



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (62) 2013

NR 2

2013

# WPROWADZENIE

*Drodzy Czytelnicy,*

*gorąco polecam wywiad z Januszem Strzeleckim, przewodniczącym Komisji ds. Etyki, który przybliży problemy rodzące się na styku terapii uzależnień i etyki uprawiania tego zawodu. Wydaje się, że w ostatnich kilku latach udało się stworzyć system, który – jak mówi Gość numeru – pomaga budować etos terapeuty uzależnień. Dotychczas niemal jedna trzecia certyfikowanych terapeutów złożyła deklarację przestrzegania zasad Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień. Wywiad dostarcza szczegółowych informacji na temat Kodeksu, działań Komisji oraz zasad i sensu przystąpienia do tego systemu zarówno indywidualnych terapeutów, jak i placówek terapeutycznych.*

*W opublikowanym ostatnio Europejskim Raporcie Narkotykowym za rok 2013, opisującym najnowszą sytuację w zakresie narkotyków, odnotowano korzystne zmiany dotyczące tradycyjnych narkotyków (mniejsza liczba osób po raz pierwszy sięgających po heroinę, mniejsze zainteresowanie narkotykami przyjmowanymi dożylnie oraz malejący poziom zażywania kokainy i konopi indyjskich w niektórych krajach). Wskazano jednak, że te pozytywne tendencje są niwelowane przez problemy związane ze stosowaniem syntetycznych substancji odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. W tym kontekście za ważny należy uznać artykuł Michała Kidawy, opisujący konieczne zmiany w prawodawstwie, które pozwoliłyby lepiej przeciwdziałać zagrożeniom powodowanym przez nowe substancje psychoaktywne w Polsce. Autor opisuje konkretne rozwiązania stosowane w prawie innych krajów europejskich, borykających się z podobnym zjawiskiem. Analizując problem, aktualny stan prawny i zmiany wprowadzane przez poszczególne kraje UE, autor koncentruje się na trzech zagadnieniach, które należałoby zmodyfikować: sposobie definiowania substancji kontrolowanych prawnie, mechanizmach czasowej kontroli substancji i ocenie ryzyka substancji.*

*Dynamicznie rozwija się współpraca Krajowego Biura z byłymi poradzieckimi państwami azjatyckimi. Współpracę z krajami Azji Centralnej, realizowaną w ramach programu Central Asia Drug Action Plan (CADAP), przedstawimy w następnym numerze „Serwisu”, natomiast w tym numerze prezentujemy artykuł o działaniach w ramach programu Partnerstwa Wschodniego (współpraca z Gruzją), które stanowią – jak pisze Łukasz Jędruszek – główny instrument wymiaru wschodniego polityki Unii Europejskiej. Dzięki naszemu wsparciu Gruzja rozwija nowe metody przeciwdziałania narkomanii.*

*Chcę zwrócić Państwa uwagę na artykuł Magdaleny Bielińskiej, Anny Lisieckiej i Anny Radiukiewicz, relacjonujący wyniki rzadko prowadzonych badań jakościowych osób uzależnionych od narkotyków i tych, które wyszły z uzależnienia, dotyczących źródeł stygmatyzacji osób biorących narkotyki, sposobów radzenia sobie ze stygmatyzacją oraz konsekwencji samopiętnowania i piętnowania społecznego. W konkluzji autorki wskazują z jednej strony na negatywne skutki stygmatyzacji, z drugiej zaś stwierdzają, że „wspomnienia o kompromitującej skłonności” paradoksalnie wzmacniają motywację do utrzymywania abstynencji po wyjściu z uzależnienia i „chronią osoby żyjące w trzeźwości przed pokusą wzięcia narkotyków”. Badania były prowadzone przez zespół Fundacji „Wiedza lokalna” w ramach projektu „Rola społecznego piętna w powrocie z uzależnienia”, zleconego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.*

*Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### ETYKA SKŁADA SIĘ Z PYTAŃ

Janusz Strzelecki ..... 2

## Leczenie, redukcja szkód

### ZJAWISKO NOWYCH NARKOTYKÓW W ŚWIELE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W POLSCE – PROPOZYCJA STWORZENIA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU

Michał Kidawa ..... 7

### ODBIORCY PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK W 2012 ROKU – WYNIKI BADAŃ

Artur Malczewski ..... 12

## Redukcja podaży

### SYTUACJA W OBSZARZE NARKOTYKÓW SYNTETYCZNYCH I PREKURSORÓW NARKOTYKOWYCH W POLSCE NA TLE UNII EUROPEJSKIEJ

Ilona Kieres-Salamoński ..... 19

## Badania, raporty

### POLITYKA NARKOTYKOWA W DUŻYCH MIASTACH CZ. II

Artur Malczewski, Anna Misiurek ..... 25

### ROLA PIĘTNA W PROCESIE WYCHODZENIA Z NAŁOGU

Magdalena Bielińska, Anna Lisiecka, Anna Radiukiewicz ..... 30

## Współpraca międzynarodowa

### WSPÓŁPRACA Z GRUŻĄ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOTYKOM I NARKOMANII

Łukasz Jędruszek ..... 35

## Diagnostyka

### PROBLEM MARGINALIZACJI SPOŁECZNEJ UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Anna Strzelecka ..... 37

## Polityka antynarkotykowa

### TWORZENIE KRAJOWEGO CENTRUM MONITOROWANIA NARKOTYKÓW I NARKOMANII

Marta Struzik ..... 43

## Profilaktyka

### PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH WYSTARTOWAŁ

..... 47

## Internet

PROJEKT CANDIS, SERWIS WWW.NARKOMANIA.ORG.PL ..... III okładka

PROGRAM CANDIS – PLAKAT I ULOTKA ..... IV okładka

**Z Januszem Strzeleckim – przewodniczącym Komisji ds. Etyki przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, specjalistą terapii uzależnień – rozmawia Tomasz Kowalewicz.**



## ETYKA SKŁADA SIĘ Z PYTAŃ

**– Jakie cele realizuje Komisja ds. Etyki?**

– Ujmując rzecz proceduralnie, Komisja ds. Etyki rozpatruje skargi dotyczące

tych terapeutów, którzy podpisali oświadczenie o akceptacji i woli przestrzegania zasad Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień. Ponadto Komisja udziela odpowiedzi na pytania o interpretację poszczególnych zapisów Kodeksu. Nie jest to łatwe, bo mimo iż Kodeks stanowi spójny system zasad, to na styku powinnyści z niego wynikających i bieżącej, codziennej pracy powstaje szereg niejasności i komplikacji.

Misją Komisji jest natomiast – najogólniej rzecz określając – wzbudzanie refleksji etycznej, zachęcanie do rozważań, czy w pracy terapeutycznej zawsze kierujemy się dobrem naszych pacjentów.

**– W tym, co Pan powiedział, zwracają uwagę dwie rzeczy. Po pierwsze, że Komisja działa tylko w odniesieniu do tych osób, które podpisały deklarację. Druga rzecz to specyficzna reaktywność Komisji, która polega na tym, że podejmuje ona działanie w odpowiedzi na kierowaną do niej skargę bądź pytanie.**

– Formalnie tylko ci terapeuci, którzy podpisali oświadczenie, w którym akceptują zasady Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień oraz deklarują ich przestrzeganie, odpowiadają przed Komisją, zgadzając się na poddanie się procedurze przewidzianej Regulaminem pracy Komisji. Jako środowisko zawodowe nie tworzymy korporacji, nie możemy zatem objąć zasięgiem Kodeksu i Komisji wszystkich aktywnych zawodowo terapeutów uzależnień. Zdarzają nam się jednak – i to nierzadko – sprawy dotyczące terapeutów spoza listy. W takich sytuacjach Komisja może jedynie zwrócić się do takich osób z prośbą o złożenie wyjaśnień. Uważam, że to i tak dużo. Nie mamy jednak wpływu na to, czy te osoby zrobią to, czy nie.

Co do drugiej sprawy, to Komisja ma możliwość wychodzenia z własną inicjatywą. Trudno mi jednak wyobrazić sobie sytuację, w której Komisja pełniłaby rolę prokuratury. Wydajemy natomiast oświadczenia dotyczące spraw ogólnych, na przykład na temat etycznych uwarunkowań standardów terapii uzależnień. Ostatnio zabraliśmy głos w sprawie wyrzucenia z domu uzależnionego dziecka jako quasi-metody wzbudzania w nim motywacji do podjęcia leczenia. Inny przykład to zajęcie stanowiska w kwestii tak zwanej ergoterapii, czyli terapii pracą, nadużywanej szczególnie w stacjonarnych ośrodkach rehabilitacyjnych (oświadczenia Komisji są publikowane na stronie [www.kodeksetyki.pl](http://www.kodeksetyki.pl)).

W wypadku indywidualnych, drastycznych, a szczególnie tych publicznie znanych naruszeń zasad etycznych, Komisja mogłaby z własnej inicjatywy zająć bardzo ostrożne stanowisko, ale, w mojej ocenie, wyłącznie w trybie warunkowym, ponieważ Komisja nie ma żadnych instrumentów śledczych czy badawczych, które umożliwiłyby zgromadzenie obiektywnego materiału dowodowego.

**– Ile osób podpisało dotychczas oświadczenie, akceptując zasady Kodeksu?**

– Na koniec kwietnia 2013 roku było to 321 osób.

**– Jaka to część czynnego środowiska terapeutów uzależnień?**

– Można to szacować w różny sposób. Najprostszy to odniesienie tej liczby do liczby osób, które uzyskały dotychczas certyfikat specjalisty bądź instruktora terapii uzależnień, wydany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Takich osób jest około 1000, a więc Kodeksu zobowiązała się przestrzegać około 1/3 certyfikowanych terapeutów. Musimy wziąć poprawkę na to, że w tej grupie znajdują się też takie osoby, które są w trakcie szkolenia lub jeszcze przed szkoleniem, a więc ten odsetek jest w praktyce nieco mniejszy.



**– Proszę powiedzieć kilka słów o Kodeksie Etyki, na straży którego stoi Komisja.**

– Kodeks powstał w 2007 roku jako wynik potrzeby, odczuwanej przynajmniej przez część środowiska, uporządkowania sfery etyki zawodowej terapeuty uzależnień. Proces opracowywania pierwszej wersji Kodeksu trwał bardzo długo. Już wówczas było jasne, że Kodeks nie jest doskonały, że z pewnością będzie wymagał zmian. Doszło do nich w 2012 roku, po paromiesięcznej pracy. Gdyby teraz ktoś mnie zapytał, czy aktualna wersja jest ostateczna, zamknięta i nienaruszalna, powiedziałbym, że nie. Minie parę lat, zmieni się skład Komisji, zapewne pojawią się inne potrzeby i nowe pomysły rozwiązań.

**– Jakie zmiany wprowadzono w zeszłym roku?**

– Zmiany nie dotyczyły spraw zasadniczych, większość z nich to zmiany porządkujące i uściślające część zapisów. Istotną nowością były ustalenia końcowe, dające Komisji możliwość publikacji nie tylko listy terapeutów, ale także listy tych placówek, w których wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego złożyli oświadczenia o akceptacji zasad Kodeksu.

**– Czy dobrze rozumiem, że placówka jest umieszczana na liście, jeśli cała kadra jest afiliowana na liście akceptującej Kodeks?**

– Tak. Na listę wpisane są 33 placówki, których cały zespół zaakceptował Kodeks. Obie listy – terapeutów i placówek – są dostępne na stronie internetowej [www.kodeksetyki.pl](http://www.kodeksetyki.pl)

**– Jak Pan sądzi, dlaczego tylko jedna trzecia certyfikowanych terapeutów podpisała oświadczenie a pozostali nie? Czy to wynika z niewiedzy, czy z niechęci?**

– Początkowo myślałem, że to wynik braku wiedzy o Kodeksie. Komisja powstała dopiero w 2008 roku. Trochę po cichu, bez specjalnego nagłośnienia. Później zacząłem jednak mieć wątpliwości, czy to jedyna przyczyna. Stworzyliśmy stronę internetową poświęconą Kodeksowi, Komisja rozpoczęła działalność, zajmowała się kolejnymi sprawami, można więc doszukiwać się innych powodów. Jedną z przyczyn niepodpisywania oświadczenia może być przeświadczenie, z którym się parokrotnie spotkałem, że skoro ktoś przestrzega zasad etycznych, to dlaczego miałby się wpisywać na jakąś

listę i poddawać ocenie Komisji, co prawda przy Krajowym Biurze, co jest ważne, ale Komisji złożonej z niekoniecznie znanych mu osób.

W grę mogą wchodzić także inne powody. Można się na przykład zastanawiać nad relacją między osiągalną w naszej pracy skutecznością a wymiarem etycznym terapii. Praca terapeuty uzależnień jest bardzo trudna i obciążająca, a skuteczność, wyleczalność osób uzależnionych jest relatywnie niska. Jak się ma skuteczność oddziaływań terapeutycznych do ich etyczności? Co jest ważniejsze? Czy jedno wyklucza drugie? Czy działanie skuteczne może być nieetyczne? Czy komponent etyczny jest niezbywalnym elementem kompetencji zawodowych terapeuty uzależnień, czy też nie? Spotykałem w przeszłości osoby, które miały tak ogromną potrzebę sukcesu, że wykluczało to jakąkolwiek refleksję na poziomie etycznym.

Niechęć do składania oświadczeń być może po części wynika też z uwarunkowań historycznych systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w Polsce. System ten, czy też może raczej quasi-system, powstał przed laty na bazie sieci ośrodków stacjonarnych, dostosowanych do specyficznych potrzeb pacjentów, głównie opiatowych. Warto przy tym pamiętać, że metoda społeczności terapeutycznej długo nie była w jakikolwiek sposób opracowywana teoretycznie. I to nie tylko w Polsce. Była w gruncie rzeczy bardzo intuicyjna, a poszczególne społeczności broniły się nawet przed próbami teoretycznego opracowania stosowanego przez siebie modelu oddziaływań. Niektóre ośrodki były tak głęboko przekonane o własnej wyjątkowości i skuteczności, że chciały to, co robią, zachować dla siebie. To powodowało brak zewnętrznego wglądu w pracę części ośrodków, weryfikacji stosowanych tam metod, co prowadziło nierzadko do naruszeń praw pacjenta i etyki zawodowej, których przykładem może być nadużywanie w terapii pracy pacjentów. Aby uniknąć nieporozumień, chcę po raz kolejny wyraźnie powiedzieć, że naruszenia praw pacjenta i etyki zawodowej dotyczą wszystkich i wszystkiego, poczynawszy od profilaktyki, poprzez ambulatoryjną i stacjonarną terapię i rehabilitację, readaptację, a skończywszy na programach ograniczania szkód.

**– Czy chodzi o to, że zmuszano pacjentów do zbyt intensywnej pracy?**

– Sądzę, że nie tyle zbyt intensywnej, ile niedostosowanej do możliwości i potrzeb pacjenta, a także do celu terapii. Uważam, że praca jest istotnym, niezbędnym składnikiem metody społeczności terapeutycznej. Ale nie jedynym. Jej

stosownie nie może ograniczać dostępu do innych form terapii, na przykład do psychoterapii grupowej i indywidualnej, zajęć edukacyjnych czy zajęć tzw. alternatywnych, kształtujących konstruktywne formy wypełniania czasu wolnego. Nie może też ograniczać dostępu do edukacji i rozwoju osobistego. Autorzy i realizatorzy programów ośrodków stacjonarnych powinni w związku z tym, moim zdaniem, odpowiedzieć sobie na wiele pytań. Między innymi na pytania o cel i sens pracy, o jej rodzaj i jakość, o jej wymiar czasowy, o granicę pomiędzy pracą uwarunkowaną terapeutycznie a pracą podporządkowaną celom gospodarczym.

Ale etyka przecież składa się głównie z pytań. Także pytań o dopuszczalność metod naruszających godność osobistą pacjenta, takich na przykład jak, mam nadzieję, już niestosowane, noszenie przez pacjentów tabliczek z obraźliwymi sformułowaniami.

**– Wyobrażam sobie osobę, która by powiedziała, że to jest godność narkomańska i właśnie ją trzeba złamać.**

– I tu pojawia się kolejne pytanie: jak wyznaczyć granicę pomiędzy godnością narkomana a godnością człowieka? Przywołajmy na przykład jeszcze raz sprawę wyrzucenia z domu osoby uzależnionej. Mam w sobie ogromny sprzeciw wobec takich zaleceń, bo przecież nie metodzie, choć dostrzegam też dramat i desperację rodzin, które nie mogą się pogodzić z uzależnieniem dziecka i jego skutkami. Niestety, wszystko wskazuje na to, że niektóre osoby zajmujące się pomocą osobom uzależnionym i ich rodzinom, mam nadzieję będące w mniejszości, nie tylko takie „rozwiązania” aprobują, ale je doradzają.

**– Takie postępowanie prawnych opiekunów nieletniej uzależnionej osoby jest przecież nielegalne. Jak terapeuta może im coś takiego proponować, skoro to jest sprzeczne z prawem? Nielegalne jest chyba też wyrzucenie z domu pełnoletniej osoby, która w tym domu jest zameldowana.**

– Z całą pewnością jest to sprzeczne z prawem wówczas, gdy osoba już pełnoletnia kontynuuje naukę. Ważniejsze jest jednak co innego. Takie postępowanie jest obarczone ogromnym ryzykiem. Jego konsekwencje mogą być nieodwracalne. Jako terapeuta nie mógłbym wziąć na siebie takiej odpowiedzialności. Nie da się przewidzieć tego, co się później wydarzy.

**– Co może zrobić terapeuta w sytuacji, gdy rodzice podejmują decyzję wyrzucenia z domu uzależnionego dziecka?**

– Moim zdaniem można jedynie wspomagać rodzinę poprzez wspieranie jej w procesie podejmowania przez nią własnych autonomicznych decyzji. Przez wspieranie rozumiem między innymi dążenie do rozszerzenia pola decyzyjnego, czyli pokazanie, jakie są ewentualne korzyści i zagrożenia związane z podjęciem takiej decyzji. Ale ostatecznie decyzję podejmuje rodzic, a nie terapeuta. I to rodzic ponosi odpowiedzialność za konsekwencje tej decyzji.

**– Wracając do Komisji, kto ją powołuje?**

– Komisja jest powoływana przez dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

**– Ile trwa jej kadencja?**

– Cztery lata, zgodnie z nowym regulaminem pracy Komisji, który powstał w ubiegłym roku. Poprzednio Komisja była bezkadencyjna. Regulamin jest dostępny na stronie [www.kodeksetyki.pl](http://www.kodeksetyki.pl).

**– Z ilu osób składa się Komisja i kim są jej członkowie?**

– Jest to osiem osób. Wszystkie są doświadczonymi terapeutami z odpowiednim rodzajem wrażliwości moralnej, chociaż jest to być może kwestia subiektywnej oceny. Przyznam, że od pewnego czasu mam poważne wątpliwości dotyczące kwalifikacji etycznych jednej z osób zasiadających w Komisji. W moim przekonaniu członkiem Komisji może być wyłącznie ktoś o wyjątkowych kompetencjach zawodowych i etycznych, kto cieszy się autorytetem w środowisku.

**– Jak się do takich osób dociera? Czy to dyrektor Krajowego Biura je proponuje, czy funkcjonuje inna metoda zapraszania osób do Komisji, a może same się do niej zgłaszają?**

– Dyrektor Krajowego Biura powołuje skład Komisji, po uprzednim zasięgnięciu opinii środowiska, które doskonale zna. Zna też realia pracy terapeuty uzależnień, sam wiele

lat pracował jako terapeuta, prowadził też ośrodek rehabilitacyjny. Wiem, że dyrektor Krajowego Biura zwracał się z prośbą o opinię na temat ewentualnych kandydatów na członków Komisji do wielu osób.

**– Czy ośmioro doświadczonych terapeutów to nie jest zbyt homogeniczny skład? Czy w Komisji nie powinien być na przykład reprezentant środowiska akademickiego, albo prawniczego?**

– Mówimy o etyce terapeuty uzależnień, co jakby z definicji narzuca skład Komisji. Powiedziałem, że członkami Komisji są terapeuci, bo wszyscy posiadają certyfikat terapeuty uzależnień. Jednak jeden z nas jest jednocześnie lekarzem psychiatrą, bardzo dobrze zorientowanym w specyfice pracy w programach substytucyjnych, co powinno ułatwić procedowanie w sprawach związanych z terapią zastępczą czy podwójną diagnozą. Zastanawiałem się kiedyś, czy nie należałoby powołać do składu Komisji osoby duchownej, ponieważ stosunkowo dużo takich osób wykonuje zawód terapeuty uzależnień.

Co do kwestii prawnych – obsługę prawną Komisji zapewnia radca prawny Krajowego Biura. Uważam, że to wystarczy.

**– Czyli alternatywą dla posiadania ekspertów w składzie Komisji jest korzystanie z ekspertów zewnętrznych?**

– Tak. Komisja ma nie tylko możliwość korzystania ze wsparcia eksperckiego, ale także zapraszania na swoje posiedzenia dowolnej osoby z zewnątrz głosem doradczym. To bardzo dobrze się sprawdza.

**– Czy decyzje Komisji mają „moc sprawczą”? Czy zmieniają coś w rzeczywistości?**

– Myślę, że Komisja ma rzeczywistą moc sprawczą, choć jednocześnie paradoksalnie uważam, że Komisja nie jest od karania, a przynajmniej że nie to stanowi istotę jej działalności. Komisja jest od uświadamiania i przypominania, że minęły czasy, kiedy wszystko było wolno, bo nie istniały ani etos, ani etyka terapeuty uzależnień. Z tego punktu widzenia nie jest dla mnie aż tak istotne, czy osoba, która mogła naruszyć zasady etyki zawodowej, podpisała oświadczenie, czy nie. W moim przekonaniu wysłanie pisma z prośbą o złożenie wyjaśnień – nawet jeśli adresat nie musi tego zrobić, bo nie ma go na liście – już zmienia rzeczywistość.

**– Co konkretnie może zrobić Komisja?**

– Po pierwsze, Komisja może oddalić skargę, jeśli uzna ją za niezasadną. To ujawnia bardzo ważny, choć często pomijany walor Kodeksu, Komisji i listy terapeutów, którzy złożyli oświadczenie o akceptacji zasad Kodeksu. Otóż dają one terapeutom instrument obrony przed niesłusznymi oskarżeniami i pomówieniami. Każdy terapeuta, który podpisał oświadczenie, może w sytuacji krzywdzącego zarzutu zwrócić się do Komisji z prośbą o uruchomienie w jego sprawie procedury wyjaśniającej.

