przerobu środków odurzających lub substancji psychotropowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Tej samej karze podlega, kto: 1) przystosowuje do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania, przerobu lub konsumpcji środków odurzających, lub substancji psychotropowych naczynia i przyrządy, choćby były wytworzone w innym celu, albo 2) wchodzi w porozumienie z inną osobą w celu popełnienia przestępstwa określonego w art. 53 ust. 2.

Wykres 35. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z 2005 r.o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2004–2008 – produkcja marihuany lub haszyszu (art. 63.ust.1., art. 53.ust.1.2, art. 54. ust.1., 2)



Źródło: Dane Komendy Głównej Policji opracowane przez CINN (2009)

Liczba przestępstw związanych z produkcją marihuany lub haszyszu stwierdzonych w latach 2004–2008 została przedstawiona na wykresie 35. Największą liczbę przestępstw odnotowano w roku 2005 (632 czyny karalne). Dane wskazują na stabilizację trendu od 2006 r., choć należy zauważyć nieznaczny wzrost liczby przestępstw w 2008 r. w porównaniu do 2006 r. (odpowiednio 454 i 419).

Handel

Przestępstwa dotyczące przemytu obejmują następujący artykuł Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz z Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

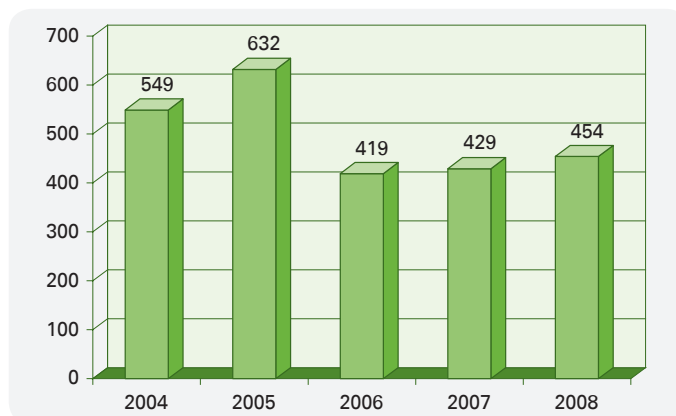
Art. 55. 1. z ustawy z 2005 r. (art. 42 z ustawy z 1997 r.) Kto, wbrew przepisom ustawy, dokonuje przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowego nabycia, wewnątrzwspólnotowej dostawy lub przewozi przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub terytorium innego państwa środki odurzające, substancje psychotropowe lub słomę makową, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5.

2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających, substancji psychotropowych lub słomy makowej albo czyn ten został popełniony w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

W latach 2004–2006 odnotowano spadek przestępstw związanych z przemytem marihuany lub haszyszu (od 573 w 2004 r., przez 411 w 2005 r. do 296 w 2006 r.). Jednakże od 2007 r. obserwuje się wzrost liczby tych czynów karalnych, co przedstawiono na wykresie 36.

Wykres 36. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2004–2008 – przemyt marihuany lub haszyszu (art. 55.ust.1,2,3)



Źródło: Dane Komendy Głównej Policji opracowane przez CINN (2009)

Handel detaliczny

Przestępstwa dotyczące handlu detalicznego konopi obejmują następujące artykuły Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii:

Art. 56. 1. ustawy z 2005 r. (art. 43 ustawy z 1997 r.) Kto, wbrew przepisom art. 33-35 37, wprowadza do obrotu środki odurzające, substancje psychotropowe lub słomę makową albo uczestniczy w takim obrocie, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

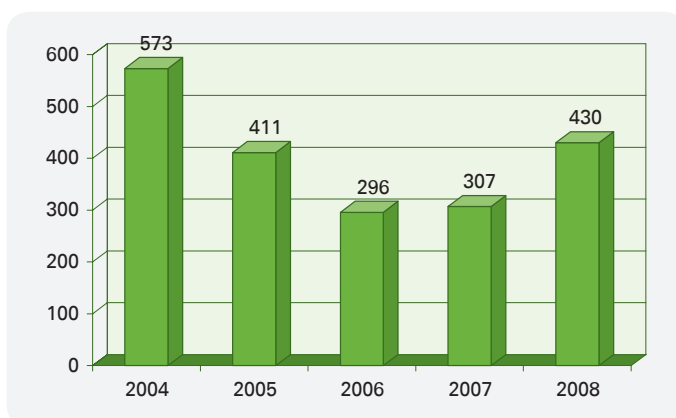
3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających, substancji psychotropowych lub słomy makowej, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 10.

Art. 59. 1. ustawy z 2005 r. (art. 46 ustawy z 1997 r.) Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwia użycie albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

2. Jeżeli sprawca czynu, o którym mowa w ust. 1, udziela środka odurzającego lub substancji psychotropowej małoletniemu, ułatwia użycie albo nakłania go do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Wykres 37. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2004–2008 – handel detaliczny marihuany lub haszyszu (art. 56.1.2.3., art. 59)



Źródło: Dane Komendy Głównej Policji opracowane przez CINN (2009)

Od 2005 r. odnotowuje się stały spadek liczby przestępstw dotyczących sprzedaży detalicznej konopi z 13 750 w 2005 r. do 8 970 w 2008 r.

12. Problemowe używanie amfetaminy i metamfetaminy oraz związane z tym konsekwencje i działania zaradcze

Waldemar Krawczyk, Michał Kidawa, Anna Strzelecka

12.1. Epidemiologia używania amfetaminy i metamfetaminy z naciskiem na używanie chroniczne/intensywne

● Historia używania (met)amfetaminy

Choć amfetamina uznawana jest za narkotyk o długiej historii w naszym kraju, to liczba badań przeprowadzanych w grupie jej użytkowników jest bardzo ograniczona. Brak jest też opracowań kompleksowo opisujących problem używania amfetaminy w Polsce z perspektywy historycznej. Pewną perspektywę historyczną przedstawiają jednak badania nad użytkownikami amfetaminy zrealizowane w 1998 r. w Gdańsku (Sękiewicz, 2001). Przedstawiają one sam początek pojawiającego się w Polsce nowego zjawiska -problemowego używania amfetaminy. Badanie zostało zrealizowane w ramach projektu Pompidou Group oraz UNDCP: Extension of the Multi City network to Central and Eastern Europe. Badanie to wydaje się interesujące z uwagi na fakt rejestrowania pewnego unikalnego momentu w historii zjawiska narkomanii w Polsce, tzn. pojawiania się problemowego używania amfetaminy. Wzrost liczby użytkowników amfetaminy od początku lat 90. można obserwować w wielu badaniach populacyjnych młodzieży (ESPAD, Badania Mokotowskie). Badanie Gdańskie obrazuje moment wejścia w problemowe używanie amfetaminy eksperymentujących z tym oraz innymi narkotykami, właśnie na początku lat 90.

Nie bez znaczenia jest także miejsce przeprowadzenia badań. Właśnie w Gdańsku w połowie lat 70. został wynaleziony „kompot” czyli „polska heroina” otrzymywana z łodyg maku. Ponadto Gdańsk w latach 90. pełnił rolę centrum kultury alternatywnej. Większość trendów czy mody przychodzącej z Europy Zachodniej czy Stanów Zjednoczonych pojawiała się najpierw w Gdańsku, a dopiero potem w innych dużych ośrodkach miejskich w Polsce.

Aby badania dodatkowo osadzić w jakimś szerszym kontekście historycznym, należy zaznaczyć, że scena narkotykowa lat 70 i 80 była zdominowana przez „kompot”, a dostęp do innych substancji był bardzo ograniczony. Lata 90. związane były ze zwiększeniem dostępności innych narkotyków oraz ze wzrostem liczby osób eksperymentujących z nimi.

Tabela 29. Proporcje osób zgłaszającym się do leczenia w Gdańsku, przyznających się do używania amfetaminy.

Rok	Amfetamina jako pierwszy narkotyk (%)	Amfetamina jako drugi narkotyk (%)	Suma używających amfetaminy (liczba)
1994	2	8	46
1995	3	37	255
1996	5,2	35	290
1997	6,1	38	329
1998	7,3	43	517

Źródło: Sękiewicz (2001)

Osoby te do połowy lat 90. pojawiały się w lecznictwie sporadycznie.

Gdańsk był także unikalny ze względu na fakt, że od 1993 r. funkcjonował tam zgodny z protokołem TD Grupy Pompidou system rejestracji oraz zbierania danych o osobach leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków. Prowadzone statystyki wskazywały na dynamiczny wzrost liczby osób zgłaszających się do leczenia w związku z używaniem amfetaminy tabela 29, co legło u podstaw opisywanego projektu badawczego. Celem badania było sporządzenie charakterystyki grup problemowych użytkowników amfetaminy i opiatów oraz ocena różnic i podobieństw, a także wzajemnych relacji pomiędzy tymi zbiorowościami. Ciekawe oraz warte zauważenia jest to, że wg. autora projektu dominującym typem amfetaminy na rynku w tamtym okresie była metamfetamina.

Metoda badawcza

Z uwagi na ukryty charakter badanej populacji wykorzystano dobór próby metodą kuli śniegowej. Informacje o obu grupach pozyskiwano za pomocą wywiadów pogłębionych (ok. 90 min.). Badanie przeprowadzono w tym samym czasie dla obu grup. Podstawowymi kryteriami włączenia do badania było codzienne lub prawie codzienne używanie opiatów dla grupy opiatowców oraz używanie amfetaminy co najmniej raz na dwa dni dla grupy amfetaminowców. W celu wyselekcjonowania punktów startowych zebrano od kluczowych informatorów (street workerów, narkomanów, Policji, pracowników systemu leczenia) informacje na temat miejsc spotkań poszczególnych grup, co posłużyło do stworzenia mapy tych miejsc. Badacze obserwowali wyselekcjonowane miejsca oraz wybierali konkretne osoby do wywiadów. Następnie proszono badanego o wskazanie wszystkich znanych osób spełniających kryteria badania. Do zbierania tych informacji przygotowane zostały arkusze nominacyjne, pozwalające na zbudowanie kodu identyfikacyjnego dla wszystkich wskazanych osób. W celu zwiększenia reprezentatywności próby, spośród wszystkich nominowanych, losowo wybierano jedną osobę. Procedura ta była powtarzana przy każdym następnym badanym. W sumie otrzymano 248 nominacji w grupie amfetaminowej oraz 366 nominacji w grupie opiatowców. Łącznie przebadano 40 opiatowców oraz 39 użytkowników amfetaminy.