Po drugie, jeśli Komisja uzna zasadność zarzutu, może udzielić terapeutcie upomnienia. Po trzecie Komisja może zawiadomić władze instytucji, w której terapeuta pracuje. W końcu może też wykreślić nazwisko osoby, która naruszyła zasady Kodeksu z listy terapeutów.

**– Czy upomnienie jest przekazywane tylko osobie upomnianej, czy jest gdzieś nagłaśniane?**

– Przekazujemy je listownie tylko tej osobie. Personalne upublicznienie sprawy byłoby ogromną karą; są też wątpliwości, czy byłoby zgodne z prawem, poza oczywiście sytuacjami, gdy obie strony wyrażają zgodę na upublicznienie sprawy.

**– A co z zawiadomieniem przełożonych?**

– Zawiadomienie przełożonego o tym, że podlegający mu pracownik popełnił czyn nieetyczny, zgodnie z moją wiedzą, nie budzi prawnie zastrzeżeń. Komisja zawiadamia, ale nie decyduje o konsekwencjach. Decyzję o nich albo o ich braku podejmuje przełożony.

**– Czy skreślenie z listy terapeutów akceptujących Kodeks wiąże się z cofnięciem lub zawieszeniem certyfikatu terapeuty uzależnień?**

– Nie. Tego nie da się zrobić. O ile wiem, nie istnieje procedura odebrania certyfikatu, poza oczywiście sytuacją podania niezgodnych z prawdą danych dotyczących na przykład wykształcenia.

**– Czy wymienione sposoby postępowania Komisji wyczerpują listę?**

– Nie. Pozostaje jeszcze rzecz zupełnie oczywista – Komisja może złożyć zawiadomienie do prokuratury.



**– Jakie konkretne sprawy rozpatrywała Komisja?**

– Komisja zajmowała się około dwudziestoma sprawami. Stosunkowo niewiele z nich dotyczyło relacji pacjenta z terapeutą, tylko cztery od 2008 roku. Sporo natomiast skarg odnosiło się do sporów między terapeutą i jego pracodawcą, co mnie trochę dziwi, bo wszystkie one kwalifikowały się do sądu pracy, a nie do Komisji ds. Etyki.

Pamiętam też sprawę, która dotyczyła popełnienia plagiatu studium przypadku złożonego w ramach szkolenia certyfikującego. Ktoś, kto dopuścił się ewidentnej kradzieży, prosił, żebyśmy się wstawili za nim u dyrektora Krajowego Biura, bo chciałby napisać teraz prawdziwą pracę (*śmiech*).

Zdarzały się skargi pacjentów. Ale nie dotyczące relacji pacjent – terapeuta. Pacjenci skarżyli się, że pewni konkretni terapeuci, pełniący jednocześnie funkcje administracyjne lub doradcze, utrudniają swoimi opiniami dostęp do uznanych naukowo metod leczenia. Chodziło o terapię substytucyjną, a zarzut dotyczył osobistych negatywnych wobec niej poglądów terapeutów, co uniemożliwiało sporej grupie pacjentów dostęp do terapii substytucyjnej w jednym z dużych miast.

**– I jakie stanowisko zajęła Komisja?**

– Po przeanalizowaniu dokumentacji i wyjaśnień udzielonych przez osoby, przeciwko którym skierowano skargę, uznaliśmy zarzuty za niezasadne. Muszę jednak przyznać, że – uczestnicząc w podejmowaniu podobnych decyzji – rzadko mam całkowitą pewność i poczucie braku wątpliwości. Zawsze pojawiają się pytania, na przykład o to, czy dokumentacja, którą nam dostarczono, jest pełna, czy tylko wybrana.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Stosunkowo niedawno dostrzegłem, że w sprawach dotyczących nieetycznego postępowania terapeuty wobec pacjenta, skarg nie składali pacjenci. Sądzę, że jest to symptomatyczne. Skargi, którymi się zajmowaliśmy, były zgłaszane przez innych terapeutów albo przez otoczenie pacjentów. Myślę, że trzeba się poważnie zastanowić nad tym, z jakich powodów ewidentnie poszkodowani pacjenci – w niektórych wypadkach także w sferze emocjonalnej i seksualnej – nie zwracają się do Komisji ds. Etyki. To niezwykle ważne pytanie – związane z trudną sytuacją człowieka uzależnionego, najpierw ubezwłasnowolnionego przez chemię, a potem przez nieetycznego terapeutę lub nieetycznie ukształtowane środowisko terapeutyczne.

**– Wcześniej mówił Pan, że Komisja rozpatrywała tylko cztery przypadki skarg dotyczących relacji pacjent – terapeuta. Czy podejrzewa Pan, że takich problemów jest więcej, tylko nie docierają do was?**

– Powiem z pełnym przekonaniem, że naruszeń etyki zawodowej jest zdecydowanie mniej niż dziesięć lub dwadzieścia lat temu. Zawsze jednak trzeba pamiętać o specyficznej sytuacji uzależnionego pacjenta, często niebędącego w stanie uświadomić sobie, że to, co bierze za normę (w myśl zasady: „tak robią inni, tak robią też terapeuci”), jest w istocie poważnym od niej odstępstwem i naruszeniem jego praw, a także zasad etyki zawodowej. Uzależniony pacjent nie ma w sobie na tyle siły, żeby przeciwstawić się autorytetowi terapeuty. Poza tym, umówmy się, terapeuci nie wykorzystują swoich pacjentów „od świtu do zmroku”. Działania nieetyczne zazwyczaj jedynie się zdarzają.

Od terapeuty, także od siebie jako terapeuty i członka Komisji, wymagam głębokiej wrażliwości i empatii. Dla mnie współodczuwanie i wspomaganie – a nie doradzanie – są istotą kontaktu terapeutycznego. Gdy decydowałem się na pracę w Komisji ds. Etyki, na udział w tworzeniu Kodeksu, to właściwie źródła moich ówczesnych decyzji były – jakkolwiek by to nie brzmiało – egoistyczne. Jako terapeuta miałem potrzebę etycznego zweryfikowania swojej pracy. Często ostatnio mówię, że Komisja nie jest od karania, ale od refleksji. Na przykład takiej, że o jakości i wartości pracy terapeuty decydują nie tylko jego sprawność i skuteczność, ale przede wszystkim emocjonalne nastawienie na dobro innego człowieka – z jego wrażliwością, potrzebami, wyjątkowością, duchowością.

Stosunek do Kodeksu i Komisji jest oczywiście indywidualną sprawą każdego z nas. Sądzę, że każdy z członków Komisji i każdy z terapeutów, którzy wpisali się na listę, ma własną motywację, własne powody, dla których zdecydował się poddać osądowi innych ludzi.

**– Myślę, że to jest dobre podsumowanie naszej rozmowy. Muszę przyznać, że nie myślałem o tym od tej strony, że Kodeks Etyki może powodować wzrost samoświadomości.**

– Gdybyśmy rozmawiali trzy lata temu, to nie jestem pewien, czy potrafiłbym w taki sposób na to popatrzeć.

**– Dziękuję za rozmowę.**



*Artykuł jest analizą rozwiązań prawnych dotyczących „dopalaczy”, której pierwsza część została przedstawiona w numerze 4 „Serwisu Informacyjnego Narkomania” w 2012 roku. Wówczas to wskazałem na pewne deficyty istniejących rozwiązań prawnych. W niniejszym tekście chciałbym zaproponować kierunki zmian prawnych, które w mojej opinii pozwoliłyby skuteczniej i bardziej racjonalnie przeciwdziałać możliwym zagrożeniom powodowanym przez nowe substancje psychoaktywne w Polsce. Przedstawione rozwiązania wykorzystywane są coraz częściej w prawodawstwach europejskich jako elementy zintegrowanego i wielopłaszczyznowego podejścia do przedmiotowego problemu.*

## ZJAWISKO NOWYCH NARKOTYKÓW W ŚWIECIE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W POLSCE – PROPOZYCJA STWORZENIA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU

Michał Kidawa

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

Analiza rozwiązań prawnych stosowanych w Europie i zmian zachodzących w europejskich systemach prawnych wskazuje na trzy zagadnienia, którym bliżej należałoby się przyjrzeć. Są to: kwestie sposobu definiowania substancji kontrolowanych prawnie, mechanizmy czasowej kontroli substancji i ocena ryzyka substancji. W kontekście rozwiązań prawnych i systemowych szczególnie ten ostatni element wydaje się kluczowy, dlatego poświęcę mu najwięcej miejsca.

### Wykazy i definicje

Dyskusja nad zagadnieniami związanymi ze sposobem definiowania substancji kontrolowanych w aktach prawnych przybrała w ostatnich latach na sile w związku z dynamicznym rozwojem nowych substancji psychoaktywnych. Przyjrzyjmy się sposobom ich definiowania. Najczęściej występującym rozwiązaniem w Europie jest prowadzenie tzw. *individual listing*. Polega ono na wpisywaniu do aktów prawnych pojedynczych substancji precyzyjnie zdefiniowanych pod kątem struktury chemicznej (EMCDDA, 2009). Ich dodawanie może się odbywać w drodze procedur standardowych – w wypadku Polski taka procedura wiąże się ze zmianą ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i wymaga pełnego procesu legislacyjnego z konsultacjami międzyresortowymi.

Oprócz procedur standardowych, w Europie wykorzystywane są także procedury przyspieszone, skracające proces legislacyjny, oraz procedury awaryjne, tzn. takie, które pozwalają na przyspieszoną kontrolę substancji na pewien okres. Różnica pomiędzy procedurą przyspieszoną a awaryjną polega na tym, że w przypadku tej pierwszej kontrola jest stała, a w przypadku drugiej – czasowa.

Poza przytoczonym sposobem kontroli stosowane są również rodzajowe (zwane także generycznymi) oraz analogowe systemy kontroli substancji. Oba systemy opierają się na koncepcji bardziej ogólnego definiowania substancji, co w konsekwencji pozwala na wprowadzanie pod kontrolę całych grup substancji. Zasadniczą różnicą jest tutaj zakres i precyzja definiowania substancji.

Definicje rodzajowe (generyczne) wykorzystują precyzyjnie zdefiniowane grupy substancji, najczęściej w ramach rejestrów indywidualnych. W konsekwencji poza substancją bazową kontrolowane są także jej izomery, sole, estry i etery.

Analogowy system definiowania substancji jest mniej precyzyjny. Odnosi się do ogólnego wskazania na podobieństwo struktury chemicznej do substancji bazowej i podobieństwo w działaniu farmakologicznym. Przykładowo definicja używana w Stanach Zjednoczonych wygląda następująco: „substancja, której struktura

chemiczna jest zasadniczo podobna do substancji kontrolowanej [oraz] która ma stymulujące, depresyjne lub halucynogenne działanie na ośrodkowy układ nerwowy takie samo lub silniejsze niż substancja kontrolowana (...). [United States' Federal Analogue Act (1986)].

W tym przypadku definicja zawiera zarówno odniesienie do zbliżonej struktury chemicznej (czyli pochodnej), jak i do efektów psychoaktywnych, jakie substancja wywołuje.

Obecnie w Europie dość wyraźnym trendem jest stosowanie coraz częściej rozwiązań z zakresu prawa generycznego. Wynika to ze stricte pragmatycznego założenia. W krajach europejskich, podobnie jak w większości krajów świata, z roku na rok pojawia się coraz więcej nowych substancji psychoaktywnych. Większość systemów opartych na indywidualnym wymienianiu substancji nie jest w stanie skutecznie przeciwdziałać rozwojowi tego zjawiska. Wszelkie zmiany prawne następują zbyt wolno, a obecne systemy nie są przystosowane do tak dużej dynamiki pojawiania się nowych substancji psychoaktywnych na rynku. W ostatnim roku EMCDDA w ramach systemu wczesnego ostrzegania zidentyfikowało 73 nowe substancje (EMCDDA, 2013). Od 2008 roku każdego roku ich liczba systematycznie wzrastała (w 2008 roku było ich 14, w 2009 roku 24, w 2010 roku już 41, w 2011 roku 49). Z drugiej strony większość systemów prawnych nie pozwala na stosowanie najszerszych definicji analogowych. Wiąże się to z ogólnymi zasadami prawnymi dotyczącymi określoności prawa, czyli jasnego zdefiniowania, co jest przedmiotem przestępstwa, wywodzącymi się bezpośrednio z zasady prawnej *nulla pena sine lege* (nie ma przestępstwa bez ustawy) (Krajewski, Zontek, 2013). Wprowadzenie rozwiązań z zakresu prawa generycznego z jednej strony pozwala jednocześnie objąć kontrolą prawną wiele substancji w ramach jednej zmiany prawnej, z drugiej zaś w sposób wystarczająco precyzyjny określa przedmiot przestępstwa. Tego typu rozwiązania próbuje się wprowadzić także na gruncie prawa polskiego. Jednak część środowiska prawniczego uznaje zapisy generyczne za niezgodne z Konstytucją i zasadą określoności prawa. Na szczęście w ostatnim czasie pojawiają się opinie ekspertów z zakresu nowych substancji, a także prawników (Krajewski, Zontek, 2013), że zmiana taka może być z jednej strony bardzo skutecznym narzędziem ograniczania zjawiska nowych substancji, z drugiej, że jest zgodna z Konstytucją, gdyż precyzyjnie definiuje

strukturę chemiczną kontrolowanych substancji i nie stanowi naruszenia podstawowych zasad systemu prawnego. Dodatkowo zdaje się to potwierdzać fakt, że wiele państw posiadających zbliżoną konstytucję i system prawny wprowadziło tego typu rozwiązania.

Generyczny sposób definiowania substancji jest obecnie koniecznością w budowaniu skutecznego systemu prawnego nastawionego na ograniczenie potencjalnych zagrożeń związanych ze zjawiskiem nowych substancji psychoaktywnych. Kolejnym istotnym elementem takiego modelowego i skutecznego systemu jest tzw. kontrola czasowa.

## Kontrola czasowa

Mechanizmy kontroli czasowej coraz częściej pojawiają się w rozmaitych systemach prawnych. W tym celu niejednokrotnie wykorzystywane są inne niż prawo narkotykowe uregulowania, takie jak prawo ochrony konsumentów, prawo bezpieczeństwa produktów czy legislacja dotycząca produktów medycznych albo bezpieczeństwa żywności. Stosowanie kontroli czasowej wynika z kilku podstawowych przesłanek. Pierwszą jest fakt długości trwania procesu legislacyjnego. W większości krajów Europy standardowe procedury wprowadzania substancji pod kontrolę prawną, z uwagi na złożoność procesu legislacyjnego, zajmują około roku (EMCDDA, 2009). Obecność substancji na rynku w tym okresie może powodować zagrożenie dla ogólnie pojętego zdrowia publicznego. Kontrola czasowa pozwala w szybki sposób wycofać substancję z rynku na okres przeprowadzenia procesu legislacyjnego i oceny ryzyka związanego z jej obecnością na rynku. Tego typu rozwiązanie wprowadzono w roku 2012 na Węgrzech (Ujváry, 2012) i na podstawie prawa farmaceutycznego także w Niemczech. Podobne zmiany planowane są w Wielkiej Brytanii (Hughes, 2011).

Na gruncie prawa polskiego, w związku z nowelizacją w 2010 roku ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>1</sup>, także pojawiły się przepisy dotyczące kontroli czasowej. Artykuł 27c ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>2</sup> wprowadza przepisy pozwalające Głównemu Inspektorowi Sanitar-nemu wycofać produkt z rynku na okres 18 miesięcy, w przypadku pojawienia się przesłanek, że stwarza on zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Przepis ten niestety został niejako „wyrwany z kontekstu”. W trakcie

procedowania ustawy zdecydowano się na usunięcie innych przepisów dotyczących oceny ryzyka (szerzej pisałem o tym w poprzednim artykule Kidawa, 2012). Ponadto zdecydowano się na odwołanie do „produktów” a nie do substancji z uwagi na wyznaczenie do nadzoru nad przestrzeganiem przepisu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Te drobne modyfikacje wpłynęły na fakt, że artykuł 27c jest w praktyce martwy i nie jest jasne, jak można by go wykorzystać. Umieszczenie przedmiotowego przepisu w odpowiedniej perspektywie pozwoliłoby na jasne wskazanie celowości wprowadzonej zmiany. Kolejnym elementem budowania kompleksowego i nowoczesnego rozwiązania dotyczącego kontroli nowych substancji psychoaktywnych jest system oceny ryzyka, wspomagający proces decyzyjny i pozwalający oprzeć go na naukowej ocenie dostępnych przesłanek.

## System oceny ryzyka

Systemy oceny ryzyka związanego z nowymi substancjami psychoaktywnymi funkcjonują w większości krajów europejskich. Taki system funkcjonuje także na poziomie europejskim i jest realizowany przez EMCDDA. Konieczność wprowadzenia odpowiednich procedur starałem się wykazać w poprzednim artykule (Kidawa, 2012). Obecnie chciałbym się skupić na opisie rozwiązań, które, moim zdaniem, byłyby możliwe do zaimplementowania u nas. Projektowanie systemu wydaje się stosunkowo proste, ponieważ istnieją i z powodzeniem funkcjonują dobrze opisane systemy naukowej oceny ryzyka zarówno na poziomie europejskim (system EMCDDA), jak i krajowym (np. w Wielkiej Brytanii czy Holandii). Zaprezentowana przeze mnie koncepcja Zespołu ds. Oceny Ryzyka nowych substancji psychoaktywnych jest próbą dostosowania rozwiązań używanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii do polskich warunków.

## Skład i kompetencje Zespołu

Podstawowym zadaniem Zespołu ds. Oceny Ryzyka nowych substancji psychoaktywnych byłoby przygotowanie ekspertyz i rekomendacji dla decydentów (np. ministra zdrowia lub Rady Ministrów). Zespół mógłby funkcjonować jako ciało nieministerialne przy Radzie Ministrów lub jako zespół specjalny przy ministrze zdrowia. Za pierwszym rozwiązaniem przemawia

fakt, że wprowadzanie substancji pod kontrolę prawną ma wpływ nie tylko na sferę zdrowia publicznego, będącego w kompetencji ministra zdrowia, ale także na prawo, przestępczość czy gospodarkę.

Członkowie Zespołu byłiby powoływani i odwoływani, w zależności od umiejscowienia Zespołu, albo przez ministra zdrowia, albo przez premiera. W obszarze działań Zespołu mieściłyby się: okresowa ocena danych o nowych substancjach psychoaktywnych identyfikowanych w Polsce oraz Europie i opracowanie rekomendacji dla wszczęcia procedury oceny ryzyka dla decydentów, opracowanie rekomendacji dotyczących decyzji o czasowym wycofaniu substancji z obrotu na 12 miesięcy na potrzeby Głównego Inspektora Sanitarnego, przeprowadzenie oceny ryzyka, opracowanie raportu z oceną ryzyka i stworzenie rekomendacji w zakresie kontroli prawnej substancji podlegającej ocenie.

Z uwagi na wielowymiarowość oceny ryzyka w skład Zespołu wchodziłoby naukowcy oraz eksperci z różnych dziedzin, np. zajmujący się tematyką nowych substancji psychoaktywnych z instytucji centralnych (przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego, przedstawiciel Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – koordynatora Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach w Polsce, Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego oraz przedstawiciel Centralnego Biura Śledczego). Główny trzon Zespołu stanowiliby jednak naukowcy: przedstawiciele nauk chemicznych, farmakologicznych, nauk społecznych, lekarze klinicyści – toksykolodzy i psychiatry oraz przedstawiciele nauk prawnych. Dodatkowo w skład Zespołu mogłyby wchodzić osoby pracujące bezpośrednio w środowisku użytkowników narkotyków, czyli przedstawiciele programów party- i streetworkingowych.

## Sposób dokonywania oceny

Informacje na temat nowej substancji psychoaktywnej w momencie pojawienia się jej na rynku są bardzo skąpe. Najczęściej poza informacjami o jej strukturze chemicznej i przyporządkowaniu do odpowiedniej grupy związków, brak jest danych o jej wpływie na człowieka, skali zjawiska czy przestępczości z nią związanej. W tym przypadku wykorzystywano by interdyscyplinarną ocenę ryzyka opartą na wiedzy eksperckiej i naukowej. Eksperci, nie posiadając pełnych danych o zjawisku, dokonując oceny opieraliby się na swojej wiedzy i doświadczeniu. Do



oceny byłaby wykorzystywana (podobnie jak w przypadku oceny dokonywanej przez Komitet Naukowy EMCDDA) tzw. *metoda delficka*. Należy ona do grupy metod heurystycznych i jest używana do określenia prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń w przyszłości (analizy predykcyjne), w celu podjęcia najskuteczniejszych działań zaradczych. W procesie podejmowania oceny ryzyka każdy z ekspertów oceniałby wszystkie kategorie (scharakteryzowane poniżej), opierając się na swojej opinii, doświadczeniu i wiedzy. Dane byłyby zbierane na podstawie ankiety, zawierającej czteropunktową skalę (0-3). W przypadku, gdy w jakiejś kategorii uzyskiwałyby skrajne (lub odbiegające od średniej) oceny, eksperci byłiby proszeni o uzasadnienie swojej opinii. Elementy, co do których oceny byłyby niejednoznaczne, podlegałyby dyskusji odbywającej się w ramach spotkania Zespołu. Jej celem byłoby wypracowanie wspólnego stanowiska. Następnie ankietę by powtarzano w celu uzyskania wspólnej i spójnej dla całego Zespołu oceny. Na początku funkcjonowania Zespołu jako punkt wyjścia należałoby przyjąć ocenę istniejących od wielu lat i dobrze znanych substancji, takich jak np. tytoń, alkohol, amfetamina czy heroína, w przypadku których dostępna jest duża liczba badań i analiz oraz wszelkich innych informacji. W ten sposób nowe substancje psychoaktywne oceniane na późniejszym etapie umieszczane byłyby także w kontekście ocen istniejących substancji, tworząc skalę oceny ryzyka i szkodliwości substancji psychoaktywnych. Prace nad stworzeniem takiej skali są od lat prowadzone w Wielkiej Brytanii, a wiedza z tego wynikająca jest wykorzystywana w procesie oceny ryzyka i przy podejmowaniu decyzji o sposobie kontroli substancji (Nutt i in., 2007).

W zaproponowanym przeze mnie rozwiązaniu zarówno kategorie oceny ryzyka, jak i cały proces oceny oparty jest na rozwiązaniach używanych przez EMCDDA (EMCDDA, 2009). Ocena byłaby dokonywana w następujących kategoriach:

#### A. Uzależnienie i potencjał nadużywania

Ocena powinna dotyczyć dostępnych danych z badań *in vitro* oraz *in vivo* na zwierzętach, określających potencjał uzależnienia i nadużywania substancji. W przypadku braku takich informacji konkretną substancję powinno się oceniać w kontekście innych substancji, co do których mamy więcej danych z badań.

#### B. Rozpowszechnienie używania

Dla większości nowych substancji nie będą istniały dane epidemiologiczne, dlatego do oceny należałoby

wykorzystać wszelkie inne dostępne źródła informacji, pozwalające określić rozpowszechnienie używania, takie jak raporty i informacje o trendach w konfiskatach substancji, obserwowane nasilenie eksperymentowania z substancją, częstość oraz wzory konsumpcji oraz inne dane wskazujące na trendy w zakresie używania substancji.

#### C. Ryzyko zdrowotne

W przypadku ryzyka zdrowotnego także będziemy mieli najczęściej do czynienia z brakiem informacji w tym względzie. Do oceny należałoby wykorzystać wszelkie dane i oprzeć się na podobieństwach i różnicach w stosunku do innych lepiej poznanych substancji (legalnych i nielegalnych). Elementem oceny byłaby *toksyczność ostra* substancji, określana na podstawie danych z badań toksyczności substancji dokonywanych na zwierzętach. Ponadto przesłanką oceny powinny być także dane dotyczące ludzi, takie jak niepożądane skutki przyjmowania substancji, zarówno psychiczne, jak i fizyczne, przyjęcia do szpitali, przedawkowania oraz zgony związane z używaniem substancji. Istniejące badania nad ludźmi związane z toksycznością określonej substancji również powinny zostać wykorzystane. Kolejnym elementem oceny byłyby *długoterminowe bezpośrednie skutki zdrowotne dla osoby przyjmującej substancję*. Najprawdopodobniej ilość danych dotyczących długotrwałych skutków używania substancji będzie ograniczona. Można tu wykorzystać dane pochodzące z eksperymentów na zwierzętach oraz nad ludźmi, jeżeli istnieją, a także opisy pochodzące od użytkowników substancji, biorąc pod uwagę aspekty fizycznego i psychicznego samopoczucia.

Trzecim z elementów oceny byłyby czynniki wpływające na zdrowie publiczne. Można do nich zaliczyć: jakość i dostępność substancji na rynku, dostępność informacji oraz poziom wiedzy wśród użytkowników na temat samej substancji i efektów jej działania, charakterystyka zachowań użytkowników (ekspozycja określonych grup, czynniki ryzyka), rodzaj i nasilenie konsekwencji zdrowotnych (zatrucia, wypadki, prawdopodobieństwo wystąpienia nieodpowiedzialnego zachowania, zakłócenie procesu podejmowania decyzji oraz koordynacji ruchowej), a także ryzyko związane ze sposobem przyjmowania substancji (np. dożylnie).

#### D. Ryzyko społeczne

Elementami oceny ryzyka społecznego jest tzw. *indywidualne ryzyko społeczne* rozumiane jako wpływ używania substancji na funkcjonowanie społeczne jednostki, czyli



wpływ na edukację, pracę oraz osobiste związki użytkownika z rodziną i najbliższym otoczeniem.

Ponadto elementem oceny są *możliwe skutki dla najbliższego otoczenia społecznego użytkownika*, takie jak rozpad rodziny i zachowania agresywne. Kolejnym elementem oceny jest *wpływ na społeczeństwo jako całość* rozumiane jako zakłócenie funkcjonowania społeczeństwa poprzez zakłócenie porządku i bezpieczeństwa społecznego oraz przestępczość. W ramach analizy ryzyka społecznego ocenie poddaje się również *koszty ekonomiczne* (np. zwiększone zapotrzebowanie na opiekę medyczną wśród użytkowników substancji), *efekty związane z kontekstem kulturowym*, np. marginalizacja użytkowników oraz *wzmożone ryzyko używania substancji odnoszące się do specyficznych grup w populacji ogólnej*.

#### E. Zaangażowanie zorganizowanej przestępczości

Podstawowym elementem oceny w ramach tej kategorii byłyby *dowody zaangażowania grup przestępczych w produkcję, przemysł, dystrybucję i czerpanie korzyści finansowych przez te grupy*. W ramach tego elementu powinny zostać ocenione takie informacje, jak konfiskaty, istnienie nielegalnych laboratoriów i sieci dystrybucji.

Kolejnym elementem oceny byłby *wpływ na produkcję, przemysł oraz dystrybucję innych substancji, włączając w to istniejące substancje psychoaktywne oraz nowe substancje psychoaktywne*. W tym przypadku ocenie powinny zostać poddane takie elementy, jak fakt produkcji nowych substancji psychoaktywnych wraz z substancjami nielegalnymi w ramach tych samych laboratoriów oraz dystrybucji z wykorzystaniem tych samych sieci.

Pod uwagę należałoby wziąć także istnienie *dowodów na zaangażowanie osób lub grup osób w różnego rodzaju przestępczość*. Mieszanie różnych działań przestępczych jest elementem charakterystycznym dla grup przestępczych. Niemniej ważnym elementem oceny byłby *wpływ grup przestępczych na przemoc, na społeczeństwo w ogóle, na specyficzne grupy społeczne lub na społeczność lokalną (porządek publiczny oraz bezpieczeństwo)*. W ramach tego elementu powinny zostać ocenione: prawdopodobieństwo występowania wszystkich zachowań agresywnych lub potencjalnie niebezpiecznych dla społeczeństwa związanych z produkcją i dystrybucją substancji. Jednym ze wskazań może być np. niebezpieczeństwo związane z miejscami produkcji.

### **Węgierskie rozwiązania prawne jako przykład skutecznego wykorzystania mechanizmów prawa rodzajowego (generycznego), kontroli czasowej oraz oceny ryzyka (Ujváry, 2012).**

W ramach nowelizacji prawa lekowego w 2011 roku na Węgrzech wprowadzono definicję *nowej substancji psychoaktywnej*, zgodnie z którą jest to substancja:

1. nowa na rynku europejskim lub krajowym,
2. nie ma wartości terapeutycznej,
3. wpływa na stan psychiczny, zachowanie lub percepcję poprzez wpływ na centralny układ nerwowy,
4. powoduje zagrożenie podobne do narkotyków<sup>3</sup>,
5. została umieszczona w wykazie nowych substancji psychoaktywnych (jako pojedyncza substancja lub jako grupa) w drodze dekretu rządowego.

W kwietniu 2012 roku poza istniejącymi już załącznikami do odpowiednika naszej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, zawierającymi środki odurzające (załącznik A) i substancje psychotropowe (załącznik B), wprowadzono załącznik C, zawierający wykaz nowych substancji psychoaktywnych. Załącznik zawiera rodzajową definicję czterech podstawowych grup substancji, czyli syntetycznych kannabinoidów, katynonów, tryptamin oraz fenetylamin. Nowa regulacja wskazuje precyzyjnie, jakie modyfikacje w strukturach chemicznej substancji wyjściowej poddane są kontroli. Z kontroli na mocy załącznika C wyłączone są substancje już kontrolowane na podstawie załączników A i B oraz substancje regulowane na podstawie innych aktów prawnych (np. leki). Poza definicją grupową w załączniku C znajdują się także indywidualnie wymienione nowe substancje psychoaktywne (obecnie 43). Substancje te w założeniu poddawane są czasowej kontroli na okres nie dłuższy niż jeden rok. W tym czasie eksperci Narodowego Centrum Uzależnień przeprowadzają ocenę ryzyka tych substancji i podejmują decyzję o stałej kontroli i przeniesieniu konkretnych substancji do załączników A i B lub usunięciu z załącznika C, i tym samym zrezygnowaniu z kontroli określonych substancji. Procedura oceny ryzyka nie odnosi się do grup substancji objętych definicją rodzajową. Grupy substancji w założeniu pozostają w załączniku do momentu, do którego substancje z tych grup pojawiają się na rynku. Substancje oraz opisane grupy substancji z załącznika C różnią się również od substancji z załączników A i B przewidzianymi przez ustawodawcę sankcjami karnymi. W przypadku załącznika zawierającego nowe substancje psychoaktywne i ich grupy posiadanie oraz nabywanie wymienionych tam substancji, w odróżnieniu do substancji zawartych w załącznikach A i B, nie podlega penalizacji. Karze podlega jedynie produkcja, przemysł i wprowadzanie do obrotu.

Ponadto w ramach zaangażowania zorganizowanej przestępczości oceniane będą takie elementy, jak *dowody na pranie brudnych pieniędzy, wpływ na zorganizowaną przestępczość oraz na inne socjoekonomiczne czynniki z uwzględnieniem wszelkich czynników mających niepożądany wpływ na funkcjonowanie i strukturę rynku (w szczególności pranie brudnych pieniędzy), koszty ekonomiczne (podatki, koszty dla systemu wymiaru sprawiedliwości), przemoc pomiędzy albo w grupach przestępczych oraz dowody na unikanie oskarżenia poprzez korupcję lub zastraszenie.*

## Podsumowanie

Zaprezentowane powyżej rozwiązania pozwalają stworzyć nowoczesny, oparty na wiedzy naukowej i szybko działający system przeciwdziałania potencjalnym zagrożeniom wynikającym z nowo pojawiających się

substancji psychoaktywnych. Wykorzystanie wszystkich tych elementów, czyli definicji rodzajowych substancji kontrolowanych, kontroli czasowej substancji i sprawnego eksperckiego systemu oceny ryzyka, opartego na wykorzystywanych w wielu dziedzinach nauki i biznesu predykcjach eksperckich, jest obecnie najskuteczniejszym sposobem przeciwdziałania i kontroli zjawiska nowych substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym zagrożeń.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 roku (Dz.U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396).
- <sup>2</sup> Art. 27c ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263).
- <sup>3</sup> Wykazy A) i B) Konwencji ONZ z 1961 r. i 1971 r.

*Bibliografia dostępna jest w redakcji.*

*Wyniki badania odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek pozwalają na stworzenie opisu problemowych użytkowników narkotyków, którzy nie są objęci innymi badaniami (np. całej populacji), a zażywają najbardziej uzależniające substancje odurzające, jak heroinę czy amfetaminę.*

# ODBIORCY PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK W 2012 ROKU – WYNIKI BADAŃ

Artur Malczewski

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

W 2008 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN rozpoczęło realizację ogólnopolskiego badania klientów programów wymiany igieł i strzykawek. Pomiary powtarzane są co dwa lata na przełomie listopada i grudnia. W badaniu uczestniczyły placówki, które świadczyły usługi użytkownikom narkotyków – były to punkty wymiany igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków. Prawie wszyscy badani (99%) byli iniekcijnymi użytkownikami narkotyków. Dzięki tego typu badaniom możemy stworzyć charakterystykę osób,

które zażywają narkotyki w najbardziej ryzykownej formie. Dane z badania w tej grupie pozwalają na określenie poziomu zachowań ryzykowanych, jak np. dzielenie się sprzętem do iniekcji. Badanie iniekcyjnych użytkowników narkotyków stanowi element krajowego systemu monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, do którego należą m.in. badania całej populacji (15-64 lata), realizowane przez Centrum Informacji KBPN co cztery lata, badania na młodzieży szkolnej IPiN oraz CBOS. Wyniki badania odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek pozwalają na

stworzenie opisu problemowych użytkowników narkotyków, którzy nie są objęci innymi badaniami (np. całej populacji), a zażywają najbardziej uzależniające substancje odurzające, jak heroinę czy amfetaminę.

## Metodologia

Realizację badania rozpoczęto we współpracy z francuskim Reitox Focal Point (OFDT). Opracowane narzędzie (kwestionariusz do wywiadu) wykorzystane w badaniu było zgodne z protokołami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA): wskaźnika zapotrzebowania na leczenie (TDI) i chorób zakaźnych (DRID). Na podstawie powyższych dokumentów opracowano pytania dotyczące: charakterystyki społeczno-demograficznej użytkownika, zażywania narkotyków oraz drogi ich przyjmowania, ryzykownych praktyk i występowania chorób przenoszonych przez krew. Kwestionariusz został przystosowany do polskich warunków i z niewielkimi zmianami jest wykorzystywany od 2008 roku. W polskim badaniu wprowadzono specjalny kod w celu uniknięcia podwójnego liczenia tych samych osób, ponieważ w niektórych miastach użytkownicy narkotyków korzystają z więcej niż jednego programu wymiany igieł i strzykawek. Pracownicy programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek i dziennych świetlic dla czynnych narkomanów) podczas dwóch tygodni przeprowadzali wywiady kwestionariuszowe z wszystkimi klientami korzystającymi z programu. Kontakty były nawiązywane przez użytkowników narkotyków w celu wymiany sprzętu do iniekcji, uzyskania porady, wsparcia czy po prostu z chęci rozmowy. Pomiar *de facto* stanowił rodzaj spisu wszystkich odbiorców tego typu programów w Polsce i był realizowany przez pracowników ulicznych oraz w punktach stacjonarnych wymiany. Badanie realizowane jest w tym samym czasie, co pozwala na oszacowanie zmian w liczbie osób korzystających z programów. W badaniu zastosowano próbę pełną, czyli wywiad kwestionariuszowy przeprowadzono z każdą kontaktującą się osobą. Wzięło w nim udział osiem programów wymiany igieł i strzykawek realizowanych w dziewięciu miastach. Otrzymane wyniki z 2012 roku analizowane były za pomocą pakietu statystycznego SPSS IBM.

## Charakterystyka badanej populacji

W 2012 roku wywiady kwestionariuszowe przeprowadzono z 349 osobami, które były odbiorcami programów niskoprogowych. Tego typu programy działały w kilku miastach: w Puławach (Monar), Wrocławiu (Stowarzyszenie Return), Częstochowie (Monar), Katowicach (Monar), Warszawie (Fundacja Redukcji Szkód oraz Stowarzyszenie Pomoc Socjalna), Krakowie (Monar), Gdańsku (Monar), Olsztynie (Monar) oraz Zgorzelcu (Stowarzyszenie Subsidium). W 2012 roku program z Gdańska, funkcjonujący w poradni Monar, w ciągu dwóch tygodni trwania badania miał tylko jednego klienta. Najprawdopodobniej jest to efekt powstania po 2010 roku programów leczenia substytucyjnego dla użytkowników opiatów w Gdańsku, które swoją ofertą objęły klientów programu wymiany igieł i strzykawek. Najwięcej wywiadów zostało przeprowadzonych w Warszawie, co piąty respondent pochodził ze stolicy (19,2%). Najmniej wywiadów zrealizowano w Olsztynie – 3,4%. Należy podkreślić, że w pomiarach od 2008 roku dominują badani z Warszawy, Krakowa i Wrocławia, gdzie oferta pomocy jest największa: wymiana stacjonarna i uliczna, drop-in, noclegownie. Badaniem objęto co szóstego odbiorcę programów wymiany igieł i strzykawek, przyjmując, że liczba odbiorców w 2012 roku była zbliżona do tej w roku wcześniejszym, tj. około 2000 osób. Od kilku lat zmniejsza się liczba odbiorców programów wymiany, jak również zasięg oferty wymiany sprzętu, np. w 2005 roku klientami programów wymiany było ponad 5000 iniekcyjnych użytkowników narkotyków. O zmniejszaniu się liczby odbiorców programów świadczy również fakt, że w pierwszym badaniu z 2008 roku uczestniczyło ponad 700 osób. W ciągu czterech lat liczba uczestników badania spadła o połowę. Mniej więcej takie same grupy osób badanych w 2012 roku zostały zrekrutowane w programach wymiany stacjonarnej i ulicznej. Większość ankietowanych stanowili mężczyźni 74,8% (261 osób). Średni wiek osób badanych wyniósł 35 lat. Osoby korzystające z programów to użytkownicy narkotyków w wieku od 19 do 58 lat. Średnia wieku mężczyzn była wyższa niż kobiet (mężczyźni: 36 lat, kobiety: 33). Najwięcej respondentów płci męskiej było w przedziale 30-34 lata (co czwarty badany), wśród kobiet była to trochę niższa grupa wiekowa 25-29 lat (31,6% wszystkich kobiet). Wyniki badania wskazują,



na wysoką średnią wieku osób korzystających z programów wymiany. Z informacji od osób pracujących z iniekcijnymi użytkownikami wynika, że w programach pojawia się niewielu nowych klientów; większość odbiorców stanowią te same osoby.

Niewiele mniej niż połowa badanych posiadała dziecko 46%. Co czwarty badany miał jedno dziecko, 15% miało dwoje dzieci, 5% troje, a czworo lub pięcioro prawie 1%. Analizując wykształcenie populacji badanej w 2012 roku, można zauważyć, że prawie co trzeci respondent miał wykształcenie podstawowe (28,4%) lub średnie (29,5%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (33%). O wiele mniejszy odsetek respondentów stanowiły osoby z wykształceniem gimnazjalnym (4,3%) lub wyższym (4%). W przypadku 1% badanych brak jest informacji o wykształceniu.

Przedmiotem pomiaru była także sytuacja mieszkaniowa iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Większość z nich, tj. prawie 3/4, miała stałe zamieszkanie, definiowane jako możliwość spędzenia co najmniej 6 miesięcy w tym samym miejscu. Osoby, które miały stałe mieszkanie, najczęściej mieszkaly z rodziną lub przyjaciółmi (40%), samodzielnie mieszkalo 23% badanych, a w instytucji typu noclegownia, hostel, inne miejsce przebywało 8% respondentów. Warto zauważyć, że co czwarty badany nie miał stałego miejsca zamieszkania. Spośród wszystkich badanych tymczasowo u kogoś mieszkalo 11% badanych, tymczasowo w instytucji 7%. Bezdomnymi było 4% ankietowanych. Część badanych mieszkala w opuszczonych budynkach, squatach (6%). W sumie z pomocy instytucji w celu zapewnienia sobie „dachu nad głową” korzystało w 2012 roku 15% badanych.

Użytkowników narkotyków pytano także o to, z kim mieszkają. Co czwarta osoba mieszkała z rodzicami (23%), a z małżonkiem bądź partnerem co szósta. Wspólne mieszkanie z przyjacielem lub przyjaciółmi zadeklarowało niewiele mniej, bo 14% ankietowanych. Z dziećmi mieszka tylko 4% respondentów, pomimo że 45% posiada potomstwo. Samotnie mieszka 12% respondentów, a prawie 16% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie lub mieszka z kimś jeszcze innym.

Ważnym elementem charakterystyki społecznej jest źródło dochodów. Respondenci mieli określić swoje główne źródło dochodów, wybierając dwie najbardziej adekwatne odpowiedzi z listy. Utrzymywanie się

z własnej pracy zadeklarowało 11% badanych. Podobny odsetek respondentów żyje z renty lub emerytury (12%) bądź jest utrzymywany przez innych (12%). Bezrobotnych wśród ankietowanych było 8%. Prawie co piąty badany otrzymywał świadczenia socjalne, które były ich głównym źródłem dochodów (17%). Jako osoby bez dochodów (do tej kategorii zaliczało się również żebractwo) zadeklarowało się 8% respondentów. Co czwarty badany nie zakwalifikował się do żadnej z powyższych kategorii i wybrał odpowiedź inne dochody, co również oznaczało dochody nielegalne. Te osoby stanowiły największą grupę badanych. Na podstawie wyników możemy stwierdzić, że co czwarty badany utrzymywał się z nieoficjalnych dochodów. Dość znacznym źródłem utrzymania były zasiłki i świadczenia socjalne, a niewielki odsetek badanych pracował.

## Narkotyki w iniekcjach

Przedmiotem pomiaru było używanie narkotyków w iniekcjach. W trakcie wywiadu zapytano o używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni lub wcześniej oraz o wiek pierwszej iniekcji. W pomiarze z 2012 roku średni wiek iniekcijnego zażycia narkotyków wyniósł 19 lat. Pierwsze zażycie narkotyków w zastrzykach zostało zgłoszone w wieku 12 lat, najpóźniejsza pierwsza iniekcja przypadła na wiek 53 lat. W kohorcie z 2012 roku połowa badanych była w wieku 17-20 lat. Zdecydowana większość respondentów z ostatniego pomiaru to obecni iniekcjni użytkownicy narkotyków. W całej badanej populacji 80% używało narkotyków dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni, a 19% później niż w ciągu ostatniego miesiąca; 1% respondentów nigdy nie używał narkotyków dożylnie. 88% osób spośród tych, które przyjmowały opiaty w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (tj. 199 osób), używało narkotyków w zastrzykach. W przypadku użytkowników amfetaminy odsetek jest podobny i wynosi 89%. Wśród badanych 33% stanowiły osoby będące w trakcie leczenia substytucyjnego. Zdecydowana większość (30%) przyjmowała metadon. W porównaniu z 2008 rokiem nastąpił dwukrotny wzrost odsetka pacjentów będących w programach leczenia substytucyjnego. Widać zatem wzrastającą grupę osób leczonych substytucyjnie, które są również odbiorcami programów wymiany igieł i strzykawek. Wszyscy pacjenci programów substytucyjnych, którzy wzięli udział w badaniu, zażywali



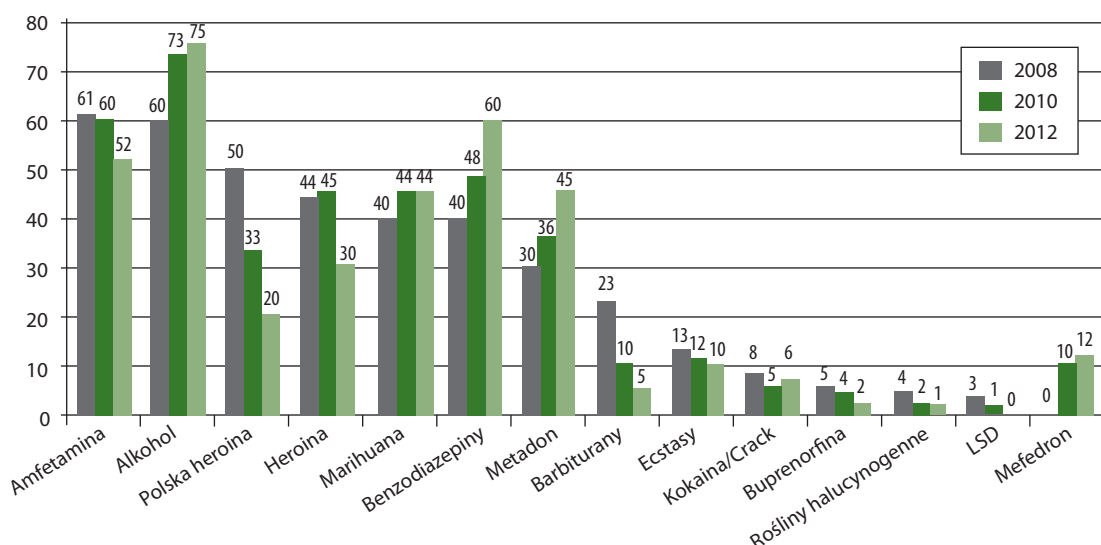
narkotyki w zastrzykach, z tego większość w ciągu ostatnich 30 dni (69% z 113 osób w 2012 roku). Wyniki badania pokazują, że istnieje grupa osób leczących się w programach leczenia substytucyjnego, które zażywają narkotyki iniekcyjnie. Otwarte sceny narkotykowe, czyli tzw. bajzle, które m.in. w wyniku zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego zniknęły z niektórych miast, w o wiele mniejszym stopniu pojawiły się w pobliżu programów leczenia substytucyjnego. „Bajzle” są typowym miejscem dla działania pracowników ulicznych.