Wyniki

Badania nie wykazały w obu grupach zdecydowanego zróżnicowania wyników ze względu na płeć. W obu grupach większą część stanowili mężczyźni. Połowa badanych heroinistów deklarowała kontakt z systemem leczenia uzależnień narkotykowych, podczas gdy tylko 4% amfetaminowców miało kontakt z terapią.

Użytkownicy opiatów wcześniej rozpoczynali używanie narkotyków. Inicjacja narkotykowa w tej grupie odbywała się najczęściej w wieku 15-16 lat. Większość z tych osób eksperymentowała wcześniej z lekami uspokajającymi i nasennymi oraz substancjami wziewnymi, takimi jak kleje i rozpuszczalniki. Inicjacja w grupie amfetaminowców miała najczęściej miejsce w wieku 17-20 lat. Grupa ta miała za sobą eksperymentowanie z LSD oraz kanabinolami.

Istotną różnicę pomiędzy tymi dwoma grupami wykazały analizy wzorów używania substancji. W grupie amfetaminowej ponad połowa przyjmowała wyłącznie amfetaminę. Spośród heroinistów przyjmowanie tylko heroiny deklarował 1% badanych.

Badani w obu grupach prezentowali także inne poglądy związane z ich funkcjonowaniem społecznym w rozmaitych jego wymiarach. Użytkownicy amfetaminy opisując swoje stosunki rodzinne wskazywali na konflikty związane z innym systemem wartości prezentowanym przez badanych oraz ich rodziców. Opiatowcy w opisach rodziny wskazywali siebie, jako główny problem w rodzinie, podkreślając głębokie poczucie winy. Obie te grupy charakteryzowały się także innym zapleczem rodzinnym. Większość rodziców amfetaminowców posiadała wyższy poziom wykształcenia w porównaniu do

rodziców opiatowców. Amfetaminowcy zdecydowanie lepiej oceniali swoją sytuację finansową. Ta grupa przywiązywała także większą wagę do stosunków interpersonalnych z rówieśnikami. Ważne było dla nich, jak są oceniani przez najbliższe otoczenie. Grupa ta czuła się także względnie akceptowana w swoim najbliższym otoczeniu. Związane to było z dążeniem osób z tej grupy do intensyfikowania kontaktów interpersonalnych, co wpływało na zwiększenie ich poczucia akceptacji przez otoczenie. Opiatowcy nie wyrażali ochoty analizowania ich nastawienia do otoczenia. Źle oceniali także swoje stosunki z najbliższym otoczeniem, podkreślając poczucie braku akceptacji. W swoich wypowiedziach koncentrowali się bardziej na negacji samego siebie, tendencjach destrukcyjnych oraz na braku kontroli nad własnym życiem.

Analizując wzajemne relacje pomiędzy grupami, autor zauważa odmienne nastawienie w obu grupach. Amfetaminowcy deklarowali małą tolerancję w stosunku do użytkowników opiatów. Im mocniejsza była ich identyfikacja z własną grupą, tym mniej tolerancyjne nastawienie mieli względem opiatowców. Z drugiej strony opiatowcy wykazywali dość duży poziom tolerancji w stosunku do uzależnionych od amfetaminy.

Podsumowanie i komentarz

Badanie wskazuje na istnienie dwóch zupełnie odseparowanych i różniących się między sobą grup problemowych użytkowników narkotyków na terenie Gdańska. Różnice widoczne są niemal we wszystkich wymiarach: od cech społeczno-demograficznych zaczynając, po stosunki rodzinne i nastawienie do społeczeństwa kończąc. Użytkownicy amfetaminy stanowią grupę zdecydowanie bardziej zintegrowaną społecznie. Lepiej także funkcjonują w rolach społecznych, zachowując lepsze relacje z otoczeniem.

Patrząc z perspektywy historycznej, badanie to daje bardzo ciekawy obraz unikalnego momentu w rozwoju zjawiska, nie tylko używania amfetaminy, ale także problemowego używania narkotyków w Polsce w ogóle. Jest „odbiciem” wymiany pokoleń zachodzącej na scenie narkotykowej w tamtym okresie. Młodsze pokolenie, które zostało ukształtowane w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości lat 90., posiadające dostęp do nowych narkotyków, takich jak amfetamina czy LSD oraz starsze ukształtowane przez rzeczywistość lat 70. i 80. Odzwierciedla czas pojawiania się nowych uzależnionych, z inną bazą doświadczeń, innym statusem społecznym, stylem życia oraz systemem wartości.

● **Trendy i wzory używania (met)amfetaminy**

W Polsce w 2007 r. przeprowadzono badanie na temat problemu narkotyków i narkomanii w warunkach pozbawienia wolności pn. „Problem narkotyków i narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych”. Badanie zostało zrealizowane na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Pierwszy projekt badawczy dotyczący problemu narkotyków i narkomanii w systemie penitencjarnym w Polsce wykonano w latach 2000–2003. W ramach tego projektu w 2001 r. zrealizowano badanie ankietowe na próbie osadzonych, którego celem było oszacowanie rozmiaru problemu. Projekt badawczy z 2007 r. stanowi kontynuację tamtego badania z intencją monitorowania dynamiki problemu.

Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza z pytaniami zamkniętymi. Narzędzie badawcze zostało oparte na narzędziach stosowanych w badaniach GPS. Zapewniło to porównywalność wyników z badaniami szkolnymi (ESPAD) oraz z badaniami wśród dorosłych w części związanej z używaniem narkotyków. Badanie zostało zrealizowane metodą ankiety audytoryjnej przez zespół ankieterów spoza systemu penitencjarnego. Zgodę na udział danego zakładu w badaniu był negocjowany przez Centralny Zarząd Służby Więziennej. Duży nacisk położono na zapewnienie badanym

maksimum poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej anonimowości, czemu służyły: pełna poufność danych zawartych w ankietach, wymóg nieobecności funkcjonariuszy służby więziennej w trakcie badania, reguły postępowania ankietera (m.in. nie mógł chodzić po sali i zaglądać w kwestionariusze), a także specjalna procedura zwrotu wypełnionego kwestionariusza polegająca na umieszczeniu go przez respondenta w kopercie, którą następnie zaklejano. Anonimowość była zapewniona tak na poziomie indywidualnego respondenta, jak i całego zakładu. Badani zostali poinformowani, że mogą odmówić udziału w badaniu bądź oddać niewypełniony kwestionariusz.

Uzupełnieniem badania ankietowego były wywiady pogłębione z osadzonymi, którzy byli użytkownikami nielegalnych substancji psychoaktywnych. Przedmiotem wywiadów były m.in. doświadczenia badanych z narkotykami. Respondenci byli rekrutowani do wywiadów po zakończeniu badania ankietowego na zasadzie wolontarystycznej. Dane jakościowe – mimo, że nie posiadają cech reprezentatywności statystycznej – pozwalają na pogłębienie spojrzenia na problem narkotyków i narkomanii w warunkach pozbawienia wolności. Łącznie przeprowadzono 30 wywiadów z osadzonymi.

Respondentami byli mężczyźni osadzeni w zakładach penitencjarnych – zarówno odbywający karę pozbawienia wolności, jak i tymczasowo aresztowani. Z badań zostali wykluczeni jedynie najgroźniejsi przestępcy, wobec których były stosowane specjalne środki zabezpieczające. Dobór próby był dwustopniowy. W pierwszym etapie losowano zakład penitencjarny, w kolejnym zaś – również losowo – wybierano respondentów. Ich liczba w każdym z zakładów była proporcjonalna do wielkości danego zakładu.

Założono objęcie badaniem próby o wielkości ok. 1 408 osadzonych, w 41 zakładach penitencjarnych. Ostatecznie zebrano 1 240 ankiet. 168 osób (12%) odmówiło udziału w badaniu bądź zwróciło niewypełnione ankiety. Przeprowadzenie badania trwało od 45 do 60 minut. Rozkład wieku w próbie jest charakterystyczny dla rozkładu wieku populacji więziennej, w której dominują osoby młode w wieku 20-29 lat (49%).

Przed pozbawieniem wolności respondenci zazwyczaj pracowali dorywczo (35%) albo pozostawali bez pracy (8%). Jedynie 41% badanych posiadało stałe zatrudnienie.

W przypadku wykształcenia respondentów, najliczniejszą grupę tworzyły osoby, które swoją edukację zakończyły na zasadniczej szkole zawodowej (34%) bądź na szkole podstawowej (26%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem wyższym (2%).

Większość respondentów przed karą pozbawienia wolności mieszkało z rodziną. Tylko 16% osadzonych to ludzie mieszkający samotnie.

Narkotyki to problem głównie miast, większość badanych mieszka właśnie w miastach, a jedynie 21% to mieszkańcy wsi.

W badanej próbie dominowali skazani na karę pozbawienia wolności (90%). Tymczasowo aresztowani stanowili tylko 7% badanych.

Znaczna większość badanych przebywała w zakładzie penitencjarnym z powodu popełnienia przestępstwa nie mającego związku z narkotykami. Osadzeni za przestępstwa dotyczące nielegalnych substancji psychoaktywnych stanowili 21% badanych, w tym 13% oprócz przestępstwa związanego z narkotykami dopuściło się również innego rodzaju przestępstwa.

Dane na temat długości wyroku, zarówno już odbytego, jak i pozostającego w perspektywie, wskazują, że wśród badanych przeważają osoby o krótszych wyrokach.

Większość badanych była już wcześniej karana, ale tylko niewielka część za przestępstwa związane z narkotykami (12%), w tym w przypadku 9% powodem skazania było także przestępstwo nie związane z narkotykami. Dla większości badanych obecny pobyt w zakładzie penitencjarnym nie był ich pierwszym pobyt, jednak tylko 36% odbywało już wcześniej karę pozbawienia wolności.

Porównując wyniki badania z 2007 r. z wynikami z 2001 r. możemy obserwować dynamikę rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji więziennej. Wyniki obu badań mogą być porówny-

wane, ponieważ zastosowano w nich taką samą metodologię, tj. porównywalne narzędzia badawcze, identyczny sposób doboru próby, a także oba badania zostały przeprowadzone jesienią (listopad).

Jak wynika z danych zaprezentowanych w tabeli 30 wszystkie wskaźniki dotyczące używania amfetaminy w 2007 r. pozostają na zbliżonym poziomie, co w 2001 r. lub różnią się tylko nieznacznie. Pewne symptomy wzrostu można zaobserwować jedynie w przypadku wskaźnika używania w czasie całego życia. W 2007 r. wskaźnik ten wzrósł o 3 punkty procentowe w porównaniu do 2001 r. (z 36% do 39%).