## Używanie substancji psychoaktywnych

Odbiorcy programów niskoprogowych byli pytani o używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, a także o wzór ich używania. Na wykresie 1. zaprezentowano wyniki badania dotyczące używania poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni od początku realizacji projektu, tj. 2008 roku. W trakcie wywiadów kwestionariuszowych zapytano użytkowników narkotyków o używanie różnego rodzaju opioidów. Najbardziej popularną substancją z tej grupy w 2012 roku był metadon, którego poziom używania wzrósł z 30% (2008 rok) do 45% (2012 rok). Wzrost używania metadonu jest efektem rozwoju programów wymiany

leczenia substytucyjnego, oznacza to coraz większą dostępność tej substancji. W Polsce działa 25 programów leczenia substytucyjnego, z których korzysta 2200 klientów. W tym czasie odnotowano spadek używania polskiej heroiny tzw. kompotu z 50% do 20% oraz heroiny (brązowa heroina) z 44% do 30%. Analizując dane dotyczące opioidów, należy przypomnieć, że w 2010 roku na rynkach europejskich odnotowano spadek dostępności heroiny. Na Węgrzech użytkownicy heroiny zaczęli używać jednego z kantynonów – mefedronu. Substancja ta praktycznie nie występowała na rynku narkotykowym w 2008 roku, dlatego też w pierwszym badaniu nie została ona uwzględniona. W kolejnych pomiarach do używania mefedronu przyznało się już 10% badanych w 2010 roku i 12% w 2012 roku. Mefedron jest jednym z produktów z grupy nazywanej „dopalaczami” i został zdelegalizowany w 2009 roku w wyniku nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Wyniki badania pokazują, że substancja, która pojawiła się na rynku narkotykowym w 2009 roku, po roku była już używana przez 10% problemowych użytkowników narkotyków. Ponadto w kategorii „inne” 14% ankietowanych zadeklarowało używanie „dopalaczy”, a 8% efedryny. Z drugiej strony wyniki pomiarów wskazują na spadek popularności używania heroiny. Zmniejszyła się również grupa osób, które używały amfetaminy z 61% do 52% oraz barbituranów z 23% do 5%. Największy odsetek badanych zadeklarował picie alkoholu.

**Wykres 1. Używanie substancji psychoaktywnych przez odbiorców programów niskoprogowych w ciągu ostatnich 30 dni w pomiarach z 2008, 2010 i 2012 roku (odsetek badanych)**



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Trzy czwarte osób piło w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem; ich odsetek wzrósł w porównaniu do 2008 roku o 15 punktów procentowych. Duży wzrost odnotować należy również w przypadku używania benzodiazepin (o 50%). Niewielki odsetek badanych zadeklarował używanie środków halucynogennych.

Zobaczmy, którą substancję deklarowali badani w 2012 roku jako najbardziej problemową. Największa grupa osób wskazywała na opioidy (40%). W drugiej kolejności największe problemy powodowało używanie amfetaminy (18%), a na trzecim miejscu uplasowały się „dopalacze” (15%). Alkohol wskazało 14% ankietowanych. Benzodiazepiny, pomimo że ponad połowa badanych potwierdziła ich używanie, zadeklarowało 2% respondentów, co oznacza, że są one traktowane jako dodatkowa substancja. 5% badanych nie było w stanie określić, jaka substancja powoduje u nich największe problemy.

Podsumowując używanie substancji psychoaktywnych przez klientów programów wymiany igieł i strzykawek, należy stwierdzić, że najczęściej deklarowaną przez badanych substancją psychoaktywną był alkohol. Do picia alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca przyznało się 75% badanych, w tym 78% stanowili mężczyźni. Na drugim miejscu były opioidy (heroina, „polska heroina” – tzw. kompot, metadon, buprenorfina) – 65% badanych, z czego 75% stanowili mężczyźni. Substancjami, których używanie deklarowała ponad połowa badanych, były benzodiazepiny (60%) i amfetamina (52%).

## Wzory używania substancji psychoaktywnych

Badani proszeni byli o określenie, jak często używali substancji psychoaktywnych (kafeteria zawierała odpowiedzi: codziennie, od jednego do wielu razy w tygodniu, rzadziej niż raz na tydzień). Częstotliwość używania substancji psychoaktywnych pokazuje nam, które z nich są głównymi substancjami, a które stosowane są jako dodatkowe. Codzienne zażywanie deklarowali najczęściej użytkownicy metadonu (54%). Tak wysoki odsetek codziennych użytkowników jest najprawdopodobniej efektem objęcia badaniem również pacjentów programów leczenia substytucyjnego. Osoby w leczeniu substytucyjnym są również klientami programów niskoprogowych, w tym programów wymiany igieł i strzykawek. Porównując wyniki pierwszego i ostatniego pomiaru, odnotowujemy wzrost respondentów którzy zadeklarowali codzienne zażywanie

metadonu z 37% w 2008 roku do 54% w 2012 roku. Heroina (w zdecydowanej większości jest to tzw. brązowa heroina) i „polska heroina” (tzw. kompot) najczęściej były używane rzadziej niż raz w tygodniu: 51% użytkowników brązowej heroiny i 43% użytkowników „polskiej heroiny”. Porównując użytkowników opiatów z 2012 roku i pierwszego pomiaru z 2008 roku, widzimy, że grupa codziennych użytkowników heroiny zmniejszyła się o ponad połowę. W 2008 roku „polskiej heroiny” codziennie używało 62% badanych, a brązowej heroiny 53%, podczas gdy w 2012 roku odpowiednio: 24% i 27%.

Nie jest zaskakujące, że nikt nie zadeklarował codziennego używania kokainy i cracku. Zdecydowana większość respondentów, mająca kontakt z tą substancją (90%), używała jej rzadziej niż raz w tygodniu, co pokazuje, że tego typu stymulanty bardzo rzadko stanowią podstawowy narkotyk. Podobny wzór używania substancji psychoaktywnych odnotowano w 2008 roku (84%). Polska jest krajem, gdzie dominuje używanie amfetaminy, natomiast kokaina jest popularnym środkiem odurzającym w krajach Europy Zachodniej. Przyjrzyjmy się zatem, jak wygląda wzór używania amfetaminy. Porównując wskaźniki używania codziennego, widać, że zmniejszyła się grupa osób deklarujących codzienne używanie tej substancji z 11% w 2008 roku do 1% w 2012 roku. Ponad połowa badanych w obydwu pomiarach to użytkownicy sięgający po amfetaminę od jednego do kilku razy w tygodniu (56% w 2008 roku i 54% w 2012 roku). Z kolei wzrósł odsetek osób używających amfetaminy rzadziej niż raz na tydzień – z 33% w 2008 roku do 45% w 2012 roku. Nowym stymulantem na scenie narkotykowej jest mefedron. W pomiarze z 2012 roku 12% badanych sięgało po tę substancję codziennie. Mefedronu od jednego do wielu razy w tygodniu lub rzadziej niż raz w tygodniu używał podobny odsetek ankietowanych (45% w pierwszym przypadku i 43% w drugim). Wzór używania przetworów konopi nie uległ zmianie. Co dziesiąty badany, który palił marihuanę, zażywał ją codziennie w 2008 i 2012 roku. Alkohol był jedną z najczęściej używanych substancji. Co piąty badany pił alkohol codziennie (19%), co oznacza nieznaczny wzrost w stosunku do roku 2008 (16%).

Przedmiotem pomiaru był także sposób zażywania poszczególnych substancji psychoaktywnych (doustnie, wstrzyknięcie, wdychanie, inhalacja, palenie). W trakcie wywiadów użytkownicy narkotyków mogli zadeklarować więcej niż jedną drogę zażycia substancji psychoaktywnej. Opiaty, poza metadonem i buprenor-

fiń, zażywane są zdecydowanie najczęściej poprzez iniekcje (89% zażywających heroinę i 93% zażywających „kompot”). Badani klienci programów niskoprogowych przyjmują dożylnie także amfetaminę – w ten sposób przyjmuje ją 86% używających tę substancję. Do palenia heroiny przyznaje się 20% ankietowanych. Mefedron używany jest głównie w iniekcjach (89%). Niski odsetek badanych deklaruował używanie ecstazy w iniekcjach, a najczęściej występującą formą zażywania tej substancji są pigułki. Barbiturany i benzodiazepiny przyjmowane są najczęściej doustnie, jednak 50% zażywających barbiturany i 22% zażywających benzodiazepiny deklarowało również drogę iniekcijną.

## Zachowania ryzykowne

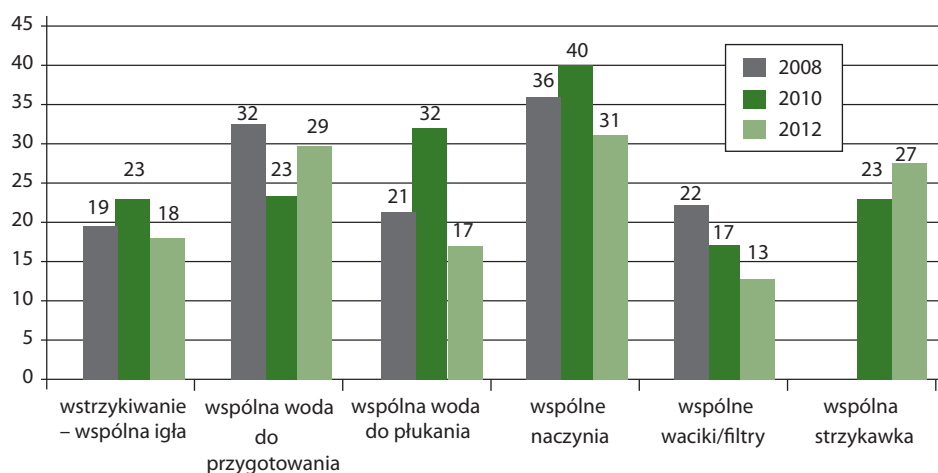
Kolejnym zagadnieniem poruszonym w wywiadzie były zachowania ryzykowne, jakie podejmowali użytkownicy narkotyków podczas iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni. Badani pytani byli o wspólne używanie sprzętu do iniekcji lub pożyczanie go sobie. Najczęściej respondenci używali tych samych naczyń, np. łyżeczki (31%), lub korzystali ze wspólnej wody do przygotowania (29%). Niewiele mniejszy odsetek badanych używał tej samej strzykawki (27%). Mniej niż co piąty używał tej samej wody do płukania tzw. sprzętu (17%). Najmniejszy odsetek zadeklarował używanie tych samych wacików i filtrów (13%). Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli korzystanie z tej samej igły zadeklarowało 18% badanych. Powyższe wyniki dotyczą roku 2012. W 2010 roku prawie co piąty badany używał wspólnej igły, strzykawki

oraz wody do płukania (23%), większy odsetek sięgał po wodę do przygotowania (32%), wspólną łyżeczkę (40%), waciki (17%). Porównując wyniki ostatniego pomiaru z 2012 roku do wskaźników uzyskanych w pierwszym (2008 rok), widać spadek rozpowszechnienia zachowań ryzykownych badanych osób. Wzrósł natomiast odsetek badanych deklaruujących używanie tej samej strzykawki w pomiarze z 2010 i 2012 roku. W 2008 roku respondenci nie byli pytani o dzielenie się strzykawkami. Szczegółowe dane przedstawia wykres 2.

## Rozpowszechnienie wirusa HIV i żółtaczki typu C

Poziom zakażenia wirusem HIV jest o wiele wyższy wśród osób zażywających narkotyki niż w populacji generalnej. Iniekcyjna forma używania narkotyków jest jedną z najbardziej ryzykownych. Przedmiotem pomiaru była zatem ocena rozpowszechnienia wirusa HIV wśród badanych. Na początku badanych pytano, czy mieli przeprowadzony test. Wyniki pokazały, że większość respondentów testowała się na obecność wirusa HIV (70%). Ponad połowa spośród tych, którzy mieli przeprowadzony test, jest zakażona wirusem HIV (57%). Porównując wyniki do wcześniejszego badania z 2010 roku, odnotowujemy wzrost odsetka osób zakażonych. W 2010 roku wśród tych, którzy mieli przeprowadzony test, mniej niż połowa badanych była zakażona wirusem HIV (43%). W grupie 137 osób, które wykonały test i miały pozytywny wynik, odnotowujemy, że 73% osób było u lekarza w ciągu

Wykres 2. Zachowania ryzykowne iniekcyjnych użytkowników narkotyków (odsetek badanych)



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.



ostatniego roku, a leczenie podjęło 75% tych osób (w przeszłości lub w ostatnim roku). W 2010 roku 127 osób miało pozytywny wynik testów, w tej grupie 76% było u lekarza, a leczenie podjęło 57%. Zatem w 2010 roku mniejszy odsetek badanych podjął leczenie z powodu zakażenia HIV niż w ostatnim pomiarze.

Należy dodać, że dwie trzecie spośród tych, którzy mieli wykonany test na obecność wirusa HIV, poddało się testowi ponad rok temu, tylko 14% w tej grupie wykonało test w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a 9% w przedziale między pół roku a rokiem. W 2010 odsetek osób, które miały test ponad rok od przeprowadzonego badania, był niższy (62%), 15% w tej grupie wykonało test w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a 22% w przedziale między pół roku a rokiem. W przypadku 2% badanych mamy brak danych.

Respondentów zapytano również o ich status serologiczny związany z żółtaczką typu C. Mniejszy odsetek badanych wykonał test na przeciwciała WZW C (68%) niż test na obecność wirusa HIV. Rozpowszechnienie wirusa typu C jest znacznie większe niż HIV. Wśród 250 osób, które wykonały test na żółtaczkę typu C, cztery piąte miało wynik pozytywny. Rozpowszechnienie wirusa WZW C jest o wiele wyższe niż HIV, co wynika również z innych badań (Rosińska, Zieliński, 2004). Wśród osób, które wiedziały o swoim zakażeniu WZW C, 26% odbyło wizytę lekarską, a tylko 18% leczyło się lub leczy z powodu tej choroby.

Podobnie, jak w przypadku testu na obecność wirusa HIV, większość badań w kierunku rozpoznania zakażenia żółtaczką typu C ankietowani wykonali ponad rok temu (77%). Niecałe 11% z nich wykonywało badanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a 4% poddało się testowi na WZW C w okresie pomiędzy pół roku a rokiem. W przypadku 7% nie uzyskano informacji o czasie przeprowadzenia testu.

Przyjrzyjmy się wynikom z 2010 roku, w celu uchwycenia zmian w ciągu dwóch lat pomiędzy pomiarami. Większy odsetek badanych wykonał test na przeciwciała WZW C we wcześniejszym pomiarze (74%). Wśród 292 osób, które wykonały test na żółtaczkę typu C, blisko cztery piąte miało wynik pozytywny (70%). Wynik w 2012 roku jest wyższy, bo odsetek wyniósł 78%. Wśród osób, które wiedziały o swoim zakażeniu WZW C: 43% odbyło wizytę lekarską, a tylko 24% leczyło się lub leczy z powodu tej choroby (dane dla 2010 roku).

W 2010 roku większość badań w kierunku rozpoznania zakażenia żółtaczką typu C ankietowani wykonali ponad rok temu (64%). Co dziesiąty badany (11%) wykonał je w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a 19% poddało się testowi na WZW C w okresie pomiędzy pół roku a rokiem. W przypadku 5% nie uzyskano informacji o czasie przeprowadzenia testu. Rozpowszechnienie wirusa typu C było znacznie większe niż wirusa HIV.

## Podsumowanie

Na podstawie wyników badań można spróbować określić profil odbiorcy programów wymiany igieł i strzykawek. Najprawdopodobniej będzie to osoba w wieku około 35 lat, płci męskiej, z wykształceniem nie wyższym niż średnie, o stałym miejscu zamieszkania, która rzadko utrzymuje się z własnej pracy. Wyniki badań realizowanych od 2008 roku wskazują na zmniejszanie się liczby osób korzystających z programów wymiany igieł i strzykawek. Porównując wyniki ostatniego badania, odnotowujemy wzrost odsetka osób zakażanych wirusem HIV. Zmienia się również wzór używania substancji psychoaktywnych. W mniejszym stopniu użytkownicy narkotyków sięgają po heroinę, a używanie stymulantów pozostaje generalnie na podobnym poziomie (spadek używania amfetaminy, pojawienie się mefedronu). Wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków coraz popularniejszy staje się metadon i benzodiazepiny. Warto zwrócić uwagę na wzrost popularności alkoholu wśród badanych. Zmniejszył się poziom zachowań ryzykownych iniekcyjnych użytkowników narkotyków, z jednym wyjątkiem – nieznacznie wzrosło dzielenie się strzykawkami. Wyniki badania będą omawiane w trakcie corocznej konferencji programów redukcji szkód organizowanej przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. Szczegółnej uwagi wymagają informacji o wzroście zakażeń HIV.

## Bibliografia

- Malczewski A., Struzik M., Jaśkiewicz A., „Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski”, CINN KBPN, Warszawa 2009.
- Rosińska M., Zieliński A. „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.



*Prócz tradycyjnych narkotyków wytwarzanych z prekursorów narkotykowych i niekontrolowanych substancji chemicznych, na polskim rynku narkotykowym coraz częściej mamy do czynienia z nielegalną produkcją metamfetaminy z medykamentów zawierających pseudoefedrynę. Pozamedyczne używanie takich preparatów, szczególnie przez młodzież, jest faktem znanym i monitorowanym, jednak nielegalna produkcja metamfetaminy jest zjawiskiem zdecydowanie bardziej niepokojącym.*

## SYTUACJA W OBSZARZE NARKOTYKÓW SYNTETYCZNYCH I PREKURSORÓW NARKOTYKOWYCH W POLSCE NA TLE UNII EUROPEJSKIEJ

*Ilona Kieres-Salamoński  
Komenda Główna Policji*

Substancje psychoaktywne towarzyszą ludziom od pokoleń. Dziś wraz ze zjawiskiem globalizacji i rozwojem nowoczesnych mediów, takich jak internet, rozprzestrzenianie się narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych przybiera niespotykane dotychczas rozmiary.

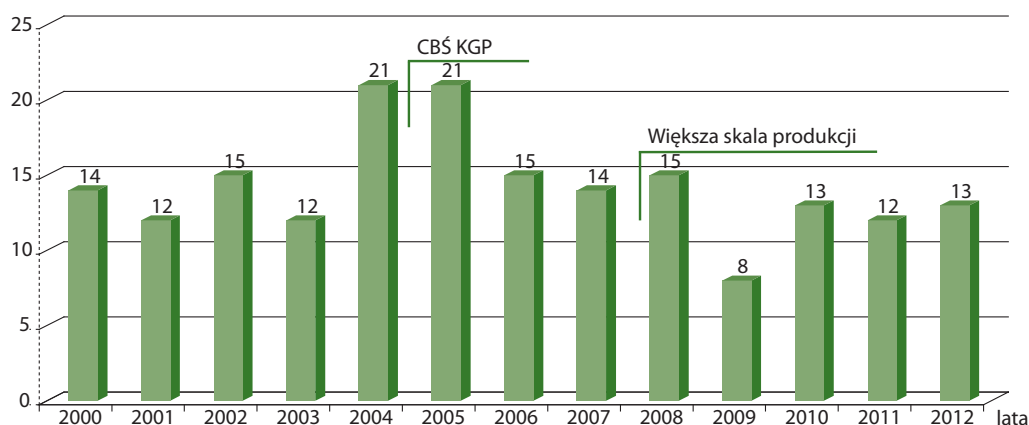
Obecnie na rozwój rynku narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych ma wpływ trudna sytuacja ekonomiczna w wielu krajach. W 2011 roku Komisja Europejska przeprowadziła badania, które wskazują na zwiększony popyt na substancje psychoaktywne wywołany kryzysem gospodarczym. Prócz działalności na wielką skalę tzw. narkobiznesu uwidacznia się także coraz większe zaangażowanie osób, które nie są

związane z grupami przestępczymi. Osoby te produkują narkotyki domowymi sposobami przy użyciu małego nakładu sił i środków w celu zarówno osiągnięcia korzyści materialnej, jak też na użytek własny.

Z uwagi na kryzys ekonomiczny można się spodziewać ograniczania środków przeznaczanych na walkę z uzależnieniami od narkotyków i narkobiznesem, na co liczą zorganizowane grupy przestępcze.

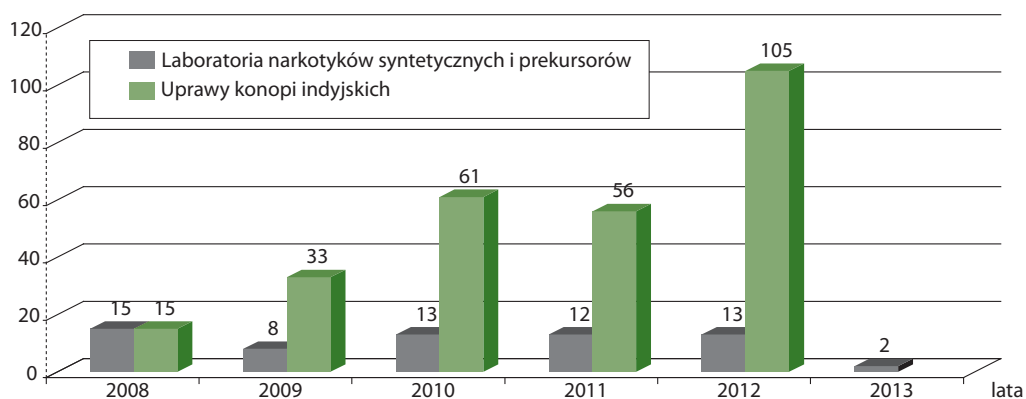
W Polsce po kilku latach bardzo dynamicznego rozwoju sceny narkotyków syntetycznych i równie intensywnym działaniom zapobiegawczym podejmowanym przez powołane do tego instytucje, możemy obserwować względną stabilizację rynku tzw. tradycyjnych narkotyków, tj. kokainy, heroiny, amfetaminy czy

**Wykres 1. Nielegalne laboratoria narkotykowe ujawnione przez policję w latach 2000–2012**



Źródło: CBS KGP.