Tabela 30. Używanie poszczególnych narkotyków w czasie całego życia, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed osadzeniem

	w czasie całego życia		w czasie ostatnich 12 miesięcy		w czasie ostatnich 30 dni	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Amfetamina	36%	39%	15%	15%	6%	5%

Źródło: Sierosławski (2007)

Tendencja do stabilizacji wskaźników używania amfetaminy na wolności koresponduje z podobną tendencją stwierdzoną w badaniach ankietowych populacji generalnej w 2002 i 2006 r. (Sierosławski, 2006).

Rozkład danych dotyczących rozpowszechnienia używania amfetaminy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed osadzeniem, według kategorii wieku respondentów, prezentuje tabela 31.

Tabela 31. Używanie poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed osadzeniem wg wieku w 2007 roku

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+
Amfetamina	41%	30%	17%	13%	5%	1%

Źródło: Sierosławski (2007)

Najliczniejszą grupę użytkowników amfetaminy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed osadzeniem stanowiły osoby w wieku do 19 lat (41%), w dalszej kolejności były to osoby między 20 a 24 rokiem życia. Najmniej liczną grupę (zaledwie 1%) tworzyli osadzeni w wieku 40 lat i powyżej.

Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie używania amfetaminy w czasie osadzenia w zakładzie karnym lub areszcie śledczym w 2007 r., można zauważyć, że pozostaje ono na tym samym poziomie, co w 2001 r.

Tabela 32. Używanie poszczególnych substancji w zakładach penitencjarnych

	2001	2007
Amfetamina	15%	15%

Źródło: Sierosławski (2007)

Rozkład danych na temat rozpowszechnienia używania amfetaminy w zakładach penitencjarnych według wieku badanych przedstawia tabela 33.

Tabela 33. Używanie poszczególnych substancji w zakładach penitencjarnych wg wieku badanych w 2007 r.

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40+
Amfetamina	28%	24%	10%	10%	8%	3%

Źródło: Sierosławski (2007)

Nieco inaczej przedstawia się rozkład odpowiedzi dotyczących używania amfetaminy przez respondentów w zakładach karnych z uwzględnieniem podziału na kategorie wiekowe – najliczniejszą grupę stanowiły osoby młode – 28% osadzonych w wieku do 19 lat oraz 24% badanych między 20 a 24 rokiem życia.

Niniejsze badanie ukazuje stabilizację trendu rozpowszechnienia używania amfetaminy w populacji więziennej. W 2007 r. odsetki użytkowników tej substancji wśród przebywających w placówkach penitencjarnych pozostały na takim samym lub zbliżonym poziomie. Wśród respondentów używających amfetaminy w zakładach penitencjarnych dominują osoby młode (przed 30 rokiem życia). Wyniki badania mówiące o stabilizacji wskaźników używania amfetaminy przez respondentów na wolności, korespondują ze zbliżoną tendencją ujawnioną w badaniach ankietowych populacji generalnej w 2002 i 2006 r.

Między 24 listopada a 7 grudnia 2008 r. przeprowadzono pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych, którego metodologia została opisana w rozdziale 4 (patrz punkt 4.1). Efektem zrealizowanego badania było zgromadzenie informacji na temat grupy nie będącej do tej pory przedmiotem badań w populacji generalnej, a także często nie odnotowywanej w statystykach medycznych. Po raz pierwszy zatem otrzymano dość szczegółowe dane o problemowych użytkownikach narkotyków.

W badaniu wzięły udział 733 osoby, w tym 508 mężczyzn i 224 kobiety. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby między 25 a 29 rokiem życia (23%). Drugą pod względem liczebności grupę respondentów w podziale na kategorie wiekowe, stanowiły osoby w wieku 30-34 lata (21%). W dalszej kolejności byli to respondenci między 35 a 39 rokiem życia (18%) oraz młodzi ludzie w wieku 20-24 lata (14%). Wśród badanych najmniej było osób po 45 roku życia. Nieliczną grupę tworzyli również najmłodsi w wieku 15-19 lat (3%).

Badanych zapytano m.in. o zażywanie poszczególnych substancji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Jak pokazały wyniki badania amfetamina była drugim, po opiatach, najbardziej popularnym narkotykiem wśród respondentów – używało jej 61% respondentów. 33% ankietowanych używało amfetaminę rzadziej niż raz na tydzień, 56% zadeklarowało używanie tej substancji od jednego do kilku razy w tygodniu, zaś 11% przyznało się do codziennego używania amfetaminy w czasie 30 dni poprzedzających niniejsze badanie.

Tabela 34. Substancja, która wg uzależnionego sprawia mu najwięcej problemów w podziale na grupy wiekowe

Wiek	Amfetamina
15-19	8%
20-24	26%
25-29	36%
30-34	14%
35-39	4%
40-44	9%
45-49	2%
50-54	2%
55-59	1%
65+	,0%

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2008)

Najbardziej popularnym sposobem przyjmowania amfetaminy przez respondentów okazało się wstrzykiwanie substancji – metodę stosowało 85% badanych. 20% respondentów wdychało amfetaminę, 7% przyjmowało ją doustnie i 1% paliło. W przypadku przyjmowania narkotyków dożylnie, amfetamina także ulokowała się na drugim miejscu, tuż za opiatami. Wśród badanych użytkowników amfetaminy 58% używało tej substancji drogą iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem.

W ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie 15% respondentów przedawkowało amfetaminę, która na liście przedawkowanych substancji znalazła się na piątym miejscu.

W odpowiedzi na pytanie o substancję, która sprawia respondentom najwięcej problemów, 17% wymieniło amfetaminę. Amfetamina również w tym rankingu znalazła się na drugim miejscu, zaraz za opiatami. Na problemy związane z używaniem amfetaminy nieco częściej zwracały uwagę kobiety (22%) niż mężczyźni (15%). Najwięcej problemów związanych z używaniem amfetaminy mieli uzależnieni po 20 roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły tu osoby w przedziale wiekowym 25-29 lat (36%) oraz 20-24 lata (26%).

● **Badania szacunkowe na temat rozpowszechnienia problemowego używania (met)amfetaminy**

Dane z lecznictwa stacjonarnego oparte są na medycznej klasyfikacji ICD-10. Jak pokazują dane z lecznictwa stacjonarnego zdecydowana większość osób zostaje zaklasyfikowana w kategorii F-19. Bez dodatkowych informacji na temat rodzaju używanej substancji nie jest możliwe przeprowadzenie oszacowania liczby problemowych użytkowników amfetaminy. Analiza danych dotyczących osób zakwalifikowanych jako użytkownicy stymulantów innych od kokainy, jest opisana w części, dotyczącej zapotrzebowania na leczenie (zapotrzebowanie na leczenie uzależnienia od (met)amfetaminy).

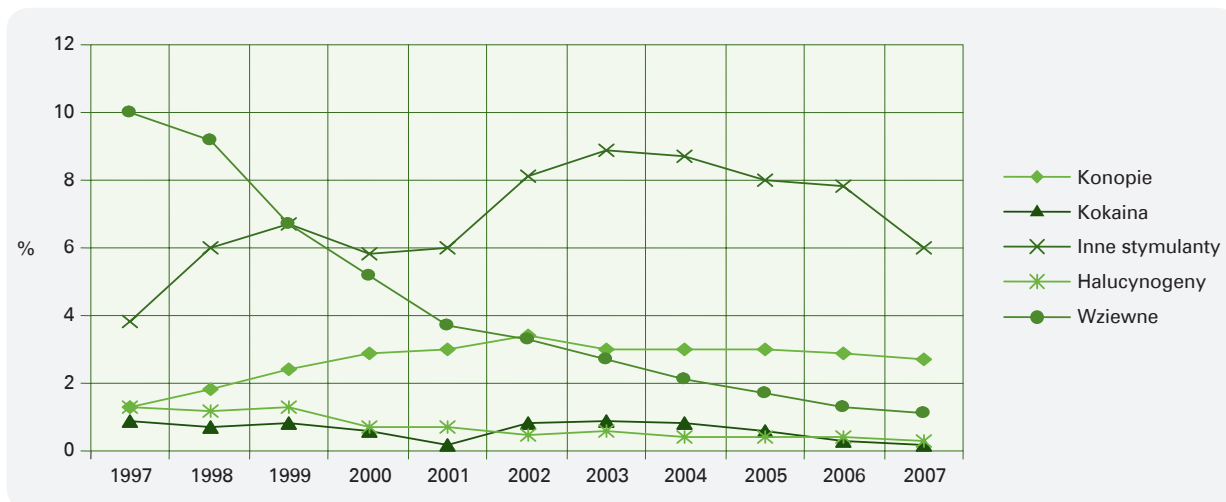
● **Zapotrzebowanie na leczenie uzależnienia od (met)amfetaminy**

Według danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 6% osób przebywających w lecznictwie stacjonarnym znalazło się tam z powodu używania stymulantów innych niż kokaina. Należy przypuszczać, że zdecydowaną większość tej grupy stanowią użytkownicy amfetaminy. Hipotezę tę wydają się potwierdzać wyniki rozmaitych badań, zarówno populacyjnych, jak i badań w wybranych grupach użytkowników narkotyków, które wskazują, że amfetamina jest drugim co do rozpowszechnienia narkotykiem w Polsce. Także informacje przekazywane przez praktyków zajmujących się leczeniem uzależnionych w Polsce potwierdzają tę sytuację. Należy przypuszczać, że liczba osób znajdujących się w lecznictwie z powodu problemowego używania amfetaminy jest znacznie większa. Najprawdopodobniej duża część osób zaklasyfikowanych do kategorii F-19, mieszane i nieokreślone, posiada problemy związane z używaniem właśnie amfetaminy. Ta ostatnia grupa, z powodu ograniczeń systemu statystycznego Instytutu opartego na klasyfikacji medycznej ICD-10 oraz braku zaimplementowanego systemu statystycznego zgodnego z wytycznymi TDI EMCDDA, nie jest możliwa do analizy.

Zatem analizę należy ograniczyć do osób pozostających w kategorii F-15 (ICD-10). Trendy w przyjęciu osób z powodu używania amfetaminy zostały zaprezentowane na wykresie poniżej.

Poczynając od 1997 r. procent osób zgłaszających się do leczenia z powodu amfetaminy systematycznie rósł. Od 2001 r. wzrost ten był najbardziej dynamiczny, zaś pomiędzy 2003 r. a 2005 r. zaczął spadać. W ostatnich latach spadek ten okazał się największy. Według najnowszych dostępnych danych procent ten znajduje się obecnie na poziomie z 2001 r.

Wykres 38. Odsetek osób zgłaszających się do leczenia z powodu stymulantów na tle innych substancji w latach 1997–2007.



Źródło: IPIN (2009)

Analizując dane z leczenia, należy zauważyć, że procent osób zgłaszających się do leczenia z powodu amfetaminy po raz pierwszy jest wyższy niż procent osób wśród wszystkich przyjętych. Jest to odpowiednio 7,6 oraz 6%.

Analizując przyjęcia do leczenia w podziale na płeć, podobnie jak w przypadku wszystkich innych narkotyków, poza lekami uspakajającymi i nasennymi, do leczenia zgłasza się więcej mężczyzn niż kobiet. Stosunek ten różni się jednak, gdy bierzemy pod uwagę osoby przyjęte do leczenia po raz pierwszy oraz wszystkich przyjętych do leczenia. Wśród wszystkich osób przyjętych do leczenia z powodu stymulantów w 2007 r. było 5% kobiet i 6,35 mężczyzn. W grupie osób przyjętych do leczenia po raz pierwszy, odsetek ten wynosił odpowiednio 5,8% dla kobiet oraz 8,2% dla mężczyzn.

Podsumowując, ograniczenia systemu statystycznego wykorzystywane obecnie do monitorowania zapotrzebowania na leczenie dają bardzo ograniczoną wiedzę i możliwość wnioskowania, w szczególności w przypadku analiz dotyczących konkretnych substancji. Zaprezentowane powyżej dane wskazują, że procent (a także liczba) osób zgłaszających się do leczenia z powodu amfetaminy po dynamicznym wzroście w latach 1997–2003, systematycznie spada. Jednak analizując to zjawisko w kontekście innych substancji, w szczególności w kontekście kategorii F-19 – inne i mieszane – ciężko jest jednoznacznie stwierdzić czy mamy do czynienia ze spadkiem rzeczywistym, czy też ze zmianą wzoru używania substancji w kierunku politoksykomanii.

● Nielegalne miejsca wyrobu i laboratoria, pochodzenie produktów i szlaki przemytu, konfiskaty prekursorów

(Waldemar Krawczyk)

Wśród środków odurzających i psychotropowych najliczniejszą grupę stanowią substancje syntetyczne. Narkotyki syntetyczne to takie, które zostały wyprodukowane w laboratorium (najczęściej nielegalnym) z syntetycznych prekursorów. Ich stale rosnąca popularność rozpoczęła się w latach 80. XX wieku, w porównaniu z narkotykami naturalnymi są zatem substancjami nowymi. Istnieją dwie podstawowe przyczyny ich popularności. Pierwsza to olbrzymia różnorodność tego typu narkotyków,

z których większość – mimo, że ma działanie psychotropowe – nie jest prawnie kontrolowana. Doskonałym przykładem są pochodne jednego tylko związku o nazwie fenetyloamina. W Polsce, podobnie jak w całej Europie, prawnie kontrolowanych jest około 20 jej pochodnych, tymczasem w jednej tylko książce „PIHKAL, A Chemical Love Story”, Shulgin przedstawił receptury syntezy i opisał działanie biologiczne około 200 pochodnych tej substancji. Kilkanaście z nich stale pojawia się na nielegalnym rynku narkotykowym. Największą popularnością cieszą się pochodne 3,4-metyleniodioksyamfetaminy nazywane potocznie „ecstasy” i oznaczane skrótami MDMA, MDA i MDEA oraz amfetamina (tylko w Europie) i metamfetamina.

Drugą przyczyną, to łatwość produkcji narkotyków syntetycznych. Większość z nich można otrzymać prostymi metodami, w niewielkich laboratoriach a nawet w warunkach domowych. Produkowane są przeważnie dla potrzeb lokalnych, nie jest więc konieczny ich transport na olbrzymie odległości, tak jak ma to miejsce w przypadku kokainy czy heroiny, co zmniejsza ryzyko konfiskaty przez organa zwalczające przestępczość narkotykową i obniża koszty. Bardzo często produkowane są w formie atrakcyjnych tabletek znoszących barierę psychologiczną przed zażywaniem narkotyków, zwłaszcza przez młodzież.

Głównym źródłem narkotyków syntetycznych jest Europa i Azja Południowo-Wschodnia. Związane to jest m.in. z dużym uprzemysłowieniem tych terenów, a w związku z tym łatwym dostępem do potrzebnych odczynników chemicznych i wyposażenia laboratoryjnego. W obu tych rejonach są również ludzie, którzy mają odpowiednią wiedzę i umiejętności do zbudowania nielegalnych laboratoriów i prowadzenia w nich produkcji.

W Europie dominuje produkcja dwóch rodzajów narkotyków syntetycznych, to jest MDMA (najczęściej w postaci chlorowodoru) i amfetaminy (dystrybuowanej w postaci siarczanu). Do czołowych producentów amfetaminy w Europie zaliczyć można, oprócz Holandii i Belgii, również Polskę.

Od 1995 r. kiedy to zlikwidowano pierwsze i do tej pory największe w Polsce nielegalne laboratorium, do chwili obecnej wykryto ich 171 (wykres 31). Zdecydowana większość z nich (około 95%) produkowała amfetaminę, trzy wytwarzały BMK a jedno PMA (p-metoksyamfetaminę) i PMMA (p-metoksymetamfetaminę). Zlikwidowano również jedno laboratorium wytwarzające metamfetaminę. Należy podkreślić, że w Polsce nie zidentyfikowano laboratoriów produkujących MDMA (jedyne laboratorium, które wytwarzało tę substancję na niewielką skalę zlikwidowano w 1995 r.). W kilku przypadkach, oprócz produkcji amfetaminy, laboratoria te zajmowały się również wytwarzaniem BMK dla własnych potrzeb.

Przedstawione dane wskazują, że problem nielegalnej produkcji amfetaminy w ostatnim okresie ustabilizował się. Rocznie likwidowane jest przez Policję około 15 nielegalnych laboratoriów, natomiast niepokojący jest wzrost skali produkcji w tych laboratoriach.

Produkcją i dystrybucją amfetaminy najczęściej zajmują się zorganizowane grupy przestępcze, które organizują, wyposażają i zaopatrują nielegalne laboratoria. Wśród wielu metod syntezy amfetaminy opisanych w literaturze fachowej, w nielegalnych laboratoriach zastosowanie znalazła przede wszystkim metoda Leuckarta, wykorzystująca benzylometylo keton (BMK) oraz mrówczan amonu jako prekursor. Umożliwia ona wyprodukowanie siarczanu amfetaminy w ciągu 20-30 godzin, nie wymaga przy tym specjalistycznego wyposażenia aparaturowego ani specjalnych umiejętności. Spośród ponad 160 zlikwidowanych nielegalnych laboratoriów produkujących amfetaminę tylko 2 stosowały inne metody syntezy niż metoda Leuckarta. Jedno z nich wytwarzało amfetaminę metodą redukcyjnego aminowania wykorzystując BMK, amoniak oraz wodór jako podstawowe prekursor. Drugie stosowało metodę nitrostyrenową, gdzie amfetamina była otrzymywana z benzaldehydu i nitroetanu poprzez elektrolizę produktu pośredniego, jakim był fenylonitropropen (nitrostyren). W metodzie tej szczególną uwagę zwraca wykorzystanie zjawiska elektrolizy i specjalnych elektrolizerów do produkcji amfetaminy.

Siarczan amfetaminy rozprowadzany jest najczęściej w postaci proszku koloru od białego, poprzez beżowy do ciemnobrązowego. Bardzo często są to mieszaniny siarczanu amfetaminy z różnymi

dotatkami (np. glukoza, kofeina, środki przeciwbólowe) zawierające od 20 do 30% czystego narkotyku. W ostatnich latach coraz częściej rozprowadzany jest również w postaci tabletek.

Synteza amfetaminy metodą Leuckarta

Metoda Leuckarta jest najpopularniejszą metodą produkcji amfetaminy w nielegalnych laboratoriach. Składa się ona z trzech etapów:

1. Syntezy N-formyloamfetaminy z BMK i mrówczanu amonu
2. Hydrolizy N-formyloamfetaminy i otrzymania zasadowej amfetaminy
3. Przeprowadzenia zasadowej amfetaminy w siarczan amfetaminy

Pomiędzy tymi etapami mogą być stosowane dowolne przerwy i coraz częściej spotykana jest sytuacja, że każdy etap produkowany jest w innym miejscu.

Etap I polega na syntezie BMK z mrówczanem amonu. W trakcie tego procesu powstaje N-formyloamfetamina. Wykorzystanie mrówczanu amonu w I etapie syntezy jest charakterystyczne dla polskich nielegalnych laboratoriów. W Holandii i Belgii zamiast mrówczanu amonu stosowany jest formamid. W niektórych laboratoriach pierwszy etap syntezy poprzedzany jest otrzymywaniem mrówczanu amonu z węglanu amonu i kwasu mrówkowego.

Etap 2 polega na przeprowadzeniu N-formyloamfetaminy w zasadową amfetaminę, poprzez jej hydrolizę z kwasem solnym a następnie wydzielenie z mieszaniny reakcyjnej zasadowej, ciekłej amfetaminy. Na tym etapie amfetamina jest oczyszczana poprzez dwukrotną destylację z parą wodną, co zapewnia wysoką jakość końcowego produktu (czystość wytwarzanej w Polsce amfetaminy przekracza 80%).

Końcowy etap produkcji siarczanu amfetaminy polega na reakcji zasadowej amfetaminy z kwasem siarkowym. Stosowane są dwie techniki. Pierwsza polega na dodaniu bezpośrednio do zasadowej amfetaminy wodnego roztworu kwasu siarkowego. Wytrąca się biały osad (w przypadku nadmiaru kwasu osad może mieć kolor różowy) siarczanu amfetaminy, który po wysuszeniu i zmieleniu jest gotowym produktem. Druga technika polega na rozpuszczeniu zasadowej amfetaminy w alkoholu etylowym. Do roztworu dodawany jest powoli kwas siarkowy. W alkoholu krystalizuje się osad siarczanu amfetaminy, który po odsączeniu jest suszony i mielony dając gotowy produkt. Wytrącany w alkoholu siarczan amfetaminy jest bardzo wysokiej czystości, ale kosztem obniżonej wydajności (spowodowanej częściowym rozpuszczeniem się siarczanu amfetaminy w alkoholu).

Z jednego litra BMK otrzymuje się od 600 g do 800 g siarczanu amfetaminy.