**Wykres 2. Nielegalne laboratoria narkotykowe ujawnione przez policję w latach 2008–2013 w rozbiciu na narkotyki syntetyczne i prekursorów oraz uprawy konopi indyjskich**



Źródło: CBŚ KGP.

marihuany, oraz ciągłe zmiany na rynku nowych substancji psychoaktywnych. W tendencji tej Polska jest odzwierciedleniem trendów europejskich, gdzie spożycie „tradycyjnych” narkotyków pozostaje na niezmiennym poziomie.

Dodatkowo na obecną sytuację narkotykową w Polsce ma wpływ lokalna produkcja narkotyków i substancji psychoaktywnych (amfetaminy, metamfetaminy, mefedronu).

W 2011 roku w Polsce ujawniono 12 nielegalnych laboratoriów narkotykowych, w 2012 roku 13; w stosunku

do 2005 roku, kiedy to ujawnienia były na poziomie 21 laboratoriów, liczba ta jest zdecydowanie mniejsza. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, iż obecnie ujawniane nielegalne laboratoria narkotykowe są zdecydowanie większe. Większa jest także skala produkcji narkotyków i prekursorów narkotykowych, wykorzystywane są inne zaawansowane metody syntezy i technologie. Pojawia się inny sprzęt. Dlatego też statystyka nie odzwierciedla w sposób miarodajny realnej skali tego problemu.

Polskie nielegalne laboratoria narkotyków syntetycznych w dużej mierze ciągle są miejscami produkcji

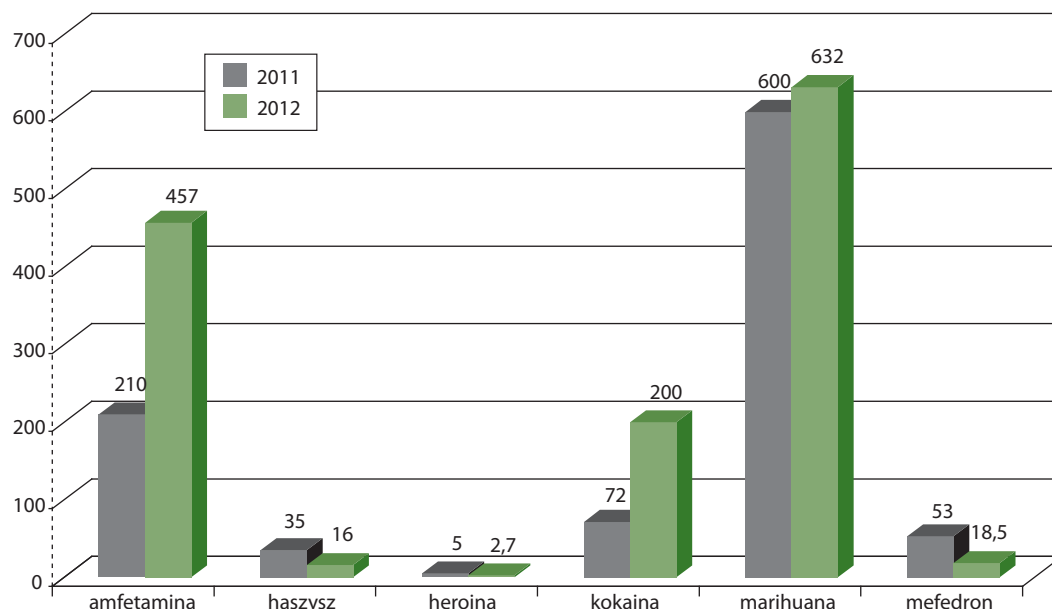
### Reaktory wykonane z przerobionych metalowych beczek, zabezpieczone przez policję w jednym z nielegalnych laboratoriów narkotykowych w 2012 roku



Źródło: CBŚ KGP.



Wykres 3. Policyjne zabezpieczenia narkotyków w rozbiu na poszczególne kategorie w latach 2011–2012



Źródło: CBŚ KGP.

amfetaminy metodą tzw. Leucarta. Dotychczas zabezpieczane w miejscu produkcji szkło laboratoryjne charakterystyczne dla tej metody jest obecnie chętnie zamieniane na metalowe kotły reakcyjne, reaktory o dużej pojemności, co oczywiście ma wpływ na zwiększenie skali produkcji. Sprzęt taki jest najczęściej wykonywany samodzielnie lub przerabiany przez osoby wyspecjalizowane w takim procederze i zaopatrujące grupy przestępcze zajmujące się nielegalną produkcją narkotyków.

Prócz typowych dla Polski nielegalnych laboratoriów amfetaminowych, w ostatnich latach pojawiły się także

miejsca produkcji innych narkotyków syntetycznych i prekursorów narkotykowych. W ubiegłym i bieżącym roku ujawniono i zabezpieczono nielegalne laboratorium produkujące metamfetaminę i kilka laboratoriów, które produkowały BMK. Ponadto w 2012 roku na terenie Polski ujawniono nielegalną produkcję mefedronu. W jednym z laboratoriów zabezpieczono zarówno produkt końcowy, odczynniki do jego produkcji, jak też specjalny sprzęt.

Ciągle jednak to siarczan amfetaminy stanowi największą część zabezpieczanych narkotyków syntetycznych; stanowi on ok. 30% wszystkich zabezpieczeń. W po-

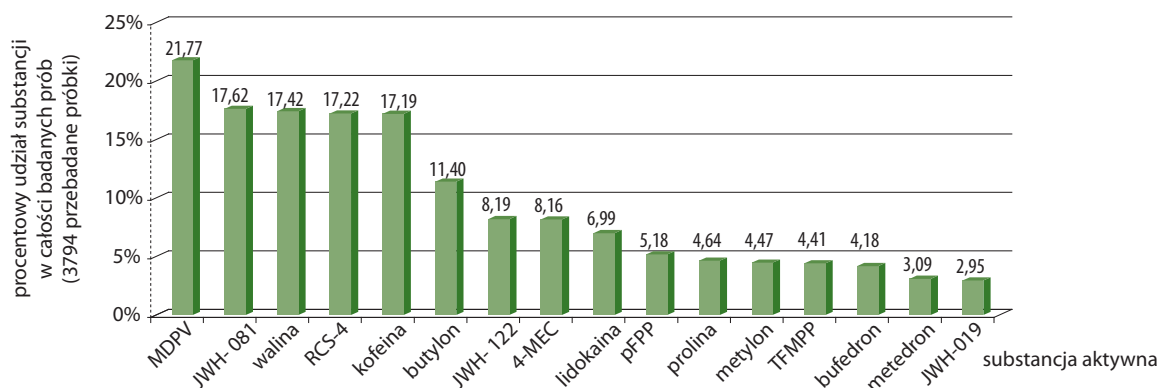
### Fotografie ujawnionych i zlikwidowanych przez policję w 2012 roku nielegalnych upraw konopi indyjskich



Źródło: CBŚ KGP.



**Wykres 4. Substancje aktywne wykrywane w próbkach dopalaczy. Wyniki badań przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Leków**



Źródło: Raport w sprawie dopalaczy – nowych narkotyków, Główny Inspektor Sanitarny, październik 2011.

równaniu z 2011 rokiem, kiedy to zabezpieczono łącznie 921,089 kg narkotyków, w roku ubiegłym liczba ta osiągnęła 1308,823 kg.

Ponadto coraz częściej obserwuje się także wzrost aktywności zorganizowanych grup przestępczych zajmujących się przemytem kokainy, wzrasta też rola Polski jako kraju tranzytowego kokainy przemycanej z Ameryki Południowej via Afryka.

## Marihuana

Od kilku lat w Europie obserwuje się wzrost liczby nielegalnych upraw marihuany. Europejski rynek marihuany w 2010 roku był szacowany na 7 do 10 mld euro. Marihuana pozostaje więc wraz z innymi produktami konopi indyjskich najbardziej popularnym narkotykiem w UE i na świecie. Osoby, które zażywają marihuanę w dużych ilościach, stanowią zaledwie ułamek liczby użytkowników tej substancji (5-25% w zależności od państwa), ale równocześnie stanowią największą część osób składających się na całkowitą roczną konsumpcję marihuany (55-77%). Badanie KE podtrzymuje też tezę, że stosowanie sankcji skierowanych przeciwko produkcji i dystrybucji marihuany powoduje drastyczną podwyżkę cen tej substancji.

W 2011 roku w Polsce ujawniono i zabezpieczono 43 232 szt. roślin konopi indyjskich, zlikwidowano 51 plantacji tzw. wewnętrznych (*indoor cultivation*) oraz 5 plantacji na wolnym powietrzu. W 2012 roku były to już 84 plantacje indoor i 21 upraw zewnętrznych ujawnionych i zlikwidowanych przez CBS KGP. Nadal mamy więc do czynienia z dynamicznym wzrostem

liczby nielegalnych upraw. Rodzaj i liczba ujawnianych nielegalnych upraw marihuany wskazuje na wysoki stopień profesjonalizmu grup przestępczych i ich wysoką specjalizację. Uprawy te są w większości w pełni zmechanizowane, o dużej wydajności, część z nich jest hydroponiczna. Tworzone w sposób sztuczny optymalne warunki wzrostu roślin, nigdy nie występujące w takim stopniu w naturze, powodują, iż z upraw tych uzyskiwane są rośliny o zawartości THC znacznie przewyższającej zawartość tej substancji psychoaktywnej w roślinach pochodzących z upraw w warunkach naturalnych (region azjatycki czy Afganistan).

Sytuacja panująca w Polsce odbiega nieco od sytuacji na pozostałym obszarze UE, gdzie zdecydowanie większą popularnością cieszy się haszysz, zaś dopiero na drugim miejscu znajduje się marihuana.

## Nowe prekursorzy narkotykowe i nowe substancje psychoaktywne

Jak już wspomniano, na polskim rynku narkotykowym prócz tradycyjnych narkotyków pojawiają się w dużej ilości nowe substancje psychoaktywne i nowe prekursorzy narkotykowe.

EMCDDA w najnowszych badaniach podkreśla, że rozpowszechnienie w Europie nowych substancji psychoaktywnych staje się coraz większym problemem. W 2012 roku państwa członkowskie UE zgłosiły w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania (Early Warning System – EWS) ponad 50 nowych substancji psychoaktywnych, co jest jak do tej pory rekordową liczbą.



## Nielegalne laboratorium prekursora narkotykowego (BMK) ujawnione przez policję w styczniu 2013 roku



Według badań KE w ciągu ostatnich dwóch lat co tydzień pojawiała się na rynku jedna nowa substancja. Polski rynek nowych substancji psychoaktywnych, podobnie jak europejski, rozwija się dynamicznie, szczególnie w internecie. Wprowadzone prawodawstwo dotyczące sprzedaży w sklepach takich substancji skutecznie spowolniło ten proces. Według danych Głównej Inspekcji Sanitarnej w latach 2010–2011 do badań analitycznych przeprowadzonych w Polsce pobrano 17 590 próbek nowych substancji psychoaktywnych. Miały one najczęściej postać kapsułek, tabletek, proszku i mieszanek ziołowych. Skład nowych substancji psychoaktywnych wciąż jest bardzo złożony<sup>1</sup>. W zabezpieczanych próbkach substancji często są wykrywane związki z grupy syntetycznych kannabinoidów typu JWH, pochodne fenyloetyloaminy, fenylopiperyzyny, benzylopiperyzyny. Nowe substancje psychoaktywne wprowadzane na rynek okazują się mieszaninami wielu substancji psychoaktywnych. Spośród próbek przebadanych przez Narodowy Instytut Leków, Instytut Sportu, Instytut Ekspertyz Sądowych ponad 26% składało się z więcej niż czterech aktywnych składników.

Pojawiające się nowe prekursory narkotykowe i nowe substancje psychoaktywne często nie są objęte obowiązującymi przepisami prawnymi, przez co nie są też prawnie kontrolowane.

Prekursory narkotykowe, które są elementem niezbędnym do produkcji narkotyków syntetycznych, są przemycane na teren UE z innych części świata, istnieją

jednak substancje chemiczne, które są pozyskiwane na terenie samej Unii. Niejednokrotnie prekursory narkotykowe stanowią element transakcji barterowej pomiędzy zorganizowanymi grupami przestępczymi. Są wymieniane na produkt końcowy, czyli narkotyk. W odróżnieniu od nowych substancji psychoaktywnych, których pojawianie się i monitorowanie jest prawnie uregulowane na poziomie narodowym poszczególnych państw członkowskich UE, przepisy dotyczące prekursorów narkotykowych stanowią wyłączną domenę Komisji Europejskiej i są stosowane wprost, zgodnie z unijnymi rozporządzeniami. Taki stan rzeczy często powoduje problemy w państwach członkowskich UE, przewlekłość procedur towarzyszących opiniowaniu i wpisywaniu na listy kolejnych, nowych prekursorów narkotykowych skutecznie blokuje lub spowalnia działania organów ścigania.

W latach 2011–2012 do Europy napłynęło ponad 80 ton nowej niesklasyfikowanej substancji o nazwie APAAN (alfafenyloacetoacetonitryl), w tym do Polski ok. 15 ton. W sensie prawnym substancja ta nie jest prekursorem narkotykowym, jest nim zaś w sensie chemicznym. Można z niej wyprodukować BMK, przy wydajności ok. 75%, co oznacza, że z 15 ton można wytworzyć ok. 13 ton BMK i w konsekwencji 10 ton produktu finalnego w postaci amfetaminy.

APAAN na nielegalnym rynku prekursorów jest ponadto kilkakrotnie tańszy od BMK, z tego też względu, mimo iż nie ma żadnego legalnego zastosowania w Polsce i w Europie, jest szeroko wykorzystywany do nielegal-

nej produkcji BMK, a w konsekwencji amfetaminy lub metamfetaminy.

W styczniu 2013 roku policja ujawniła jedno z największych w historii nielegalnych laboratoriów, w którym produkowano BMK z APAAN-u. Na miejscu zabezpieczono ok. 1400 litrów BMK, z którego można wyprodukować ok. 1100 kg amfetaminy o czarnorynkowej wartości 24 mln złotych.

## Metamfetamina

Prócz tradycyjnych narkotyków wytwarzanych z prekursorów narkotykowych i niekontrolowanych substancji chemicznych, na polskim rynku narkotykowym coraz częściej mamy do czynienia z nielegalną produkcją metamfetaminy z medykamentów zawierających pseudoefedrynę. Pozamedyczne używanie takich preparatów, szczególnie przez młodzież, jest faktem znanym i monitorowanym, jednak nielegalna produkcja metamfetaminy jest zjawiskiem zdecydowanie bardziej niepokojącym. Europa choć nie należy do czołówki, jest jednym z producentów metamfetaminy oraz dwóch z trzech głównych prekursorów (BMK, efedryna, pseudoefedryna) niezbędnych do jej produkcji.

Równocześnie tylko niektóre kraje europejskie są krajami wykazującymi popyt na tego typu narkotyk, popyt i spożywanie metamfetaminy są ograniczone. Obecnie problem ten jest zgłaszany przez kilka państw europejskich, jednak zagrożenie, jakie stwarza rozwijający się rynek metamfetaminy, jest w Europie coraz bardziej realne. W ostatnich sprawozdaniach rocznych EMCDDA także podkreślono rosnącą popularność metamfetaminy, w latach 2005–2010 ilość zabezpieczeń tego narkotyku w Europie wzrosła z ok. 100 kg do 600 kg.

W Europie nielegalna produkcja i spożycie metamfetaminy koncentruje się przede wszystkim w Czechach i na Słowacji. W obu krajach istnieje problem ze spożyciem tzw. pervitinu (lokalna nazwa metamfetaminy). W ciągu ostatnich 5 lat zapotrzebowanie na ten narkotyk wzrosło zarówno w Czechach, jak i na Słowacji. W obu krajach utrzymuje się wysoki poziom uzależnionych przyjmujących metamfetaminę.

Dane przekazywane przez inne kraje, np. nadbałtyckie czy też skandynawskie, nie są jednoznaczne i trudno je interpretować. Jednym z powodów ograniczających rozwój rynku metamfetaminy w Europie Południowej

i Zachodniej może być dynamiczny rynek nowych substancji psychoaktywnych oraz zwiększający się powoli w Europie rynek kokainy, co zapewne ma wpływ na dość stabilną sytuację w aspekcie rozprzestrzeniania się tradycyjnych narkotyków z grupy ATS, w tym metamfetaminy. Jednak zwiększone zainteresowanie zorganizowanych grup przestępczych produkcją na dużą skalę metamfetaminy, zarówno przy użyciu preparatów z pseudoefedryną, jak też przy użyciu wspomnianego już BMK, może tę sytuację wkrótce zmienić.

Jak już wspomniano, metamfetamina może być wytwarzana z różnych prekursorów i różnymi metodami. Nielegalna produkcja metamfetaminy odbywa się w oparciu o pozyskiwanie niezbędnego prekursora, tj. efedryny bądź pseudoefedryny przez zorganizowane grupy przestępcze z ogólnodostępnych medykamentów na przeziębienie (leki OTC). Sytuacja ta dotyczy w głównej mierze Czech, Słowacji, Niemiec oraz w ostatnich latach Polski. Synteza przy użyciu „odzyskanych” prekursorów i prostych chemikaliów jest relatywnie prosta. Z posiadanego rozpoznania tego zjawiska wynika, że leki zawierające efedrynę bądź pseudoefedrynę są masowo wykupowane w polskich aptekach, a następnie przemycane do Czech, Niemiec, Słowacji. Po uzyskaniu z nich pseudoefedryny jest ona wykorzystywana do wyprodukowania metamfetaminy. Polscy przestępcy również coraz częściej próbują wytwarzać metamfetaminę. Niektóre, w szczególności azjatyckie zorganizowane grupy przestępcze, sięgają też po czysty prekursor – efedrynę lub BMK, które przemycają spoza UE i starają się zwiększać wydajność i skalę produkcji metamfetaminy.

W Polsce w 2012 roku ujawniono dwa laboratoria produkujące metamfetaminę przy użyciu preparatów OTC (Over The Counter Drug) zawierających efedrynę. Obecnie trwają prace nad wdrożeniem niezbędnych środków, które ograniczyłyby nielegalne wykorzystanie preparatów zawierających pseudoefedrynę w nielegalnej produkcji metamfetaminy. Nie jest to jednak proste, są to środki popularne i ogólnodostępne, pozwalające pacjentowi na tzw. samoleczenie, co niewątpliwie należy uwzględnić. Rozwiązaniem mogłoby być ograniczenie sprzedaży preparatów z pseudoefedryną do jednego opakowania z równoczesnym ograniczeniem zawartości substancji aktywnej w jednej tabletkie do 80 mg, a w opakowaniu do max. 720 mg. Zmiana taka z jednej strony nie stanowiłaby istotnej dolegliwości dla

pacjenta i nie generowałyby dodatkowych wydatków, tj. dodatkowa wizyta lekarska czy recepta, z drugiej zaś strony skutecznie utrudniłaby działanie przestępców wykupujących dziś hurtowo w aptekach tego typu leki i produkujących metamfetaminę. Z badań chemicznych wynika, że wspomniane ograniczenie substancji aktywnej – pseudoefedryny bądź efedryny – w jednej tabletki do 80 mg spowodowałoby, iż pozyskiwanie w ten sposób prekursora do produkcji metamfetaminy stałoby się nieekonomiczne z punktu widzenia procesu chemicznego.

Trudny i niestabilny rynek narkotyków syntetycznych zarówno w Polsce, jak też w Europie wciąż stanowi wyzwanie dla organów ścigania, instytucji monitorujących

to zjawisko, profilaktyków. Wymaga niekonwencjonalnych środków i dużego zaangażowania. Niezmiennie ważny jest rozwój wiedzy o społecznych i zdrowotnych skutkach zażywania substancji psychoaktywnych, w szczególności nowych. Istotne jest także szersze wykorzystywanie narzędzi, takich jak analiza kryminalistyczna i toksykologiczna; zaś przede wszystkim współdziałanie wszystkich zaangażowanych podmiotów i praca z osobami z grup najwyższego ryzyka w celu zmniejszania popytu na narkotyki.

### Przypisy

- <sup>1</sup> Dane Głównej Inspekcji Sanitarnej, Raport w sprawie dopalaczy – nowych narkotyków, październik 2011.

*W pierwszej części artykułu<sup>1</sup> zostały zaprezentowane działania dużych miast w Polsce w obszarze przeciwdziałania narkomanii. W tej chcielibyśmy przedstawić aktywność Warszawy, która dysponuje jednym z największych budżetów na przeciwdziałanie narkomanii w kraju, a na zakończenie wyniki dyskusji dotyczącej współpracy na poziomie lokalnym w obszarze monitorowania problemu narkotyków i narkomanii. Odbędzie się ona podczas I Ogólnopolskiej Konferencji Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Perspektywy Współpracy w listopadzie 2012 roku.*

## POLITYKA NARKOTYKOWA W DUŻYCH MIASTACH CZ. II

Artur Malczewski, Anna Misiurek  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Podstawą prowadzenia działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w Warszawie jest Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2012–2015, który został opracowany przez Biuro Polityki Społecznej<sup>2</sup> Urzędu m.st. Warszawy. Program ten, obok strategii alkoholowej i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się HIV, jest elementem „Społecznej Strategii Warszawy. Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2009–2020”<sup>3</sup>. Głównym jej celem jest wzrost potencjału społecznego i prowadzenie zintegrowanej polityki społecznej, zmierzającej do integracji społeczno-zawodowej mieszkańców stolicy. W dokumencie określono obszary, w ramach których realizowane są działania z zakresu polityki społecznej, w tym także zadania z obszaru narkomanii.

Biuro Pomocy i Projektów Społecznych jest komórką Urzędu Miasta odpowiedzialną za określanie oraz realizację działań z zakresu polityki społecznej na poziomie lokalnym. Przeciwdziałaniem narkomanii w Warszawie zajmuje się Wydział Profilaktyki Uzależnień, który wchodzi w skład Biura Pomocy. Do jego zadań należy m.in. opracowanie raportów i analiz; praca nad miejskimi programami przeciwdziałania narkomanii, alkoholizmowi i rozprzestrzenianiu się zakażeń HIV (wraz z opracowaniem ich wyników i ewaluacji); współpraca z organami rządowymi, jednostkami organizacyjnymi miasta i instytucjami badawczymi, zlecanie zadań do realizacji organizacjom pozarządowym i zakładom opieki zdrowotnej oraz uczestnictwo w Komisji Dialogu Społecznego<sup>4</sup>.



Przy opracowaniu i realizacji miejskiego programu przeciwdziałania narkomanii Wydział Profilaktyki Uzależnień współpracuje z instytucjami i organizacjami zajmującymi się problemem narkomanii w Warszawie. Współpraca ta opiera się na opiniowaniu i konsultowaniu programu oraz zgłaszaniu do niego uwag – partnerzy programu występują w roli ekspertów, którzy oceniają strategię pod kątem merytorycznym i praktycznym.

Program Przeciwdziałania Narkomanii został podzielony na cztery części – w pierwszej przedstawiono dane dotyczące liczby okazjonalnych i problemowych użytkowników narkotyków; liczby zakażeń HIV, HBV i HCV i liczby programów metadonowych finansowanych przez m.st. Warszawa. W drugiej części określono szczegółowe i operacyjne cele programu, w trzeciej natomiast wskazano podmioty je realizujące. W ostatniej części przedstawiono źródła finansowania programu. W załączniku do Programu opisane zostały szczegółowe zadania, realizatorzy, wskaźniki i odbiorcy programów. Głównym celem Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2012–2015 jest ograniczenie używania narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Cel ten jest realizowany w trzech

obszarach: profilaktyka; leczenie, rehabilitacja i ograniczanie szkód zdrowotnych oraz postrehabilitacja i pomoc socjalna. W programie określono również cele operacyjne, takie jak: zwiększanie dostępności leczenia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin; zwiększanie poziomu wiedzy na temat problemów związanych z przyjmowaniem narkotyków; ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych przez młodzież szkolną i dorosłych mieszkańców Warszawy; zwiększanie efektywności programów profilaktycznych; wsparcie dla instytucji, organizacji i stowarzyszeń prowadzących leczenie, rehabilitację i poradnictwo dla osób uzależnionych; zwiększanie

wiedzy pracowników oświaty, pomocy społecznej, administracji samorządowej, służby zdrowia, policji, straży miejskiej, wymiaru sprawiedliwości, organizacji pozarządowych oraz liderów grup samopomocowych i środowisk lokalnych w zakresie oddziaływań profilaktycznych, znajomości przepisów prawa, podejmowania interwencji w sytuacjach problemowych oraz umiejętności psychospołecznych. Koszt Programu w 2011 roku wynosił prawie 5 mln złotych, przy czym 3 mln złotych przypadało na dzielnice. Suma ta w całości pochodzi z tzw. korkowego, czyli z wpływów z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W budżecie gminnym środki z „korko-

wego” powinny być przeznaczane wyłącznie na przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii.

Warszawska strategia, oprócz pieniędzy z „korkowego”, może być również finansowana z dotacji wojewody, darowizn od osób prawnych lub fizycznych i środków strukturalnych Unii Europejskiej. Budżet na realizację zadań określonych w miejskiej strategii jest ustalany co roku, w jego skład wchodzi wydatki przeznaczane na finansowanie umów wieloletnich, zawieranych przez Biuro z organizacjami pozarządowymi, i środki wydawane na bieżące potrzeby, głównie na działania profilaktyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne.

Środki z budżetu nie wystarczają jednak na przeprowadzenie badań i analiz, co wiąże się z tym, że Warszawa nie posiada systemu monitorującego lokalną scenę narkotykową.

## Koordynacja działań na poziomie lokalnym

Głównym podmiotem na lokalnej scenie narkotykowej jest Biuro Pomocy i Projektów Społecznych, które odpowiada za kreowanie polityki narkotykowej na poziomie miasta, koordynuje działania burmistrzów dzielnic, finansuje działania organizacji pozarządowych i poradni leczenia odwykowego oraz organizuje prze-

*Biuro Pomocy i Projektów Społecznych m.st. Warszawy odpowiada za kreowanie polityki narkotykowej na poziomie miasta, koordynuje działania burmistrzów dzielnic, finansuje działania organizacji pozarządowych i poradni leczenia odwykowego oraz organizuje przestrzeń do wymiany doświadczeń stron zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii.*



strzeń do wymiany doświadczeń stron zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii. Biuro współpracuje z instytucjami centralnymi (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowe Centrum ds. AIDS), przedstawicielami jednostek administracyjnych, instytucjami badawczymi, zakładami opieki zdrowotnej oraz – na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z organizacjami pozarządowymi.

Burmistrzowie współpracują z Biurem na poziomie planowania i opracowania programu przeciwdziałania narkomanii, jego realizacji i wdrażania strategii w poszczególnych dzielnicach.

W ramach współpracy z trzecim sektorem Biuro uczestniczy w posiedzeniach Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS. Komisja funkcjonuje na podstawie uchwalanego przez Radę Miasta programu współpracy z organizacjami pozarządowymi. Ma ona charakter inicjatywno-doradczy, w jej skład wchodzi przedstawiciele miasta oraz organizacji non-profit. Celem komisji jest wypracowanie nowych rozwiązań, konsultowanie i opiniowanie projektów aktów prawnych oraz tematów konkursów, diagnozowanie potrzeb społecznych oraz współpraca z Warszawską Radą Działalności Pożytku Publicznego, dzielnicowymi komisjami dialogu społecznego (funkcjonującymi na terenie poszczególnych dzielnic) oraz Forum Dialogu Społecznego. Spotkania komisji odbywają się raz w miesiącu i stanowią forum wymiany doświadczeń<sup>5</sup>.

Współpraca Biura z organizacjami pozarządowymi opiera się również na zlecaniu zadań do realizacji. W miejskiej strategii przeciwdziałania narkomanii określa się działania, które mają być wykonywane w trzech obszarach: profilaktyka, leczenie i rehabilitacja, postrehabilitacja, a także odbiorców poszczególnych programów i realizatorów zadań. Mogą one być zlecane w formie konkursów ofert lub tzw. małych grantów, czyli dotacji przyznawanych organizacji non-profit poza otwartym konkursem. Trzeci sektor w ramach współpracy z miastem funkcjonuje na dwóch poziomach – po pierwsze, jest podmiotem doradczym i opiniującym projekty i strategię, proponuje również pewne zadania czy rozwiązania. Po drugie, organizacje pozarządowe są realizatorami konkretnych działań i równocześnie dostarczają informacje na potrzeby osób uzależnionych i ich otoczenia.

## Lokalna polityka przeciwko przestępczości narkotykowej

W obszarze przeciwdziałania narkomanii Biuro Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, komórka Urzędu Miasta, współpracuje z resortami siłowymi w ramach tzw. Warszawskiego Programu Zapobiegania Przestępczości. Biuro odpowiada za realizację działań z zakresu bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz zarządzania kryzysowego i ochrony ludności. Strategia została rozpisana na lata 2011–2014 i jej główne cele to: zmniejszenie liczby popełnianych przestępstw i wykroczeń, wzrost poczucia bezpieczeństwa wśród mieszkańców Warszawy, zorganizowanie systemu monitorującego zagrożenia i skuteczne zarządzanie służbami miejskimi<sup>6</sup>. W programie wskazano główne problemy i propozycje rozwiązań prowadzących do zmniejszenia liczby przestępstw oraz eliminowania ich przyczyn i skutków. W odniesieniu do problemu narkomanii w strategii wskazano na wysoki poziom przestępczości narkotykowej, głównie wśród osób nieletnich, oraz jazdę pod wpływem alkoholu i innych środków odurzających. W programie wskazano również podmioty odpowiedzialne za realizację działań prowadzących do zmniejszenia liczby przestępstw popełnianych pod wpływem substancji psychoaktywnych – są to przede wszystkim poszczególne wydziały Komendy Stołecznej Policji i inne instytucje wskazane jako jednostki pomocnicze.

## Działania z zakresu redukcji szkód

Przyjrzyjmy się jednemu z obszarów realizowanych przez Urząd Miasta, tj. wspieraniu programów redukcji szkód. Tego typu działania są w niewielkim stopniu wspierane przez jednostki samorządowe w Polsce. W Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii wskazano pięć typów programów ograniczania szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków:

- programy wymiany igieł i strzykawek;
- programy pracowników ulicznych zajmujących się m.in. profilaktyką HIV, HCV, HBV (z wyłączeniem programów wymiany igieł i strzykawek);
- dzienne programy pomocy medycznej i socjalnej dla czynnych użytkowników narkotyków;
- programy dyskotekowe, tzw. partyworking;
- obozy i turnusy rehabilitacyjne.

W 2011 roku Biuro Pomocy i Projektów Społecznych dofinansowało dwa programy wymiany igieł i strzykawek oraz programy pracowników ulicznych zajmujących się m.in. profilaktyką HIV, HCV, HBV oraz dwa programy partyworkingowe (prowadzone przez Stowarzyszenie Monar i Stowarzyszenie Lambda Warszawa). Należy zaznaczyć, że działania realizowane w ramach strategii przeciwdziałania narkomanii pokrywają się z zadaniami wskazanymi w Programie Przeciwdziałania Zakażeniom HIV i Działaniach na rzecz Osób Żyjących z HIV/AIDS na lata 2012–2015 – organizacje pozarządowe, które dofinansowuje się w ramach umów czy konkursów, oprócz wymiany igieł czy strzykawek, prowadzą również poradnictwo w kierunku HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową.

W obszarze redukcji szkód Stowarzyszenie Monar prowadzi programy niskoprogowe dla osób zażywających narkotyki i programy redukcji szkód. Działalność Monaru w ramach programów streetworkingowych opiera się na poradnictwie prozdrowotnym, działaniach edukacyjno-informacyjnych oraz wymianie sprzętu (igły i strzykawki)<sup>7</sup>.

Przykładem programu partyworkingowego, wspieranego przez Urząd Miasta, jest program Alternative Dance realizowany przez Monar w warszawskich klubach i dyskotekach. Celem projektu jest zmniejszenie liczby osób zagrożonych uzależnieniem oraz osób uzależnionych, wzrost poziomu wiedzy na temat szkód związanych z przyjmowaniem narkotyków, edukacja prozdrowotna oraz promowanie bezpiecznej zabawy w czasie imprez. Należy zaznaczyć, iż Alternative Dance jest programem edukacyjno-interwencyjnym, który ma dostarczyć uczestnikom imprez wiedzy na temat używania substancji psychoaktywnych oraz wskazać im potencjalne zagrożenia i konsekwencje towarzyszące stosowaniu narkotyków. Projekt skierowany jest do środowisk klubowych, a przede wszystkim do osób używających narkotyków syntetycznych<sup>8</sup>.

## Społeczności lokalne – wyzwania i osiągnięcia

Działania miast, problemy i wyzwania, jakie stoją przed przedstawicielami społeczności lokalnych były poruszane na I Ogólnopolskiej Konferencji Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Perspektywy Współpracy, która odbyła się z inicjatywy Krajowego

Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w listopadzie 2012 roku.

W trakcie drugiego dnia konferencji odbyła się sesja warsztatowa dotycząca współpracy na poziomie lokalnym, która była moderowana przez pracowników Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. W tej sesji obok przedstawicieli prokuratury, policji, urzędów marszałkowskich, organizacji pozarządowych udział wzięli reprezentanci samorządu z Łodzi i Wrocławia. W trakcie warsztatów omawiane były zagadnienia dotyczące tworzenia i rozwijania współpracy na poziomie lokalnym. Dyskusja dotyczyła m.in. zagadnień opracowania i wdrażania lokalnych strategii. Analizując problemy dotyczące działań na poziomie lokalnym, uczestnicy zwrócili uwagę na brak akceptacji w drodze decyzji politycznych wszystkich działań wypracowanych podczas przygotowywania lokalnej strategii. Poruszono kwestię różnego stopnia aktualizacji lokalnej strategii narkotykowej. W sytuacji, gdy strategia dotyczy długiego okresu, może się okazać, że zapisane zadania do realizacji są nieaktualne lub wymagane jest podejmowanie działań wynikających z bieżących zmian, np. pojawienia się „dopalaczy” w 2009 roku. Ważnym elementem planowania i wdrażania działań przez miasta jest przeprowadzanie diagnozy problemów narkotykowych. Należy jednak zwrócić uwagę na różną jakość monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii oraz jakość badań zlecanych do realizacji.

Trudno jest mówić o prowadzeniu skutecznych działań bez zaangażowania różnych podmiotów lokalnych. W zależności od miasta mamy różny poziom współpracy administracji samorządowej i organizacji pozarządowych, która jest zależna od wielu czynników, np. zaangażowania osób, ich wiedzy i kompetencji, jak również warunków działania, np. istnienie lub brak woli politycznej. Omawiając kwestię różnej jakości współpracy pomiędzy instytucjami, zwrócono uwagę na wewnętrzne aspekty funkcjonowania instytucji, np. brak w prokuraturze osoby znającej problematykę narkomanii, co oznacza często brak partnera do wspólnych działań na poziomie miasta. Rotacja przedstawicieli instytucji jest również czynnikiem utrudniającym budowanie i kontynuowanie współpracy. Zmiany osób zajmujących się tematyką narkotykową mogą mieć wpływ na poziom i zasięg podejmowanych działań. W trakcie warsztatów zidentyfikowano również sukcesy

w działaniach na poziomie miast. Do dobrych praktyk należy zaliczyć konsultowanie priorytetów i środków finansowych z instytucjami pracującymi na polu przeciwdziałania narkomanii. Strategia narkotykowa jest często przesyłana do konsultacji partnerom działającym na terenie miasta, dzieje się tak np. we Wrocławiu.

W trakcie dyskusji podniesiona została kwestia aktualizacji lokalnej strategii zgodnie z obserwowanymi potrzebami wynikającymi z prowadzonego monitoringu. Dobrym pomysłem, mającym na celu wspieranie lokalnych partnerów i budowanie sieci współpracy, jest dofinansowywanie przez samorząd lokalny szkoleń dotyczących rozwoju kompetencji przedstawicieli instytucji w obszarze narkomanii. W tworzeniu systemu wspólnych działań potrzebna jest zarówno współpraca wertykalna, np. urząd miasta i urząd marszałkowski, jak również horyzontalna, np. urząd miasta i organizacje pozarządowe. Sesja warsztatowa miała na celu również wypracowanie rozwiązań, które wzmocniłyby działania na poziomie lokalnym i pomogły przezwyciężyć trudności. W ramach dyskusji na ten temat zaproponowano poniższe rozwiązania, które powinny wesprzeć działania na poziomie miasta czy gminy:

- Konsultowanie strategii lokalnych z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii, co ma służyć budowaniu szerokiej koalicji podmiotów zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii.
- Powołanie lub wykorzystanie działania Rady ds. Organizacji Pozarządowych i programu współpracy z organizacjami pozarządowymi ze wskazaniem planowanych zadań.
- Powołanie oraz spotkania stałego Zespołu roboczego ds. monitorowania/wdrażania lokalnej strategii (zebranie informacji, analiza sytuacji i zasobów, wnioski i rekomendacje). Prace zespołu służyłyby wzmocnieniu zasobów informacyjnych miasta, a dokonane analizy byłyby przydatne do prowadzenia działań.
- Współpraca formalna i nieformalna pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w przeciwdziałanie narkomanii polegająca na zapisaniu prowadzonych działań, np. w gminnej strategii, ale również oparta na wzajemnej pomocy i zaufaniu.
- Koordynacja działań podejmowanych przez poszczególne instytucje w celu utworzenia spójnego systemu. Do tego celu można wykorzystać istniejące zespoły,

np. zajmujący się monitorowaniem lub powstające zespoły interdyscyplinarne, bądź powołać nowy.

- Specjalizacja prokuratorów, co oznacza wyznaczenie prokuratorów zajmujących się przede wszystkim sprawami narkotykowymi. W ten sposób przedstawiciele miasta będą mieli stałą osobę do kontaktów i współpracy. Specjalizacja prokuratorów ułatwi również wdrażanie niektórych programów z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej, wymagających współpracy organów ścigania, jak np. „Fred goes net”.

## Podsumowanie

Zebrane dane dotyczące polityki narkotykowej największych miast w Polsce pokazują, że władze lokalne dostrzegają problem narkotyków i narkomanii, jednakże przekazują na przeciwdziałanie narkomanii zróżnicowane środki. Porównując kwoty na jednego mieszkańca, widać dużą rozpiętość między miastami: od mniej niż jednej złotówki wydanej na narkomanię w ramach miejskiej strategii w Lublinie do 10 złotych w Katowicach. Wszystkie miasta opracowały i wdrażały strategię, która dotyczy problemu narkotykowego. Ponad połowa miała oddzielną strategię dotyczącą tylko narkotyków i narkomanii. W większości miejskie strategie były krótkie, przygotowywane na jeden rok realizacji. Nie wszystkie były opracowane w oparciu o wcześniej przeprowadzoną diagnozę (tylko sześć miast z dziesięciu przeprowadziło diagnozę). Miasta najczęściej i w największym stopniu finansowały działania dotyczące profilaktyki uniwersalnej, a najmniej funduszy przekazywały na redukcję szkód. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w różnym stopniu prowadzą prawie wszystkie miasta, z wyjątkiem Katowic i Lublina.

## Przypisy

- <sup>1</sup> „Przeciwdziałanie narkomanii w dużych miastach” cz. I, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1/2013.
- <sup>2</sup> Obecnie: Biuro Pomocy i Projektów Społecznych.
- <sup>3</sup> <http://politykaspoleczna.um.warszawa.pl/> (dostęp: 16 grudnia 2012).
- <sup>4</sup> Ibidem.
- <sup>5</sup> Ibidem.
- <sup>6</sup> <http://bezpieczna.um.warszawa.pl/> (dostęp: 16 grudnia 2012 r.).
- <sup>7</sup> <http://www.monar.pl> (dostęp: 16 grudnia 2012 r.).
- <sup>8</sup> <http://alternativedance.org/> (dostęp: 16 grudnia 2012 r.).



*Pewnego rodzaju zgoda na piętno jest istotna nie tylko w momencie podejmowania decyzji o leczeniu. Według naszych respondentów zbudowanie nowego „ja” bez zawarcia w nim jakiegokolwiek wspomnienia o „kompromitującej skłonności” może być zgubne. Pamięć złych chwil, żywotność obrazu siebie obciążonego piętnem, chroni – ich zdaniem – osoby żyjące w trzeźwości przed pokusą ponownego wzięcia narkotyków.*

## ROLA PIĘTNA W PROCESIE WYCHODZENIA Z NAŁOGU

Magdalena Bielińska

Fundacja „Wiedza lokalna”, Instytut Studiów Politycznych PAN

Anna Lisiecka

Collegium Civitas

Anna Radiukiewicz

Instytut Studiów Politycznych PAN, Collegium Civitas, Fundacja „Wiedza lokalna”

„Narkoman”, „ćpun”, „grzejnik” to nie tylko określenia osób uzależnionych od narkotyków. To również pewne piętna, z którymi związane są liczne przekonania i oczekiwania względem osób, którym je przypisujemy oraz określone ich traktowanie. Naznaczenie nimi jednostki ma daleko idące następstwa zarówno dla jej koncepcji siebie, jak i uczestnictwa w życiu społecznym. Zostaje jej bowiem nadana zupełnie nowa, uznawana za gorszą tożsamość, co pociąga za sobą stereotypizację, odrzucenie, ostryzm oraz odebranie dotychczasowego statusu. W oczach społecznego otoczenia staje się ona przede wszystkim dewiantem określonego typu, od którego oczekuje się dalszego łamania norm i traktuje adekwatnie do takich oczekiwań. Badania dowodzą, że stygmat negatywnie oddziałuje właściwie na wszystkie aspekty życia jego nosiciela, od zdrowia fizycznego (Thoits 1995), przez samoocenę (np. Markowitz 1998, Rosenfield 1997 za: Markowitz, Angell, Greenberg 2011: 147), aż po sieci społeczne (Thoits 2011: 8, Markowitz, Angell, Greenberg 2011: 145), i większość ludzi ma świadomość jego niszczącego wpływu. Można więc oczekiwać, iż ci, którzy zagrożeni są naznaczeniem lub już go doświadczają, będą próbowali się przed nim bronić, wypracowując różne strategie radzenia sobie z piętnem.

To właśnie działania zorientowane na oczekiwaną lub doświadczaną stygmatyzację były podstawowym przedmiotem zainteresowania badań przeprowadzonych przez zespół Fundacji „Wiedza lokalna” w ramach projektu „Rola społecznego piętna w powrocie z uzależnienia”, zleconych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Chcieliśmy dzięki nim znaleźć odpowiedź na pytanie, w jaki sposób jednostki radzą sobie z piętnem oraz w jaki sposób podejmowane przez nie działania wpływają na nie same, ich relacje z otoczeniem, szanse powrotu do społeczeństwa.

Metodą, wykorzystaną w ramach badań, była biografia tematyczna (Helling 1985), w której gromadzone informacje dotyczą określonej dziedziny (zawodu, wykształcenia, seksualności itp.) lub fazy życia (młodości, wieku dorosłego, krytycznych okresów przejściowych itp.). Materiał badawczy został zebrany na podstawie wywiadów narracyjnych (Prawda 1989) z elementami wywiadu opartego na dyspozycjach, co pozwoliło nam uzyskać bardziej precyzyjne informacje dotyczące doświadczeń osób badanych, bez nadmiernej ingerencji w wypowiedź formułowaną przez każdą z nich. Rozmowy z piętnastoma respondentkami i respondentami przeprowadzono w okresie od lipca do października 2011 roku wśród trzech grup osób uzależnionych: aktualnie uczestniczących w terapii, tych, które odbyły terapię i udało im się przez co najmniej dwa lata pozostać w trzeźwości i powrócić do „normalnego życia” (znaleźli pracę, mieszkanie, stworzyli i odbudowali relacje z innymi) oraz osób, które po podjęciu prób wyjścia z uzależnienia poprzez uczestnictwo w terapii, powróciły do narkotyków. Taki dobór rozmówców pozwolił na zdobycie informacji o pewnych istotnych i różniących się od siebie doświadczeniach związanych ze stygmatyzacją i strategiach radzenia sobie z nią.

W artykule prezentujemy najważniejsze rezultaty naszych analiz. Na początku zwracamy uwagę na możliwe źródła



doświadczenia piętnowania, a także na to, jaki wpływ ma owo doświadczenie na tożsamość jednostki. Istotnym aspektem naszych badań było pytanie o sposoby radzenia sobie z piętnem – w związku z tym kolejną część artykułu poświęcona jest omówieniu dwóch najbardziej powszechnych strategii podejmowanych w tym celu przez naszych badanych. Ostatnią, ale nie mniej istotną kwestią, na którą zwracamy uwagę, jest problem związany z internalizacją piętna oraz jednostkowe i społeczne konsekwencje jego negatywnych konotacji<sup>1</sup>.