Charakterystyczne cechy polskich nielegalnych laboratoriów

– Lokalizacja

Nielegalne laboratoria najczęściej zlokalizowane są w małych miejscowościach lub wsiach. Najczęściej są to wolnostojące zabudowania, oddalone od sąsiadów, trudne do obserwacji z zewnątrz, zdarzają się jednak również laboratoria zlokalizowane w mieszkaniach w blokach lub w budynkach w osiedlach mieszkaniowych. Bez względu na położenie pomieszczeń, w których odbywa się produkcja narkotyków, musi być zapewniona w nich energia elektryczna i woda (wodociągowa, ze studni lub w obiegu zamkniętym).

– Nielegalni producenci

Nielegalne laboratoria są organizowane przez zorganizowane grupy przestępcze, które bezpośrednio do produkcji zatrudniają odpowiednio dobranych ludzi, których można podzielić na dwie kategorie: chemików i operatorów. Chemicy mają najczęściej wyższe wykształcenie a nawet doktoraty z chemii. Ich głównym zadaniem jest opracowanie szczegółowej technologii produkcji narkotyku poczynając od użycia prekursorów na krystalizacji finalnego produktu kończąc. Wiedzę na temat metod syntezy czerpią

z publikacji naukowych oraz własnego doświadczenia. W przepisach syntezy określają szczegółowo proporcje pomiędzy poszczególnymi prekursorami i reagentami, podają czas i temperaturę reakcji, opisują poszczególne operacje (np. destylację, ekstrakcję). Bardzo często instrukcja przygotowana jest w taki sposób, aby mogła z nią pracować osoba nie będąca chemikiem, często nie zupełnie świadoma, co produkuje, gdyż nazwy poszczególnych substancji zastąpione są określeniami typu „Substancja A”. Chemicy rzadko zajmują się produkcją narkotyków bezpośrednio w nielegalnym laboratorium.

Do prowadzenia produkcji bezpośrednio w nielegalnym laboratorium wykorzystywane są osoby, które można nazwać operatorami. Są to osoby o różnym wykształceniu i zawodach, które zostały przyuczone do produkcji narkotyków według ściśle określonych przepisów przygotowanych wcześniej przez chemików. Ich wiedza chemiczna może być bardzo niewielka, ale muszą posiadać umiejętność prowadzenia podstawowych operacji takich jak destylacja, ekstrakcja czy ogrzewanie pod chłodnicą zwrotną. W przypadku wykrycia nielegalnego laboratorium te osoby najczęściej stają przed sądem.

– Chemikalia

Chemikalia w nielegalnych laboratoriach można podzielić na dwie kategorie: kontrolowane prekursory oraz reagenty i rozpuszczalniki. Najpopularniejsza metoda produkcji amfetaminy wykorzystuje prekursor o nazwie BMK. Jest to substancja ściśle kontrolowana, która nie ma w Polsce żadnych legalnych zastosowań. Nielegalne laboratoria pozyskują ją do produkcji najczęściej z przemytu. W ostatnich latach BMK było przemywane do Polski głównie z Europy Wschodniej, a informacje operacyjne oraz badania kryminalistyczne wskazują, że było produkowane w Federacji Rosyjskiej.

Przemyt BMK przez Polskę jest jednym z głównych kierunków dostarczania tego prekursora na teren Europy Zachodniej. Znaczące zabezpieczenia tej substancji (397 l w marcu i 550 l w październiku 2006 r.) na polsko-litewskim przejściu granicznym w Budzisku, jedynie potwierdzają ten fakt. Część BMK pozostaje w naszym kraju, natomiast główny transport kierowany jest do krajów Beneluksu.

Od 2000 r. były również próby produkcji BMK w nielegalnych laboratoriach w Polsce. Zlikwidowano trzy laboratoria, które specjalizowały się w produkcji BMK z kwasu fenylooctowego, a wytworzony produkt sprzedawały innym grupom przestępczym zajmującym się produkcją amfetaminy. W kilku innych podejmowano próby syntezy BMK na małą skalę dla własnych potrzeb.

Ciekawym zjawiskiem obserwowanym w Polsce od kilku lat jest dodawanie do BMK substancji o nazwie acetofenon, który ma bardzo zbliżone właściwości chemiczne i fizyczne do BMK. Acetofenon, który jest substancją niekontrolowaną, łatwo dostępną i tanią dodawany jest do BMK w celu zwiększenia objętości prekursorów. Ulega on takim samym przemianom chemicznym jak BMK, a w ich efekcie powstaje 1-fenyloetyloamina. Wykorzystywanie do produkcji mieszaniny BMK i acetofenonu powoduje, że końcowy produkt jest mieszaniną amfetaminy i 1-fenyloetyloaminy.

Większość wykorzystywanych w nielegalnych laboratoriach reagentów ma różnorodne zastosowania legalne, a sprzedaż ich nie podlega kontroli. Należą do nich kwas solny, kwas siarkowy i wodorotlenek sodu a także mrówczan amonu. Są one legalnie zakupywane w hurtowniach chemicznych, a ich monitorowanie jest bardzo utrudnione i opiera się tylko na dobrowolnej współpracy producentów i hurtowników z Policją.

– Wyposażenie

Wyposażenie obejmuje szeroki zakres aparatury, sprzętu i szkła laboratoryjnego, zarówno ogólnego przeznaczenia jak i specjalistycznego, przeznaczonego do prowadzenia konkretnego procesu. Wyposażenie laboratorium stanowi również sprzęt domowego użytku zaadaptowany dla potrzeb produkcji narkotyków (np. czajnik jako źródło pary w destylacji z parą wodną).

W trakcie prowadzenia syntezy narkotyków prowadzone są procesy ogrzewania mieszanin reakcyjnych, destylacji, suszenia. Niezbędne jest więc posiadanie odpowiedniego wyposażenia do prowadzenia tych procesów, takiego jak: elektryczne czasze grzejne, chłodnice, kolby, rozdzielacze, suszarki, młynki itp.

W polskich nielegalnych laboratoriach do ogrzewania mieszanin reakcyjnych i destylacji wykorzystuje się najczęściej kolby szklane o poj. od 6 do 20 l [fot. 1]. Do celów pomocniczych stosowane są również kolby o mniejszej pojemności. Kolby te ogrzewane są zazwyczaj przez elektryczne czasze grzejne. Do schładzania par służą chłodnice szklane (kulowe, spiralne lub proste). W kolbie o pojemności 20 l jednorazowo można wyprodukować około 3 kg amfetaminy.

W ostatnich latach obserwowane jest zjawisko zwiększania skali produkcji nielegalnych laboratoriów i zastępowania szklanych kolb reaktorami wykonanymi ze stali o poj. 30-50 l [fot. 1]. W reaktorach tych można wytworzyć jednorazowo od 4 do 8 kg amfetaminy.

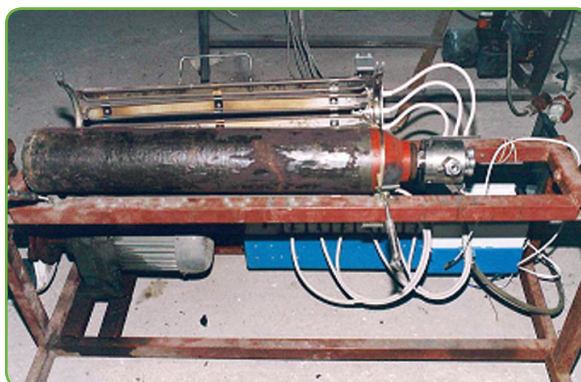
Fot. 1. Zestawy do syntezy amfetaminy: szklany o poj. 20 l i metalowy o poj. 50 l



Niektóre metody syntezy narkotyków lub prekursorów wymagają wyposażenia specjalnego zbudowanego do produkcji określonego narkotyku lub prekursora, według ściśle określonej metody. W polskich nielegalnych laboratoriach zabezpieczono dwa rodzaje tego typu wyposażenia. Pierwsze z nich służyło do produkcji BMK. Był to stalowy reaktor umożliwiający prowadzenie syntezy w temperaturze 360°C, wyposażony w pompę do podawania reagentów i stalową chłodnicę do skraplania BMK.

Drugie urządzenie służyło do produkcji amfetaminy metodą redukcyjnego aminowania (fot. 2). Składało się ono z urządzenia do mieszania i termostatowania (kołyska) oraz butli po gazach technicznych przerobionych na wysokociśnieniowy reaktor, w którym można było prowadzić syntezę pod ciśnieniem nawet 200 atm.

Fot. 2. Urządzenie do produkcji amfetaminy metodą redukcyjnego aminowania



– Suszenie i mielenie produktu

Narkotyki syntetyczne są produkowane w postaci krystalicznej poprzez wytrącenie odpowiedniej soli np. siarczanu amfetaminy. Finalny produkt zawsze zawiera resztki rozpuszczalników, które muszą być usunięte poprzez suszenie. Stosuje się dwie metody suszenia. Pierwsza z nich polega na suszeniu rozłożonego na kuwetach produktu w świetle lamp (Fot. 3) w drugiej wykorzystuje się różnego rodzaju suszarki.

Fot.3. Suszenie 11 kg siarczanu amfetaminy pod lampami



Wysuszony produkt jest zbrylony i przed wprowadzeniem do obrotu musi być najpierw zmielony. Na etapie mielenia do narkotyków mogą być dodawane różnego rodzaju domieszki np. glukoza, kreatyna czy środki przeciwbólowe. Dodanie ich na tym etapie zapewnia homogeniczność mieszaniny i uniemożliwia wizualne rozróżnienie dodatków od narkotyku.

– Tabletkowanie

Tabletki stają się coraz bardziej popularne na rynku narkotykowym i wypierają z niego narkotyki w postaci proszku. W Polsce od około dwóch lat obserwuje się próby tabletkowania siarczanu amfetaminy, wykorzystywane są do tego celu tabletkarki o wydajności 2 000 - 3 000 tabletek na godzinę.

– Woda i prąd elektryczny

Do funkcjonowania jakiegokolwiek nielegalnego laboratorium niezbędny jest prąd elektryczny i woda. Zużycie prądu w laboratorium produkującym amfetaminę lub jej pochodne nie jest duże i porównywalne z zużyciem prądu w normalnym gospodarstwie domowym wyposażonym w pralkę, lodówkę i inny sprzęt gospodarstwa domowego. Specyfiką wielu nielegalnych laboratoriów są nielegalne przyłącza prądu. Mogą być one doprowadzone do całości zabudowań, w których prowadzona jest produkcja lub tylko do części bezpośrednio związanej z syntezą narkotyków.