## Źródła piętnowania

Zajmując się problemem stygmatyzacji, należy zwrócić uwagę na podłoże pochodzenia piętna. Gdy źródłem etykietowania jest sama jednostka, przyjmuje się, że mamy do czynienia z procesem samonaznaczania, jeśli natomiast etykietowanie pochodzi od innej osoby, mówi się o procesie naznaczania społecznego.

Jak wynika z analiz przeprowadzonych w ramach badań, samoetykietowaniu towarzyszy przekonanie o byciu zewnątrzsterownym (wrażenie bycia kontrolowanym przez zewnętrzne czynniki, np. okoliczności, innych ludzi itp.), swoistym odczłowieczeniem, autodestrukcji, utracie własnej wartości. Na skutek tego procesu dochodzi do autodevaluacji (Thoits 2011: 7), braku szacunku dla siebie. Autostygmatyzacja objawia się poczuciem bezsensu, zaniżonej samooceny, bezsilności, wstydu, przekonaniem o byciu „beznadziejnym”, „nienadającym się do niczego śmieciem”, „ćpunem” – jak mówili o sobie badani. Bywa również podtrzymywana na skutek posiadania trwałych symboli zdradzających piętno, które rozpoznane przez otoczenie społeczne posłużyć mogą za znak usprawiedliwiający społeczną deprecjację.

Z kolei w przypadku naznaczania społecznego możemy mówić o trzech różnych kategoriach społecznych, które mogą stosować etykiety w stosunku do outsiderów: swoich (Goffman 2005: 52-66), bliskich oraz obserwatorów.

Pierwszą z wymienionych kategorii (tzw. swoich) stanowią osoby noszące to samo piętno. A zatem są to członkowie grupy dewiacyjnej, do której należy osoba uzależniona. Swoi stanowią potencjalną grupę wsparcia outsidera, który na ogół czuje się w ich otoczeniu bezpiecznie. Grupę taką tworzyć mogą osoby, które wspólnie zażywają narkotyki. Z kolei jeśli swoich stanowią współuczestnicy terapii, czerpanie z wiedzy bardziej doświadczonych może

pomóc w radzeniu sobie zarówno z uzależnieniem, jak i ze sposobami odnoszenia się do posiadanego stygmatu (stosowanie sprawdzonych przez „współtowarzyszy niedoli” strategii). Uznanie się za jednego ze swoich może jednak stanowić źródło samonaznaczenia.

Kategoria bliskich reprezentowana jest przez członków rodziny stygmatyzowanego, jego partnerów i przyjaciół. Różne są wzory reakcji na osobę zdradzającą symbole piętna: od chęci niesienia natychmiastowej i bezterminowej pomocy, czasową izolację, po odrzucenie – wykluczenie z własnego kręgu społecznego, które piętnuje najdotkliwiej. Reakcje te na ogół przebiegają dość schematycznie i układają się w kontinuum zmierzające do coraz silniejszego naznaczania. Początkowo ze strony najbliższych płynie chęć pomocy, podejmowane są wysiłki przekonywania narkomana o negatywnych następstwach trwania w nałogu, dostrzec można wyraźne oznaki osobistego zaangażowania na rzecz skłonienia zdyskredytowanego do podjęcia terapii odwykowej. Jednak po pewnym czasie, wobec nieskuteczności takich zabiegów lub trudności z tym związanych, większość bliskich uznaje narkomana za „beznadziejnego, nieuleczalnego ćpuna”.

Narkomanów piętnują również bardziej względem niego odległe kręgi społeczne, które określamy mianem obserwatorów. Są to osoby niezwiązane głębszymi relacjami z jednostką posiadającą nieakceptowaną cechę, a więc dalsi członkowie poszerzonej rodziny, znajomi i sąsiedzi, ludzie, z którymi etykietowany wchodzi w przelotne, niepogłębione relacje w codziennym życiu. Grupę obserwatorów stanowią będą również ci, z którymi narkomani stykają się w bardziej formalnych sytuacjach społecznych, a którym zmuszeni są ujawnić swój dyskredytujący atrybut lub też nie są go w stanie ukryć (pracownicy służby zdrowia, pracodawcy, terapeuci itp.). Skłaniamy się do wniosku, że w polskiej rzeczywistości społecznej pracownicy niektórych instytucji pomocowych nie są przychylnie nastawieni do nosicieli piętna narkomana ani nie przejawiają symptomów świadczących o akceptacji przez nich tego rodzaju stygmatu. Przejawiane przez nich nieraz reakcje względem outsiderów są skrajnie naznaczające. W powszechnym, zwłaszcza wśród terapeutów, dyskursie takie etykietowanie ma służyć niszczeniu dewiacyjnej tożsamości<sup>2</sup>. Naszą intencją było zastanowienie się, czy strategia taka nie wyrządza większej krzywdy i czy w efekcie nie prowadzi do pogłębiania izolacji społecznej i internalizacji społecznego piętna.

## Konsekwencje naznaczania

Wśród praktyków i teoretyków zajmujących się uzależnieniami istnieje przekonanie, że mówienie do kogoś: „jesteś narkomanem”, jest nie tyle etykietowaniem, ile (z perspektywy terapeutycznej) właściwą reakcją najbliższego otoczenia. Z naszych analiz wynika, że stosowanie względem osoby uzależnionej określenia „narkoman” może być dla niej zagrożeniem. Wiąże się to z negatywnymi konotacjami tej etykiety, wskazującymi na konkretne założenia tego, jaki jest jej nosiciel jako człowiek. Taka reakcja społeczna zwykle też jest rozbudowana o znacznie ostrzejsze opinie: stosowanie innych obelżywych etykiet, będących wyrazem psychicznej przemocy wobec uzależnionego. Dlatego też wpływ piętna na jednostkę ujawnia się przede wszystkim w silnej stereotypizacji osób będących uzależnionymi od narkotyków. Podobieństwo opisów, które przedstawiali respondenci w odpowiedzi na pytanie: „Z czym kojarzy się etykieta uzależniony/narkoman?”, sugeruje, że istnieje szeroko podzielany stereotyp w tym zakresie. Stale powtarzały się wypowiedzi zawierające określenia: „śmieć”, „ktoś gorszy, komu nie można ufać”, „margines społeczny”, „dworzec, strzykawki”.

Etykietyzacja może stanowić zagrożenie dla wychodzenia z nałogu, powodując narastanie poczucia bezsilności, niemożność poradzenia sobie z nową sytuacją życiową, w jakiej znajduje się osoba borykająca się z uzależnieniem. Narkomani, zdawszy sobie sprawę z tego, że należą do innej, gorszej kategorii ludzi, przyjmują na siebie tę opinię i wchodzą niejako w społeczną rolę outsidera. Zarówno ze strony otoczenia, jak i nosicieli piętna dochodzi do wygasania kontaktów, unikania interakcji, które mogłyby być dla którejkolwiek ze stron nieprzyjemne. Z tego względu społeczne etykietowanie może mieć decydujący wpływ na rozwój kariery dewiacyjnej, popychając zdyskredytowanych w kierunku kategorii swoich. Sprzyja to zarówno trwałości etykiety u danej osoby, jak i jej trwaniu w uzależnieniu. Brak interakcji bowiem niesie za sobą brak weryfikacji siebie jako istoty społecznej, prowadzi do samoizolacji, wycofywania się z życia społecznego, podejrzliwości względem innych i dezorientacji. U napiętnowanego stan ten może powodować frustrację czy przygnębienie. Co więcej, piętno wpływa na relacje społeczne, w jakie będzie wchodzić zdyskredytowana jednostka w przyszłości. Z całą pewnością będą one inne niż te, które nawiązywała przed wykluczeniem. Rozmówcy często wyrażają niepokój o jakość kontaktów z osobami bliskimi sprzed okresu

napiętnowania, obawiają się zerwania relacji z nimi, boją się dyskredytacji w ich oczach nawet po pozbyciu się społecznie potępianej cechy czy zachowania.

Nie zaskakuje zatem fakt, że większość badanych zdradzała symptomy wskazujące na problemy z zaaprobowaniem nowego (po naznaczeniu) siebie, z redefinicją własnego „ja” zgodnie ze społecznym odbiorem. Prowadziło to m.in. do konieczności stałego, czujnego kontrolowania oceny napiętnowanego ze strony bliskich, swoich i obserwatorów zarówno przed, w trakcie, jak i po terapii.

## Strategie radzenia sobie z piętnem narkomana

Nie ulega wątpliwości, że narkomania jest jednym z najbardziej destrukcyjnych stygmatów (Anderson, Ripullo 1996). Z tego powodu większość osób uzależnionych doświadcza negatywnych reakcji społecznych lub przynajmniej się ich spodziewa. W obawie przed opisanymi wcześniej konsekwencjami naznaczania, sięgają one po różne strategie radzenia sobie z piętnem. Termin ten rozumiemy jako wszystkie środki, które stosuje naznaczana lub zagrożona naznaczeniem jednostka, aby zminimalizować negatywne następstwa tego procesu. W badanej przez nas grupie najpopularniejsze było uchylanie się oraz rzucanie wyzwania.

Uchylanie się służy uniknięciu przypisania piętna lub też zmniejszeniu stopnia jego dyskredytowalności. Jednostka wiedząc, że ma pewien potępiany atrybut i że otoczenie przypisuje jej na tej podstawie stygmat, przekonuje siebie czy też próbuje przekonać innych, że on się do niej nie odnosi. Osoby badane najczęściej wykorzystywały w tym celu dwie formy negocjowania etykiety: nieprzystawalność i pomniejszanie.

Pierwsza z wymienionych form negocjowania etykiety polega na zestawieniu istniejącego skrajnie negatywnego i przerysowanego stereotypu narkomana z tym, jaka jest dana jednostka. Istniejące między tymi dwoma obiektami niezgodności, pozwalają dowieść, iż etykieta się do niej nie odnosi. W ramach drugiej natomiast jednostka przyznaje, że posiada pewien potępiany atrybut, ale w przeciwieństwie do osób, które „naprawdę mają problem”, jej jest chwilowy, mniej poważny, dający się kontrolować, bardziej zrozumiały i/lub nie ma właściwie negatywnych konsekwencji. Takie zdefiniowane podstawy naznaczania w terminach mniej dyskredytujących jest możliwe przede wszystkim dzięki wykorzystaniu chroniącego porównania

społecznego. Narkomani hierarchizują sami siebie według stopnia dyskredytowalności i poważności ich uzależnienia, dzięki czemu powstaje struktura bazująca przede wszystkim na kryterium typu środka odurzającego oraz sposobu jego przyjmowania, ale jej podstawą mogą być też podejmowane działania, cechy charakteru, wygląd, bezdomność, udział w terapii itp. Warto zaznaczyć, że chociaż działania te mogą być skierowane na społeczne otoczenie jednostki, to są wówczas mało skuteczne, ponieważ zwykle nie dostrzega ono subtelnych różnic, które stanowią o ich efektywności. Dla konformistycznej większości osoba stosująca środki odurzające, niezależnie od tego, jakie i w jaki sposób przyjmowane, to narkoman. Zaś przypisanie takiego piętna pociąga za sobą stereotypowe postrzeganie. Dlatego negocjowanie etykiety oparte na porównywaniu się ze stereotypem lub innymi uzależnionymi najczęściej pozwala jednostce na uniknięcie piętna lub przypisanie mniej dyskredytującego wyłącznie w jej własnym mniemaniu.

Drugą strategią najczęściej wykorzystywaną przez badanych było rzucanie wyzwania. Polega ona na podaniu w wątpliwość istniejących stereotypów dewiacyjnych i samej etykiety, które uznawane są za nieuzasadnione, wynikające z uprzedzeń i niewiedzy. Ten sposób radzenia sobie może mieć charakter poznawczy, kiedy tworzone są ideologie usprawiedliwiające odmiennność, niesłużące jednak zmianie stygmatyzującej reakcji otoczenia. W przypadku narkomanów opierają się one na kilku podstawowych argumentach: poczuciu, że „wszyscy tak robią”, w związku z czym zachowanie właściwie nie ma charakteru dewiacyjnego, nadawaniu pewnych wyjątkowych właściwości zażywanyemu środkom, a także doświadczeniom związanym z uzależnieniem oraz wiązaniu uzależnienia z pewnymi cenionymi cechami – kreatywnością, wrażliwością, ciekawością czy otwartością.

Jednostka lub grupa może rzucać wyzwanie również społecznemu otoczeniu, dążąc do zmiany utrwalonych przekonań na temat dewiantów, zwalczania dyskryminacji, doprowadzenia do sytuacji, w której dany atrybut nie będzie już uznawany za dyskredytujący. Badani jednak niezwykle rzadko sięgali po ten sposób radzenia sobie z piętnem. Właściwie jedyną wykorzystywaną przez nich formą był najbardziej pośredni wariant, czyli zachowywanie się niezgodnie ze stereotypowymi wyobrażeniami, w założeniu dowodzące, iż istniejące przekonania dotyczące tej grupy są błędne. Inne opisane

w literaturze (np. Thoits 2011) aktywne formy rzucania wyzwania rzadko były wykorzystywane czy w ogóle brane pod uwagę. Jest to o tyle zaskakujące, że przynajmniej w teorii są jednymi z najbardziej korzystnych dla jednostki sposobów radzenia sobie z piętnem.

## Trwałość piętna

W związku z opisanymi wcześniej negatywnymi konotacjami etykiety „narkoman”, istotnym aspektem radzenia sobie z piętnem jest ochrona samego siebie. Każde z podejmowanych w tym celu działań zdaje się bowiem prowadzić do utrzymania pozytywnego obrazu „ja” – obrazu, w którym liczy się to jaki/a jestem, a nie to, że biorę lub brałem/am narkotyki. Z tej perspektywy wspomniany aktywny sposób radzenia sobie z piętnem, polegający na sprzeciwieniu się i walce ze stereotypami, wydaje się najbardziej chronić ów obraz siebie samego. Pojawia się tu jednak pewien paradoks, bowiem jak wskazuje analiza zgromadzonych przez nas wywiadów, istotnym momentem w drodze do podjęcia starań o pozbycie się negatywnego atrybutu, a w rezultacie również do zaprzestania zażywania narkotyków, było uświadomienie sobie przez naszych respondentów bycia jego nosicielem – co nierzadko wiązało się z internalizacją piętna. Niektórzy badani wprost podkreślali, że dopóki jednostka nie pogodzi się z własnym stygmatem, dopóty nie będzie w stanie podjąć świadomej z nim walki, a w konsekwencji dużo trudniej jej będzie uwolnić się od narkotyków. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż nie we wszystkich przypadkach uświadomienie sobie bycia nosicielem piętna oznaczać musi jego internalizację – uzmysłowienie sobie bycia uzależnionym czy narkomanem nie musi, a wręcz nie powinno oznaczać zgody na związane z tym negatywne konotacje. Może to bowiem, o czym również mówili badani, przyczyniać się lub też wzmacniać poczucie bezsilności wobec nałogu i własnej słabości wobec wyzwania, jakim jest życie w trzeźwości.

Pewnego rodzaju zgoda na piętno jest istotna nie tylko w momencie podejmowania decyzji o leczeniu. Zdaniem naszych respondentów zbudowanie nowego „ja” bez zawarcia w nim jakiegokolwiek wspomnienia o „kompromitującej skłonności” może być zgubne. Pamięć złych chwil, żywotność obrazu siebie obciążonego piętnem, chroni – ich zdaniem – osoby żyjące w trzeźwości przed pokusą ponownego wzięcia narkotyków.



Jednakowoż wydaje się, że ze względu na wspomniane negatywne konotacje etykiety narkomana, strategia, zgodnie z którą osoby uzależnione – mimo abstynencji – nie zmagają się do pozbycia się lub negocjowania piętna jako elementu koncepcji siebie (uznając np. że to niebezpieczne), może mieć negatywne skutki. Blokowanie procesu odrzucania etykiety może w gruncie rzeczy być przyczynkiem do powrotu do narkotyków, które staną się remedium na ból świadomości bycia uzależnionym (a więc napiętnowanym). Jak bowiem wskazują przeprowadzone analizy, świadomość piętna – wzmacniana przez doświadczanie naznaczania oraz samonaznaczania – prowadzi do nasilania się zachowań dewiacyjnych, pogłębia uzależnienie.

## Podsumowanie

Podjęcie decyzji o walce z piętnem oznacza zatem możliwą odbudowę zawalonego świata. W procesie tym istotną rolę odgrywa nie tylko jednostka, ale również, co zostało już podkreślone, jej społeczne otoczenie. Wśród naszych respondentów nie było osób, którym – naszym zdaniem – udało się odbudować ów świat bez piętna. Choć przekształcone, jest ono wciąż obecne. Przyczyn takiego stanu rzeczy – poza wspomnianym przekonaniem uzależnionych, że zapomnienie jest niebezpieczne – można szukać w samym procesie terapeutycznym (por. Świątkiewicz 2002: 111-112). Strategie polegające na podjęciu działań, mających na celu wyjście z nałogu, nie oznaczają bowiem automatycznego pozbycia się etykiety i rzadko wiążą się z jej negocjowaniem, nie mówiąc już o rzucaniu wyzwania społecznemu otoczeniu. Źródła tej tendencji mają również charakter makrospołeczny. Z wypowiedzi osób biorących udział w badaniu można wnioskować, że w dużej mierze wynika ona z tego, że często zinternalizowały one stygmat wraz ze skrajnie negatywną oceną jego nosiciela i dlatego uznają, że społeczne otoczenie ma rację, a narkoman zasługuje na złe traktowanie. Z tego powodu nasi respondenci nawet po okresie wieloletniej abstynencji wybierali raczej niekonfrontacyjne sposoby radzenia sobie: ukrywanie, izolację czy różne poznawcze wersje uchylania się i tworzenia ideologii, przekonani o bezsensowności prób zmiany przekonań społecznych, a także bojąc się ponownego etykietowania. Negatywna reakcja społeczna może i przyczynia się do trwania w nałogu lub powrotu do niego.

W związku z tym, że bardzo często jednostka mimo podjęcia terapii czy po jej zakończeniu jest nadal naznaczana, a nawet sama się naznacza, istotne są działania, które pozwolą jej wytrwać w próbie zmiany głównego statusu z dewiacyjnego na niedewiacyjny, umożliwią zbudowanie nowej tożsamości i całego, zawalonego uprzednio, świata. Prowadzi to do konkluzji, iż najbardziej skuteczne wydają się te z nich, które prowadzą do zmiany społecznego nastawienia. Wskazane są wszelkie inicjatywy kształtujące opinię publiczną, dzięki którym świadomość społeczna byłaby większa, a upraszczający i krzywdzący stereotyp uległ przekształceniu. Wydaje się zatem, że konieczna jest, rzecz można, całościowa rekonstrukcja poprzez rzucenie wyzwania i zmianę etykiety narkomana – wówczas to obejmie ona zarówno osoby mające problem narkotykowy, jak i całe społeczeństwo.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Bardziej szczegółowa prezentacja wyników badań została opublikowana na stronie [www.wiedzialokalna.pl](http://www.wiedzialokalna.pl) w raporcie „Jestem zwykłym ćpunem – o roli piętna w procesie wychodzenia z nałogu”.
- <sup>2</sup> Na psychice narkomana: „(...) trzeba dokonać (...) bolesnej operacji – zniszczyć do końca zwyrodniały fundament przez uświadomienie mu, że narkotyki doprowadziły do tego, że jest zerem (...), tylko wtedy, gdy narkoman uświadomi sobie, że jest nikim, ma szansę rzeczywistego wystartowania do budowy nowych jakości, do próby konstruowania w swoim pustym wnętrzu nowego systemu wartości”, za: Marek Kotański, *Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1984, s. 24.

## Bibliografia

- Anderson Tammy L., Frank Ripullo, „Social Setting, Stigma Management, and Recovering Drug Addicts”, *Human and Society* nr 20 (3)/1996.
- Goffman E., „Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, 2007.
- Helling I., „Metoda badań biograficznych”, *Kultura i Społeczeństwo* nr 3/1985.
- Kotański M., „Model leczenia narkomanii w Głogowie” (w:) Kotański M. i in., *Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1984.
- Markowitz F.E., Beth A., Greenberg J.S., „Stigma, Reflected Appraisals, and Recovery Outcomes in Mental Illness”, *Social Psychology Quarterly* nr 74 (2)/2011.
- Prawda M., „Biograficzne odtwarzanie rzeczywistości. O koncepcji badań biograficznych Fritza Schütze”, *Studia Socjologiczne* nr 115 (4)/1989.
- Świątkiewicz G. (red.), „Profilaktyka w środowisku lokalnym”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
- Thoits P.A., „Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?”, *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue* 1995.
- Thoits P.A., „Resisting the Stigma of Mental Illness”, *Social Psychology Quarterly* nr 74 (1)/2011.



*W 2009 roku z inicjatywy Polski i Szwecji Unia Europejska zainauguowała program Partnerstwa Wschodniego, mający na celu stopniowe zbliżanie krajów Europy Zachodniej i państw Kaukazu Południowego. Program ten stanowi główny instrument wymiaru wschodniego polityki Unii Europejskiej. Wśród państw objętych Partnerstwem Wschodnim znalazła się także Gruzja.*

## WSPÓŁPRACA Z GRUZZĄ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOTYKOM I NARKOMANII

Łukasz Jędruszek

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W 2009 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) podjęło próbę nawiązania współpracy z potencjalnymi partnerami gruzińskimi. Przedstawiciel Biura wziął udział w konferencji zorganizowanej przez gruzińską organizację pozarządową Women's Club PEONI we współpracy z ambasadą RP w Tbilisi, Przedstawicielstwem UE w Gruzji i organizacją Open Society Georgia. Konferencja ta poświęcona była sytuacji narkotykowej w Gruzji, a także perspektywom dostosowywania rozwiązań w zakresie narkotyków i narkomanii do tych, które obowiązują w Unii Europejskiej. Podczas konferencji Polska przedstawiła swoje doświadczenia z zakresu profilaktyki i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, mocno akcentując rolę organizacji pozarządowych w tym procesie. Uczestnictwo w konferencji umożliwiło przedstawicielom KBPN zapoznanie się ze skalą zjawiska narkomanii w Gruzji i z najważniejszymi problemami, przed którymi stoi ten kraj w kontekście narastającej fali problemu narkotyków i narkomanii.