Drugim medium niezbędnym do produkcji narkotyków jest woda. W nielegalnym laboratorium wykorzystuje się dwa rodzaje wody: technologiczną i chłodzącą. Woda technologiczna używana jest do procesów produkcji. Służy do przygotowania roztworów wodorotlenków i kwasów, a także do procesów ekstrakcji i destylacji z parą wodną. Zużycie tej wody jest niewielkie i ściśle związane z technologią produkcji. Drugim rodzajem jest woda chłodząca. Służy ona do skraplania par w chłodnicach. Musi ona być stosowana w przepływie, przy czym jego wielkość, a więc i ilość zużywanej wody, zależy od bardzo wielu czynników. Do najważniejszych z nich należą temperatura chłodzonych par, temperatura zewnętrzna, długość stosowanych chłodnic i temperatura wody chłodzącej.

W nielegalnych laboratoriach spotykane są trzy rodzaje źródeł wody:

- wodociągowa

- studzienna
- woda w obiegu zamkniętym

Najłatwiejsza do wykorzystania jest woda wodociągowa (jeśli wodociąg istnieje), można z niego pobierać dowolne ilości wody bez konieczności jej oszczędzania. Z drugiej strony ilość zużywanej w nielegalnym laboratorium wody nie różni się od zużycia w normalnym gospodarstwie domowym, a więc podobnie, jak ma to miejsce w przypadku prądu, nie może służyć do typowania miejsca lokalizacji laboratorium.

Drugim, często spotykanym źródłem wody, szczególnie w laboratoriach położonych na terenie wiejskim, są studnie. Ilość wody w studniach jest wystarczająca do prowadzenia procesów technologicznych. Często jednak woda ze studni doprowadzana jest do pomieszczeń laboratoryjnych porożkładanymi na terenie zabudowań węzami. Tego typu prowizoryczne instalacje wodne powinny zwracać uwagę policjantów zajmujących się wykrywaniem nielegalnych laboratoriów.

Trzecim źródłem wody chłodzącej jest woda w obiegu zamkniętym. Instalacja do chłodzenia składa się w takim przypadku z beczek o dużej pojemności wypełnionych wodą (najczęściej jest to kilka beczek o poj. 200 l połączonych ze sobą), pompy wodnej wymuszającej obieg wody oraz kaloryferów służących do schładzania wody. W obieg wmontowane są chłodnice od aparatury, w której prowadzona jest synteza. Wykorzystanie obiegu zamkniętego umożliwia produkcję narkotyków w miejscach gdzie nie ma studni ani wody wodociągowej, a jedynym medium zewnętrznym jest prąd elektryczny.

Przemyt amfetaminy

Głównym kierunkiem przemytu polskiej amfetaminy jest Skandynawia. Wyniki wspólnych operacji policyjnych przeprowadzanych przez Centralne Biuro Śledcze KGP z Policjami krajów skandynawskich (np. operacja EAGLE ze służbami szwedzkimi) wskazują na duże zaangażowanie polskich grup przestępczych w przemyt polskiej amfetaminy tym szlakiem. Oczywiście przemawiają za tym względy ekonomiczne gdyż cena narkotyku na tamtejszym rynku jest wielokrotnie wyższa niż w innych krajach UE. Ponadto polska amfetamina jest tam popularna i poszukiwana z uwagi na dobrą jakość. Bardzo często grupy zajmujące się tym procederem mają na terenie Skandynawii swoich rezydentów, którzy bądź są obywatelami polskimi, bądź posiadają już obywatelstwo kraju, w którym rezydują, co znacznie ułatwia organizację przemytu oraz dystrybucji. Amfetamina na teren Skandynawii najczęściej przemycana jest drogą promową z polskich portów (Świnoujście, Gdynia). Ukryte są w naczepach ciężarówek TIR oraz w prywatnych lub wynajętych samochodach osobowych w specjalnie spreparowanych skrytkach.

Zmniejszenie intensywności kontroli na granicach wewnętrznych Unii Europejskiej znacznie ułatwiło grupom przestępczym przemyt narkotyków do krajów Europy Zachodniej, Północnej i Wschodniej oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Czynnikiem godnym zaznaczenia jest również otwieranie rynków pracy dla obywateli polskich przez „stare państwa” Unii Europejskiej, co wiąże się ze znacznym przepływem fali emigracji zarobkowej. Grupy przestępcze wykorzystują coraz częściej zaistniałe zjawisko, jako znakomity sposób prowadzenia przestępczego procederu. Potwierdzeniem tego faktu jest coraz większa liczba zatrzymywanych na terenie całej Europy obywateli polskich zamieszanych w przemyt amfetaminy. Dotyczy to w ostatnim czasie szczególnie Irlandii i Anglii, ale też i innych krajów Europy Zachodniej takich, jak: Niemcy, Francja, które są krajami docelowymi, jak i tranzytowymi dla polskiej amfetaminy przeznaczanej na rynek brytyjski. W wielu przypadkach są oni wykorzystywani jako kurierzy polskich grup przestępczych jak również coraz częściej – zagranicznych, przeważnie rezydujących w Belgii i Holandii – głównych producentów narkotyków syntetycznych na terenie Europy.

Na teren Europy Zachodniej amfetamina trafia drogą lądową poprzez zachodnią granicę Polski i ukryta jest najczęściej w samochodach ciężarowych i osobowych oraz autobusach. Przemytu amfetaminy dokonuje się również w płynnej postaci celem zmniejszenia ryzyka wykrycia przez służby graniczne.

Wypadki zatrzymań kurierów amfetaminy na wschodniej granicy Polski wskazują również na zwiększenie na nią popytu w Europie Wschodniej.

Podsumowanie

Polska jest jednym z czołowych producentów amfetaminy w Europie. Co roku Policja likwiduje kilkanaście nielegalnych laboratoriów. W polskich nielegalnych laboratoriach produkowana jest amfetamina metodą Leuckarta wykorzystująca BMK i mrówczan amonu jako podstawowe prekursory. W jednym rzucie syntezy wytwarzane jest około 3 kg siarczanu amfetaminy, ale w ostatnich latach obserwowana jest tendencja do zwiększenia skali produkcji do około 8 kg. Amfetamina produkowana jest zarówno na rynek krajowy, jak i przemykana za granicę, głównie do Skandynawii i Niemiec.

W Polsce zlikwidowano tylko jedno nielegalne laboratorium produkujące metamfetaminę z BMK (metoda redukcyjnego aminowania z amalgamatem glinu, 200 g na jeden rzut syntezy), nie wykryto żadnych laboratoriów zajmujących się wytwarzaniem MDMA.

12.2. Działania zaradcze wobec chronicznego używania amfetaminy/metamfetaminy

- **Zdrowotne, społeczne i prawne działania zaradcze wobec (chronicznego) używania (met)amfetaminy**

Leczenie osób uzależnionych od amfetaminy odbywa się na tych samych ogólnych zasadach, jak leczenie osób uzależnionych od innych narkotyków. W Polsce nie prowadzi się programów leczenia uzależnień ukierunkowanych na osoby uzależnione od amfetaminy. Organizacja oraz zasady leczenia uzależnień zostały szczegółowo opisane w rozdziale 5 Raportu Krajowego "System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność".

- **Zapewnienie jakości i najlepsza praktyka**

W Polsce nie prowadzi się programów leczenia uzależnień ukierunkowanych na osoby uzależnione od amfetaminy. Kwestie związane ze standardami oraz mechanizmami zapewnienia jakości leczenia uzależnień, zostały szczegółowo opisane w rozdziale 5 Raportu Krajowego "System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność".

Część C

13. Bibliografia

Alfabetyczny wykaz wszystkich odniesień bibliograficznych

1. Ahlström, S., Hibell, B., Guttormorsson, U., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and others Drugs. Stockholm.
2. Badora, B., Kolbowska, A., Lutostański, M., Kalka, J., Wenzel, M., Wciórka, B., Feliksiak, M., Roguska, B., Pankowski, K., Gwiazda, M. (2008). Centrum Badania Opinii Społecznej - Raport z badania Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008, CBOS, Warszawa.
3. Biuro Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji (2009). Warszawa. (maszynopis)
4. Centralny Zarząd Służby Więziennej (2009). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2008. (maszynopis)
5. Centralny Zarząd Służby Więziennej (2007). Raport z badania „Zdrowie w więzieniu - badanie postaw, wiedzy i zachowań personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych”. (maszynopis)
6. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2009a). Wybrane dane z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez gminy w latach 2006-2008. (maszynopis)
7. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2009b). Badania klientów programów nisko-progowych. (maszynopis)
8. Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej „Parasol” (2009). Sprawozdanie merytoryczne za okres od 01.01. do 31.12.2008 r. z wykonania zadania publicznego: „Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków”. (maszynopis)
9. Fundacja Praesterno (2009). Sprawozdanie merytoryczne za okres od 01.01. do 31.12.2008 r. z wykonania zadania publicznego: „Poradnia Internetowa”. (maszynopis)
10. Informacja z realizacji rządowego programu ograniczania przestępczości i aspołecznych zachowań „Razem bezpieczniej” przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji w 2008 roku. (maszynopis)
11. Instytut Psychiatrii i Neurologii (2009). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2008. (maszynopis)
12. Instytut Psychiatrii i Neurologii (2008). Rocznik Statystyczny 2007. IPIN, Warszawa
13. Jędruszek, Ł., Malczewski, A. (2009). Polityka walki z narkotykami według ONZ a sytuacja w Polsce - cz. I. Remedium nr 3, str. 28-29.
14. King, L. A., Carpentier, Ch., Griffiths, P. (2004). EMCDDA Insights – An overview of cannabis potency in Europe, European Monitoring Centrum For Drugs and Drug Addiction, Lizbona.
15. Kocur, J., Szczęsny, D., Wrzesińska, M. (2009). Raport z badania Ocena zagrożenia narkomanią w świetle opinii i doświadczeń własnych studentów i pracowników naukowo - dydaktycznych uczelni medycznej. Uniwersytet Medyczny w Łodzi. (maszynopis)
16. Komenda Główna Policji (2009). Liczba nielegalnych laboratoriów zlikwidowanych w latach 1995-2008. (maszynopis)
17. Kowalewicz, T., Maj, Z. (2009). Raport z badania Młodzież a narkotyki. Agencja Badawczo Informacyjna PASAD. (maszynopis)
18. Krajewski, K. (2005). Prawo wobec narkotyków i narkomanii. W: Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka, Malinowska-Sempruch, K. (redakcja), International Debate Education Association, Warszawa.

19. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2009). Sprawozdanie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z wykonania budżetu oraz zadań zleconych w roku 2008. (maszynopis)
20. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2008a). Raport Krajowy RAR (na potrzeby projektu wczesnej interwencji pn. „FreD goes net”). Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2008). Rejestr Pacjentów Substytucyjnych. (maszynopis)
21. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2008b). Rejestr Pacjentów Substytucyjnych (maszynopis)
22. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2007). Informator „Narkomania - Gdzie szukać pomocy?”. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
23. Krajowe Centrum ds. AIDS (2009). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2008.
24. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 (Dz.U. 2006 Nr 143, poz. 1033).
25. Krawczyk, W. (2009). Cannabis markets in Europe – questionnaire. Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji. (maszynopis)
26. Krawczyk, W. (2005). Nielegalne laboratoria narkotykowe. Wydawnictwo CLK Komenda Główna Policji, Warszawa.
27. Malczewski, A. (2008a). Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 3 (44), str. 43-46.
28. Dostępny także on-line: <http://www.narkomania.org.pl/czasopisma/Serwis-Informacyjny-NARKOMANIA>
29. Malczewski, A. (2008b). Śmiertelne przedawkowania narkotyków – sytuacja w Polsce i w Europie. Problemy Narkomanii nr 4.
30. Malczewski, A. (2009a). Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1 (46), str. 21-23. Dostępny także on-line: <http://www.narkomania.org.pl/czasopisma/Serwis-Informacyjny-NARKOMANIA>
31. Malczewski, A. (2009b). Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogramowych. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 2 (46), str. 26 -31 Dostępny także on-line: <http://www.narkomania.org.pl/czasopisma/Serwis-Informacyjny-NARKOMANIA>
32. Malczewski, A. (2009c). Przestępczość narkotykowa oraz nielegalny rynek narkotyków cz. I. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 3 (47) 2009, str. 26-35.
33. Malczewski, A. (2009d). Przestępczość narkotykowa oraz nielegalny rynek narkotyków cz. II. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 4 (48) 2009.
34. Malczewski, A., Struzik, M. (2009a). Nielegalny rynek oraz przestępczość związana z narkotykami w świetle najnowszych danych. Problemy Narkomanii nr 1, str. 34-65. Dostępny także on-line: <http://www.ptzn.org.pl/problemy.php>
35. Malczewski, A., Struzik, M. (2009b). Młodzież a substancje psychoaktywne - cz. I. Remedium nr 7/8 2009, str. 54-55.
36. Malczewski, A., Struzik, M. (2009a). Nielegalny rynek oraz przestępczość związana z narkotykami w świetle najnowszych danych. Problemy Narkomanii nr 1, str. 34-65. Dostępny także on-line: <http://www.ptzn.org.pl/problemy.php>
37. Malczewski, A., Struzik, M., Jaśkiewicz, A. (2009). Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogramowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
38. Minister Zdrowia, Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 r., KBPN, Warszawa 2009. (maszynopis projektu)
39. Ministerstwo Edukacji Narodowej (2008). Rządowy program na lata 2008-2013 „Bezpieczna i przyjazna szkoła” Dostępny: [http://bip.men.gov.pl/men_bip/akty_prawne/uchwala_20080819_zalacznik.pdf]

40. Ministerstwo Pracy - Departament Pomocy i Integracji Społecznej (2009). Sprawozdanie Roczne z Udzielonych Świadczeń Pomocy Społecznej, Pieniężnych, W Naturze I Usług Za Okres 1 Stycznia – Grudzień 2008 roku. (maszynopis)
41. Ministerstwo Pracy - Departament Pomocy i Integracji Społecznej (2008). Sprawozdanie Roczne z Udzielonych Świadczeń Pomocy Społecznej, Pieniężnych, W Naturze I Usług Za Okres 1 Stycznia – Grudzień 2007 roku. (maszynopis)
42. Minister Zdrowia (2009). Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 r. KBPN, Warszawa. (maszynopis)
43. Minister Zdrowia (2008). Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2007 r. KBPN. Warszawa. (maszynopis)
44. Minister Zdrowia (2007). Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2006 r. KBPN. Warszawa. (maszynopis)
45. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Cel operacyjny Nr 5. (maszynopis)
46. Najwyższa Izba Kontroli (2009). Informacja o wynikach kontroli pobierania oraz wykorzystania przez samorząd województw i gmin opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2006-2008. NIK delegatura w Poznaniu, str. 27-28. (maszynopis)
47. Okulicz-Kozaryn, K. i Dorożko, L. (2008). Adaptacja programu profilaktyki alkoholowej dla nastolatków w wieku 10-14 lat i ich rodziców. W: Promocja Zdrowia Psychicznego. Badania i Działania w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008 r. (maszynopis)
48. Orzeł-Żukowska, A. (2008). Promocja Zdrowia Psychicznego Badania i Działania w Polsce, red. Okulicz-Kozaryn, K. i Ostaszewski, K. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008 r.
49. PBS DGA Spółka z o.o. (2009). Raport z badania Młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym a używanie substancji psychoaktywnych. (maszynopis)
50. Piotrkowska, J. (1997). O zwalczaniu nielegalnych upraw maku i konopi. Serwis Informacyjny Narkomania 1 (4).
51. Rozmiary narkomanii i przestępczości z nią związanej w Polsce w latach 1992-1995 (1996). Serwis Informacyjny Narkomania nr 4.
52. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2000 roku w sprawie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia 2000 Nr 2, poz. 44).
53. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 1996 roku w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (Dz.U. 1996 Nr 112, poz. 537).
54. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.
55. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 281, poz. 2789).
56. Serednicki, Ł. (2008). Zastosowanie Art. 72 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w praktyce. Raport z badań na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa. (maszynopis)
57. Serednicki, Ł. (2009) Artykuł 72 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jako alternatywa wobec kary pozbawienia wolności. Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 3 (47) 2009, str. 43-47
58. Sękiewicz, J. (2001). Methamphetamine in Gdansk: A new pattern of drug use. In: UNDCP, Pempodou Group Missing pieces, nine studies of emerging drug problems. New York: United Nations publication, str. 101-131.
59. Sierosławski, J. (2007). Problem narkotyków i narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa. (maszynopis)
60. Sieniawska, A. (2009). Postawy społeczeństwa wobec polityki narkotykowej. Remedium 9, str. 33.

61. Sobiech, R. (2008). Matryca logiczna KPPN, Warszawa. (maszynopis)
62. Soft Secret, Polska nr 1 (08)- 3 (09).
63. Spliff. Gazeta Konopna nr 1-18.
64. Stan zagrożenia narkomanią i wyniki zwalczania przestępstw związanych z narkotykami w 1998 roku (1999). Serwis Informacyjny Narkomania 1 (10).
65. Struzik, M. (2008). System monitorowania zjawiska chorób zakaźnych związanych z narkotykami. Serwis Informacyjny Narkomania. Nr 3 (42), str. 13-17.
66. Strzelecka, H. (2009). Osoby uzależnione od narkotyków w jednostkach penitencjarnych. Warszawa, 2009.
67. United Nations Office on Drugs and Crime UNODC (2009). Annual Report Questionnaire Part III. Illicit supply of drugs. Extent patterns and trends in illicit drug cultivation, manufacture and trafficking. (maszynopis)
68. United Nations Office on Drugs and Crime UNODC (2008). Annual Report Questionnaire Part III. Illicit supply of drugs. Extent patterns and trends in illicit drug cultivation, manufacture and trafficking. (maszynopis)
69. United Nations Office on Drugs and Crime UNODC (2007). Annual Report Questionnaire Part III. Illicit supply of drugs. Extent patterns and trends in illicit drug cultivation, manufacture and trafficking. (maszynopis)
70. Urzędy Marszałkowskie (2009). Sprawozdania z realizacji Wojewódzkich Programów Przeciwdziałania Narkomanii w roku 2008.
71. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873).
72. Ustawa z dnia 26 listopada 1998 roku o finansach publicznych (Dz.U. 2003 Nr 15, poz. 148) z późniejszymi zmianami.
73. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111, poz. 535) z późniejszymi zmianami.
74. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135) z późniejszymi zmianami.
75. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408) z późniejszymi zmianami.
76. Ustawa z dnia 20 marca 2009 o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 63 poz. 520).
77. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. Nr 120, poz. 826). <http://www.narkomania.gov.pl/poz826.htm>
78. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485) z późniejszymi zmianami.
79. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 (Dz.U. Nr 75 poz. 468).
80. Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia (2009). Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2008. (maszynopis)
81. Worona, P. (2008). Wprowadzenie do obrotu środków odurzających w świetle wyników badań empirycznych. Problemy Narkomanii nr 2, str. 5-42.
82. Yankova, E., Veverka, R., Recke, L., Malstee, N., Sieniawska, A., Stalenkrantz, B. (2009). Public Poll Survey on Drug Policy Attitudes in 6 EU Members States.

Alfabetyczny wykaz istotnych baz danych

- 1) Dane dotyczące zgonów. Główny Urząd Statystyczny w Warszawie.
- 2) Dane dotyczące przestępczości (Temida System). Komenda Główna Policji.

- 3) Dane dotyczące pacjentów przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w związku z używaniem narkotyków. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- 4) Dane dotyczące zgłoszonych chorób zakaźnych. Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Alfabetyczny wykaz istotnych stron internetowych

1. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej [online] <http://www.cmppp.edu.pl> [z dnia 07.10.2009]
2. Fundacja Dzieci Niczyje [online] <http://www.fdn.pl> [z dnia 07.10.2009]
3. Internetowy Portal AD/HD [online] <http://www.adhd.org.pl> [z dnia 07.10.2009]
4. Instytut Psychiatrii i Neurologii [online] <http://www.ipin.edu.pl> [z dnia 01.10.2009]
5. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii [online] <http://www.narkomania.gov.pl/> [z dnia 01.10.2009]
6. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (Zakład Epidemiologii) [online] <http://www.pzh.gov.pl/page/> [z dnia 01.10.2009]
7. Polskie Towarzystwo ADHD [online] <http://www.ptadhd.pl> [z dnia 07.10.2009]

14. Aneksy

Wykaz wykresów i tabel

- Wykres 1. Sposób ujawnienia przestępstwa.
- Wykres 2. Posiadanie i udzielanie narkotyków przez sprawców w podziale na substancje.
- Wykres 3. Powołanie biegłych w badanych aktach procesowych.
- Wykres 4. Procentowy rozkład wydatków poniesionych przez gminy na realizację poszczególnych obszarów KPPN w roku 2008.
- Wykres 5. Źródło dochodów – odsetki badanych (N = 733).
- Wykres 6. Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni, dziewięć najbardziej popularnych substancji – odsetki badanych.
- Wykres 7. Odsetki badanych, przyjmujących narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 30 dni (N=581) - zachowania ryzykowne.
- Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD-9: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) (wskaźnik na 100 000 mieszkańców).
- Wykres 9. Odsetek przyjętych po raz pierwszy w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD-9: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19).
- Wykres 10. Odsetki pacjentów przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r., w podziale na grupy wiekowe.
- Wykres 11. Odsetki wszystkich pacjentów przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r. oraz pacjentów pierwszorazowych, w podziale na grupy wiekowe.
- Wykres 12. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19), wg typu substancji.
- Wykres 13. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) - wybrane typy środków (liczby pacjentów).
- Wykres 14. Odsetki wszystkich pacjentów przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r. oraz pacjentów pierwszorazowych, wg typów używanych środków.
- Wykres 15. Odsetki kobiet i mężczyzn przyjętych do leczenia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r., wg typów używanych środków.
- Wykres 16. Odsetki kobiet i mężczyzn leczonych po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10: F11-F16, F18, F19) w 2007 r., wg typów używanych środków.
- Wykres 17. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2008 (wg daty rozpoznania).

- Wykres 18. Liczba nowych zachorowań na AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2008 (wg daty rozpoznania).
- Wykres 19. Zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2008 wg płci.
- Wykres 20. Nowe zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2008 wg grupy wiekowej.
- Wykres 21. Liczba zgonów osób chorych na AIDS zarejestrowanych w Polsce do 31.03.2009, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs), według daty zgonu.
- Wykres 22. Pacjenci z podwójną diagnozą wśród wszystkich przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997-2007 (odsetki pacjentów).
- Wykres 23. Ogólna liczba pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997-2007.
- Wykres 24. Liczba programów oraz miast, w których były realizowane programy wymiany igieł i strzykawek w latach 2002-2008 oraz punktów wymiany w latach 2002-2008.
- Wykres 25. Liczby klientów programów wymiany oraz liczby kontaktów w latach 2004-2008.
- Wykres 26. Liczby igieł i strzykawek wydanych w latach 2002-2008.
- Wykres 27. Liczby przestępstw przeciwko Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. (posiadanie, handel, przemyt, udzielanie, nakłanianie i ułatwianie – art. 55-59 oraz 62 Ustawy z 2005 r.) według substancji – dane Policji.
- Wykres 28. Liczby osób podejrzanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. w latach 1999-2008.
- Wykres 29. Liczby podejrzanych nieletnich z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 r. w latach 1999-2008.
- Wykres 30. Skazani prawomocnie na karę pozbawienia wolności z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 i Ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 w latach 1990-2007 w podziale na karę w zawieszeniu i bez zawieszenia
- Wykres 31. Liczba nielegalnych laboratoriów zlikwidowanych w latach 2000-2008.
- Wykres 32. Dynamika cen narkotyków na nielegalnym rynku w latach 1999-2008 (cena średnia w zł za gram w przypadku: amfetaminy, kokainy, heroiny, haszyszu i marihuany; LSD: listek a ecstsy: tabletki)
- Wykres 33. Czystość narkotyków oraz zawartość THC w konopiach na nielegalnym rynku w latach 2004-2008 w procentach.
- Wykres 34. Średnia cena hurtowa marihuany i haszyszu za kilogram w latach 2001-2008
- Wykres 35. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2004-2008 – produkcja marihuany lub haszyszu (art. 63. ust.1., art. 53.ust.1.2, art. 54. ust.1., 2).
- Wykres 36. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2004-2008 – trafficking marihuany lub haszyszu (art. 55.ust.1.,2.,3).
- Wykres 37. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2004-2008 – retail dealing marihuany lub haszyszu (art. 56.1.2.3., art. 59).
- Wykres 38. Odsetek osób zgłaszających się do leczenia z powodu stymulantów na tle innych substancji w latach 1997-2007.
- Tabela 1. Wydatki na realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii poniesione w 2008 r.
- Tabela 2. Używanie poszczególnych narkotyków z uwzględnieniem płci, wieku oraz wykształcenia badanych.
- Tabela 3. Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

- Tabela 4. Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz w ciągu ostatnich 30 dni.
- Tabela 5. Częstotliwość używania poszczególnych substancji psychoaktywnych.
- Tabela 6. Rodzaje narkotyków zażywanych przez kolegów ze studiów w celu poprawy sprawności intelektualnych w zależności od płci.
- Tabela 7. Częstość inicjacji narkotykowej wśród studentów w zależności od płci.
- Tabela 8. Finansowanie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Tabela 9. Odsetki pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (IC-10: F11-F16, F18, F19), wg typów używanych środków.
- Tabela 10. Liczba pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu oraz poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) w latach 2005-2007.
- Tabela 11. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2004-2008 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).
- Tabela 12. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2004-2008 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).
- Tabela 13. Odsetki pacjentów z problemem narkotykowym przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997-2007, według diagnozy ICD-10 oraz ogólna liczba pacjentów.
- Tabela 14. Odsetki pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w 2007 r., wg zespołu uzależnienia.
- Tabela 15. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków w latach 1987-2007.
- Tabela 16. Liczby zgonów z powodu przedawkowania narkotyków (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w latach 2004-2007 wg województw.
- Tabela 17. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków na 100 000 mieszkańców (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w latach 2004-2007 wg województw.
- Tabela 18. Przestępstwa stwierdzone przeciw postanowieniom Ustaw o zapobieganiu narkomanii 1985, przeciwdziałaniu narkomanii 1997 i 2005 w latach 1994-2008.
- Tabela 19. Skazani prawomocnie na karę pozbawienia wolności ogółem i z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 oraz Ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 w latach 1990–2007 w podziale na karę w zawieszeniu i bez zawieszenia
- Tabela 20. Odsetki badanych w 2008 r. oceniających trudność w zdobyciu poszczególnych substancji
- Tabela 21. Ilości ujawnionych narkotyków w Polsce w latach 2000-2008.
- Tabela 22. Ceny narkotyków w 2008 według danych z badania klientów programów niskoprogowych.
- Tabela 23. Analiza ilościowa obszarów tematycznych w reklamach ukazujących się w magazynie Soft Secrets Polska numery od 1/2008 do 3/2009.
- Tabela 24. Analiza ilościowa obszarów tematycznych w reklamach ukazujących się w magazynie „Spliff. Gazeta konopna” numery od 1 do 18.
- Tabela 25. Polskie strony dotyczące upraw marihuany.
- Tabela 26. Ceny hurtowe marihuany i haszyszu w latach 2001-2008.
- Tabela 27. Ujawnienia nielegalnych upraw marihuany w latach 2006-2008.

- Tabela 28. Liczba ujawnionych nielegalnych upraw marihuany oraz łączna masa ujawnionej marihuany w roku 2008 (dane szczegółowe dla 54 ujawnień indoor i outdoor).
- Tabela 29. Proporcje osób zgłaszającym się do leczenia w Gdańsku, przyznających się do używania amfetaminy.
- Tabela 30. Używanie poszczególnych narkotyków w czasie całego życia, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed osadzeniem.
- Tabela 31. Używanie poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed osadzeniem wg wieku w 2007 r.
- Tabela 32. Używanie poszczególnych substancji w zakładach penitencjarnych.
- Tabela 33. Używanie poszczególnych substancji w zakładach penitencjarnych wg wieku badanych w 2007 r.
- Tabela 34. Substancja, która wg uzależnionego sprawia mu najwięcej problemów w podziale na grupy wiekowe.

Wykaz skrótów użytych w tekście

ABW – Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
BSZ CZSW – Biuro Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej
BZP- N-benzylpiperazyna
CBOS – Centrum Badań Opinii Społecznej
CBŚ – Centralne Biuro Śledcze
CINN – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
CMPPP – Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej
DRID - (Drug-related infectious diseases) Choroby zakaźne związane z używaniem narkotyków
DRUID – (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines project) Projekt badań dotyczący prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, narkotyków i leków
DXM – Dekstrometorfan
EDPI – (European Drug Policy Initiative) Europejska Inicjatywa Polityki Narkotkowej
EDDRA – (Exchange on Drug Demand Reduction Action) Europejskie Działania Ograniczające Popyt na Narkotyki
EMCDDA – (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii
ESPAD – (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków
GUS – Główny Urząd Statystyczny
ICD – (International Classification of Diseases) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób
IDI – (Individual In-Depth Interviews) Pogłębione Wywiady Indywidualne
IDU – (Injecting Drug Users) Iniekcijni Użytkownicy Narkotyków
KBPN – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
KGP – Komenda Główna Policji
KPPN – Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii
MDMA - 3,4-metylenodioksymetamfetamina
MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK – Naczelna Izba Kontroli
PTZN – Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii

SANEPID – Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

TDI – (Treatment Demand Indicator) Wskaźnik Zgłaszalności do Leczenia

THC – Tetrahydrokannabinol

WZW C – wirusowe zapalenie wątroby typu C

Część D: Tabele Standardowe i Ustrukturyzowane Kwestionariusze

Tabela Standardowa 02	Badanie w Populacji Generalnej
Tabela Standardowa 03	Charakterystyka osób rozpoczynających leczenie z powodu używania narkotyków
Tabela Standardowa 05	Bezpośrednie zgony związane z używaniem narkotyków
Tabela Standardowa 06	Ewolucja bezpośrednich zgonów związanych z używaniem narkotyków
Tabela Standardowa 09	Rozpowszechnienie wirusowego zapalenia wątroby typu B i C oraz wirusa HIV wśród problemowych użytkowników narkotyków
Tabela Standardowa 11	Przestępstwa narkotykowe
Tabela Standardowa 12	Używanie narkotyków wśród więźniów
Tabela Standardowa 13	Liczba oraz ilość konfiskat nielegalnych substancji psychoaktywnych
Tabela Standardowa 14	Czystość ulicznych nielegalnych substancji psychoaktywnych
Tabela Standardowa 15	Skład tabletek sprzedawanych jako nielegalne substancje psychoaktywne
Tabela Standardowa 16	Ceny w EURO ulicznych nielegalnych substancji psychoaktywnych
Tabela Standardowa 24	Dostęp do leczenia

Egzemplarz bezpłatny



Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii



CENTRUM INFORMACJI
O NARKOTYKACH I NARKOMANII