Niestety, w latach 2009–2011, głównie ze względu na liczne obowiązki wynikające ze sprawowania przez Polskę przewodnictwa w Grupie Pompidou Rady Europy (2006–2010), a następnie półrocznej prezydencji w Radzie UE w drugiej połowie 2011 roku, nie udało się zainicjować długofalowej współpracy z partnerami gruzińskimi. Realna szansa na to pojawiła się rok później. W sierpniu 2012 roku Krajowe Biuro przygotowało koncepcję projektu, który mógłby zostać zrealizowany w ramach Planu Współpracy Rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych w 2013 roku. Najważniejsze założenia projektu to:

- Doskonalenie kompetencji zawodowych specjalistów gruzińskich instytucji państwowych i organizacji pozarządowych w dziedzinie przeciwdziałania narkotynom i narkomanii, wykorzystując najlepsze praktyki stosowane w państwach Unii Europejskiej.
- Rozwijanie modeli współpracy międzyinstytucjonalnej w oparciu o doświadczenia Polski w celu połączenia i zwiększenia potencjałów instytucji publicznych i organizacji pozarządowych na podstawie wniosków z badań i monitoringu.
- Stworzenie w Gruzji poradni internetowej dla osób uzależnionych, ich bliskich i osób zainteresowanych problemem narkotyków i narkomanii.

W projekcie uwzględniono organizację wizyt studyjnych, warsztatów i staży w Gruzji i w Polsce.

Projekt „Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji” uzyskał akceptację Ministerstwa Spraw Zagranicznych i, co najważniejsze, wsparcie finansowe umożliwiające jego realizację przez specjalistów Krajowego Biura we współpracy z Fundacją Merkury z Wałbrzycha, która zajmuje się m.in. prowadzeniem poradni internetowej na terenie Wałbrzycha. Naszymi partnerami po stronie gruzińskiej są:

- Center for Mental Health and Prevention of Addiction – instytucja publiczna pełniąca podobną funkcję jak Krajowe Biuro w Polsce.
- Disease Prevention, Control and Non Proliferation Association – organizacja pozarządowa zajmująca się problematyką uzależnień.

Oficjalne rozpoczęcie projektu zaplanowano na marzec 2013 roku, ale już w grudniu 2012 roku zorganizowana została wizyta studyjna w Tbilisi. Jej celem było dokładne oszacowanie potrzeb partnerów gruzińskich, zapoznanie

się z obecną sytuacją epidemiologiczną w Gruzji oraz zaplanowanie działań na pierwszy kwartał 2013 roku. Tydzień przed oficjalnym rozpoczęciem projektu zorganizowana została w Warszawie (19-20 marca) międzynarodowa konferencja pn. „Krajowy, regionalny i lokalny monitoring problemu narkotyków i narkomanii – wyzwania i osiągnięcia w Europie”. W konferencji, oprócz Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii oraz ekspertów z państw europejskich, udział wzięł także przedstawiciel gruzińskiej instytucji partnerskiej uczestniczącej w projekcie. Przedstawił on informacje na temat epidemiologii zjawiska narkotyków i narkomanii w Gruzji, a także planowanych zmian legislacyjnych w tym zakresie. Warto podkreślić, że wystąpienie gościa z Gruzji spotkało się z dużym zainteresowaniem uczestników konferencji.

Tuż przed Wielkanocą, 29 marca, w Tbilisi zorganizowana została konferencja inaugurująca projekt „Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji”. Wśród 35 uczestników konferencji znaleźli się m.in. przedstawiciele gruzińskiego Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Zdrowia, cerkwi prawosławnej, lokalnych mediów i organizacji pozarządowych, a także przedstawiciel ambasady RP w Tbilisi.

Podczas konferencji pracownicy Krajowego Biura zaprezentowali szczegóły rozpoczynającego się właśnie projektu, informacje na temat systemu przeciwdziałania narkotynom i narkomanii w Polsce, najważniejsze rozwiązania prawne w tym zakresie, a także informacje na temat systemu monitoringu i ewaluacji strategii antynarkotykowej w Pol-

sce. Fundacja Merkury przedstawiła natomiast polskie doświadczenia w zakresie poradnictwa internetowego, korzyści płynące z tego typu usług oraz omówiła rolę organizacji pozarządowych w systemie przeciwdziałania problemowi narkotyków i narkomanii w Polsce.

Partnerzy gruzińscy przedstawili szczegółowe informacje dotyczące epidemiologii zjawiska, podkreślając, że w Gruzji dostęp do leczenia (najczęściej odpłatnego) jest bardzo ograniczony, pomimo około 40 tys. dożylnych użytkowników narkotyków. Coraz poważniejszym problemem, oprócz politoksykomanii, staje się dezomorfina (tzw. krokodyl), która wyparła zdecydowanie droższą heroinę. Przedstawiciel cerkwi prawosławnej wskazał natomiast na ważną rolę cerkwi w procesie przeciwdziałania narkomanii oraz pomocy osobom wychodzącym z uzależnienia. Do niedawna to głównie cerkiew i liczne organizacje pozarządowe niosły pomoc osobom uzależnionym od narkotyków.

Zarówno konferencja zorganizowana w Tbilisi, jak i sama idea projektu „Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji” spotkały się z życzliwym przyjęciem ze strony Gruzinów.

Kolejnym elementem projektu będzie szkolenie pracowników przyszłej gruzińskiej poradni internetowej, które poprowadzą nasi partnerzy z Fundacji Merkury w drugiej połowie czerwca w Tbilisi. Uczestnicy szkolenia zdobędą wiedzę i umiejętności (rozwijane w dalszych etapach projektu), które pozwolą im utworzyć i poprowadzić poradnię internetową. Zgodnie z planem poradnia zacznie działać już w sierpniu 2013 roku.

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w Warszawie,  
ul. Dereniowa 52/54 tel. (22) 641 15 01, fax (22) 641 15 65**

**Zaprasza**

zainteresowane podmioty szkolące do uczestnictwa w konkursie ogłoszonym 20 maja 2013 roku na uzyskanie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie: specjalisty terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

Informacje dotyczące wymagań oraz dokumentów, które należy złożyć, znajdują się na stronie [www.kbnp.gov.pl](http://www.kbnp.gov.pl) w zakładce „Aktualności”.

**Zgłoszenia należy składać do 1 sierpnia 2013 roku do godziny 16.00 w sekretariacie Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii.**

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do 20 września 2013 roku.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu oraz do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

*Poziom marginalizacji społecznej wśród osób problemowo używających narkotyków, szczególnie wśród użytkowników opioidów, jest zazwyczaj wysoki. Osoby uzależnione, oprócz szkód zdrowotnych związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych, doświadczają licznych problemów natury społecznej, takich jak bezrobocie czy bezdomność, a nierzadko popadają również w konflikty z prawem.*

## PROBLEM MARGINALIZACJI SPOŁECZNEJ UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Anna Strzelecka

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

Dane zawarte w „Sprawozdaniu rocznym 2012: stan problemu narkotykowego w Europie” dotyczące warunków bytowych osób, które w 2010 roku zgłosiły się do leczenia z powodu narkotyków, pokazują, że więcej niż połowa tych osób (56%) pozostawała bez pracy. Warto zaznaczyć, że w 15 spośród 24 krajów UE odsetek bezrobotnych użytkowników narkotyków wzrósł na przestrzeni ostatnich 5 lat. Dane europejskie potwierdzają, że osoby zgłaszające się do leczenia z powodu narkotyków często charakteryzuje niski poziom wykształcenia – około 40% z nich posiada wykształcenie podstawowe. Wśród zgłaszających się do leczenia użytkowników narkotyków spotyka się także wielu bezdomnych – 10% pacjentów instytucji leczenia uzależnień raportuje brak stałego miejsca zamieszkania. Zarówno praca, jak i inne aktywności wzmacniające poczucie integracji społecznej mogą przyczynić się do przeciwdziałania powrotowi do nałogu osób niegdyś używających narkotyków. Poprawa zdolności danej osoby do zdobycia oraz utrzymania zatrudnienia, określana mianem zdolności do zatrudnienia, stanowi najistotniejszy element społecznej reintegracji użytkowników narkotyków.

### Używanie narkotyków w grupach wykluczonych społecznie

Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych, brak zatrudnienia, bezdomność czy konflikty z prawem sprzyjają wykluczeniu społecznemu. W Polsce nie istnieje jednolity system zbierania danych na temat używania narkotyków wśród osób bezdomnych, bezrobotnych czy też wśród mniejszości narodowych. Znanym faktem

pozostaje natomiast używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych przez osoby świadczące usługi seksualne. Ograniczeniu zasięgu tego zjawiska sprzyjają programy mające na celu redukcję szkód zdrowotnych wśród osób prostytuujących się. W 2011 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dofinansowało cztery programy redukcji szkód zdrowotnych skierowane do tej właśnie grupy społecznej, tj. użytkowników narkotyków świadczących usługi seksualne.

### Bezdomność

Liczba osób pozostających bez stałego miejsca zamieszkania ściśle koreluje z liczbą mieszkańców danego województwa: im większa jest liczba mieszkańców danego województwa, tym więcej osób bezdomnych znajduje się na jego terenie.

Najwięcej osób bezdomnych przebywa w dużych aglomeracjach miejskich i w „najbogatszych” regionach, takich jak: województwo mazowieckie, śląskie czy wielkopolskie. Brak jest jednak danych na temat liczby osób używających nielegalnych substancji psychoaktywnych wśród tej grupy społecznej. Wiadomo natomiast – potwierdzają to analizy danych dotyczących klientów noclegowni dla osób bezdomnych czynnie używających narkotyków – że wśród tej grupy przeważają użytkownicy opioidów. Zdecydowana większość noclegowni funkcjonujących w Polsce nie oferuje swoich usług użytkownikom nielegalnych substancji psychoaktywnych. Jedynie nieliczne noclegownie, głównie na terenie większych miast, odstępują od tej zasady. W 2011 roku Krajowe Biuro wsparło dwie noclegownie dla osób uzależnionych od narkotyków.

## Pomoc społeczna dla użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych

Wyniki badania „Koszty ponoszone przez konsumentów narkotyków. Badanie w sześciu miastach europejskich”, zrealizowanego w Polsce przez Instytut Psychiatrii i Neurologii pokazują, że opioidy w największym stopniu przyczyniają się do marginalizacji społecznej osób sięgających po substancje psychoaktywne. Brak wystarczającej wiedzy na temat obowiązujących przepisów prawa w zakresie pomocy społecznej powoduje, że problemowi użytkownicy narkotyków nie znają możliwości i sposobów skorzystania z takiej oferty, a tym samym niechętnie zgłaszają się do placówek świadczących tego typu usługi z prośbą o pomoc. A to właśnie pomoc społeczna stanowi instytucję polityki społecznej państwa, której celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których oni nie są w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Zgodnie z art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej jednym z powodów jej udzielenia – poza m.in. problemem ubóstwa, bezdomności, bezrobocia czy długotrwałej lub ciężkiej choroby – jest problem alkoholizmu i narkomanii.

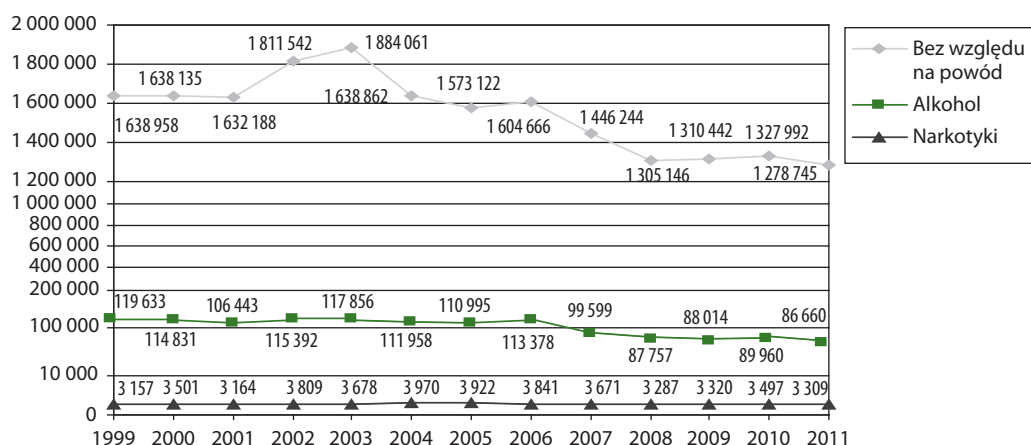
Jak wynika z danych przedstawionych na wykresie 1., liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu narkomanii stanowiła jedynie znikomy odsetek liczby

rodzin objętych pomocą społeczną ogółem (bez względu na powód jej udzielania). Najwięcej rodzin (1 884 061) zostało objętych pomocą społeczną bez uwzględnienia powodu jej przyznania w 2003 roku, natomiast liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego była najwyższa w 2004 roku i wyniosła 3970, co stanowiło zaledwie około 0,25% liczby rodzin objętych pomocą społeczną ogółem w tym roku (1 638 862). Zdecydowanie więcej rodzin oraz osób w rodzinie otrzymało pomoc społeczną z powodu problemu alkoholowego niż narkotykowego.

Na wykresie 2. zaprezentowano trend dotyczący liczby rodzin oraz osób w rodzinach, którym udzielono pomocy społecznej z powodu problemu alkoholowego.

Liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu alkoholizmu utrzymywała się na względnie stałym poziomie do 2006 roku. W 2007 roku odnotowano spadek liczby rodzin objętych pomocą (z 113 378 w 2006 roku do 99 599 rok później) i od tego też roku trend utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Różnice dotyczące liczby osób w rodzinach, którym na przestrzeni lat 1999–2011 udzielono pomocy społecznej z powodu alkoholizmu były wyraźniejsze niż w przypadku liczby samych rodzin objętych pomocą. Najwięcej rodzin i osób w rodzinach zostało objętych pomocą społeczną z powodu problemu alkoholowego w 1999 roku (odpowiednio: 119 633 rodziny i 395 738 osób w rodzinach). Dla porównania w tym samym roku liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu

**Wykres 1. Liczba rodzin objętych pomocą społeczną bez względu na powód udzielenia pomocy oraz z powodu problemu alkoholowego i narkotykowego w latach 1999–2011**



Źródło: Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2013 rok).



narkomanii wyniosła 3157 (6808 osób w rodzinach), co stanowiło około 3% liczby rodzin, którym udzielono pomocy z powodu problemu alkoholowego. W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę na zjawisko współwystępowania problemu alkoholowego i narkotykowego – należy pamiętać, że wśród rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkomanii znajdują się rodziny i osoby jednocześnie borykające się z problemem alkoholowym i na odwrót.

Poniższy wykres pozwoli na prześledzenie trendu liczby rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego.

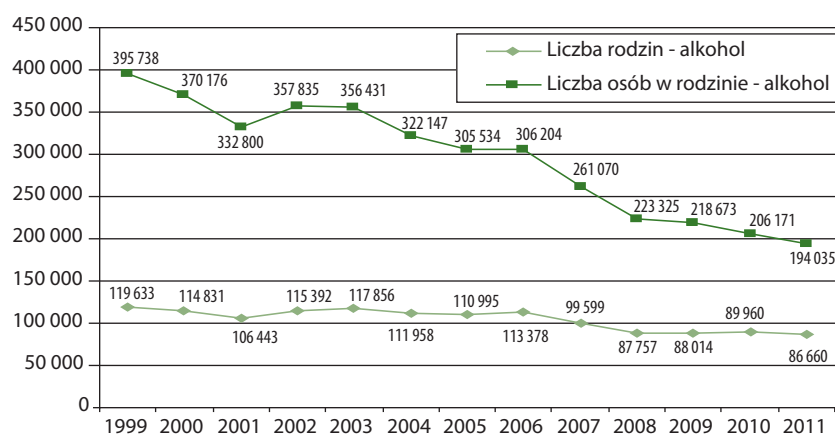
Dane na wykresie 3. wskazują, że trend dotyczący liczby rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu narkomanii fluktuował, pozostając jednak na względnie stałym poziomie i osiągając w 2011 roku wartość 3309. Liczba osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z tytułu narkomanii w latach 1999–2011 podlegała większym wahaniom, pozostając jednak na względnie stałym poziomie w okresie 2002–2006. Od 2007 roku obserwujemy spadek liczby osób, którym udzielono pomocy z powodu narkomanii. W 2011 roku liczba ta wyniosła 5286 osób, osiągając tym samym najniższą wartość na przestrzeni lat 1999–2011. Najwięcej rodzin zostało objętych pomocą społeczną z powodu narkomanii w 2004 roku (3970), natomiast największej liczbie osób w rodzinie udzielono pomocy społecznej w 2006 roku (8405).

Podsumowując ostatnie dostępne dane, w 2011 roku ośrodki pomocy społecznej udzieliły pomocy z powodu narkomanii 3309 rodzinom w całym kraju, w tym 397 mieszkającym na wsi. W 2011 roku pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego zostało objętych 5286 osób.

Interesujące są także informacje dotyczące pomocy społecznej udzielanej z powodu narkomanii w podziale na województwa.

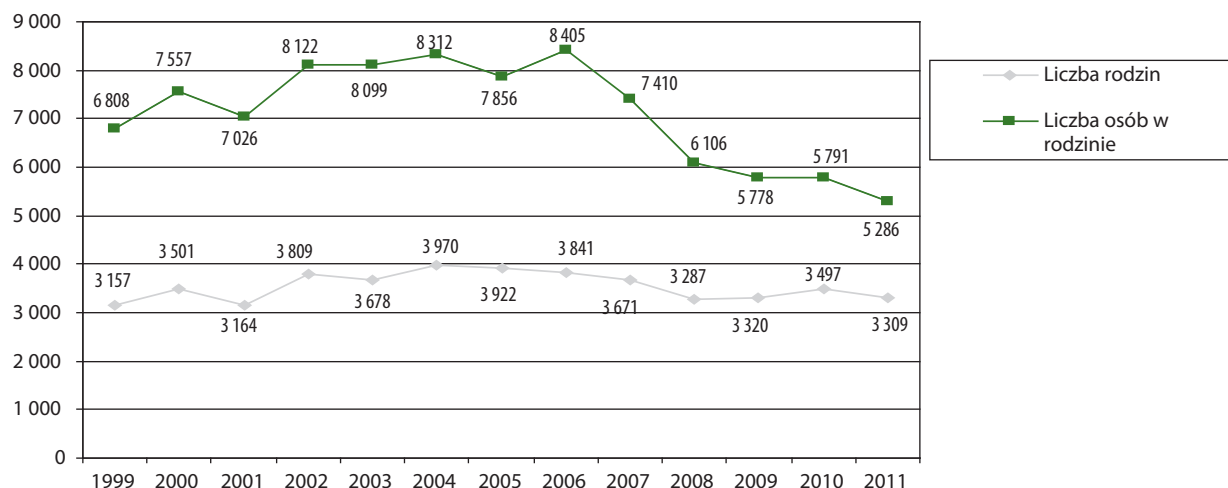
Analizując wykres 4., można zauważyć, że szczególnie wyraźne różnice w liczbie rodzin objętych pomocą na przestrzeni 10 lat zaobserwowano w województwach: mazowieckim, dolnośląskim, zachodniopomorskim, śląskim i wielkopolskim. W przypadku województwa mazowieckiego i zachodniopomorskiego najwięcej rodzin zostało objętych pomocą społeczną w 2004 roku. W następnym roku w obu województwach nastąpił spadek liczby rodzin, którym udzielono pomocy społecznej z powodu występującego problemu narkomanii, szczególnie widać to w przypadku województwa mazowieckiego. Liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu narkomanii w województwie mazowieckim osiągnęła stabilny poziom w latach 2005–2008. Nieznaczny wzrost tego wskaźnika miał miejsce w 2009 roku i od tego czasu obserwuje się tendencję malejącą. Analizując przypadki udzielenia pomocy społecznej z powodu narkomanii w województwie zachodniopomorskim, widać, że trend fluktuował, pozostając jednak na względnie stabilnym poziomie

**Wykres 2. Liczba rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu problemu alkoholowego (ogółem) w latach 1999–2011**



Źródło: Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2013 rok).

**Wykres 3. Liczba rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego w latach 1999–2011**

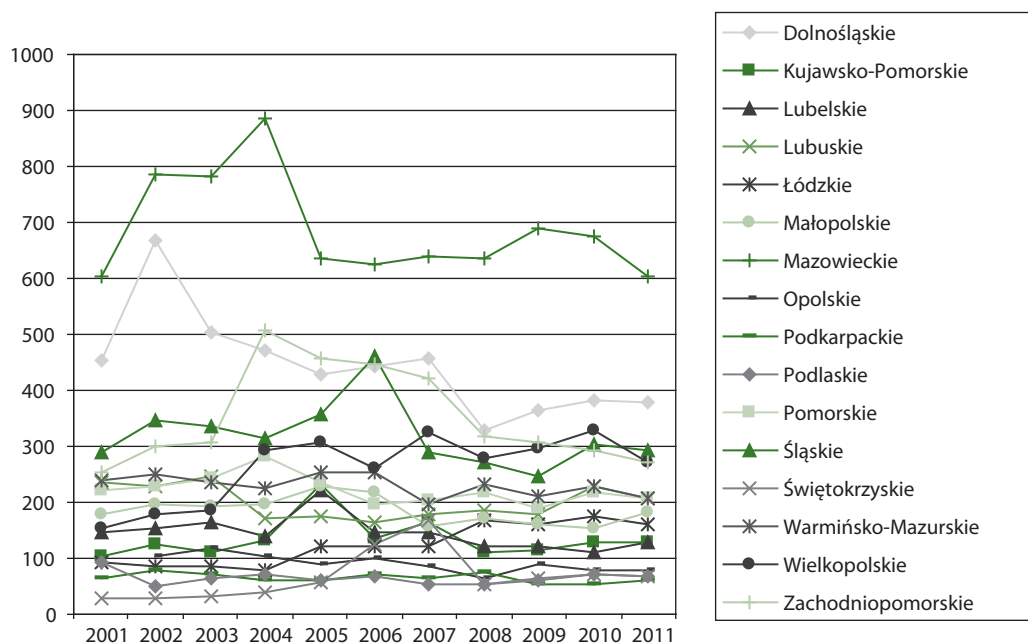


Źródło: Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2013 rok).

do 2007 roku. W 2008 roku nastąpił wyraźny spadek liczby rodzin objętych pomocą, po czym w 2009 roku liczba ta nieznacznie wzrosła i od tego roku obserwujemy stabilizację trendu. W województwie dolnośląskim najwięcej rodzin objęto pomocą społeczną z powodu

narkomanii w 2002 roku. Wskaźnik spadł w 2003 roku, natomiast w latach 2004–2007 pozostawał na stabilnym poziomie. Ponowny wyraźny spadek liczby rodzin objętych pomocą społeczną nastąpił w 2008 roku i po nieznacznym wzroście odnotowanym w 2009 roku trend pozostaje

**Wykres 4. Liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego w latach 2001–2011 w podziale na województwa**



Źródło: Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2013 rok).

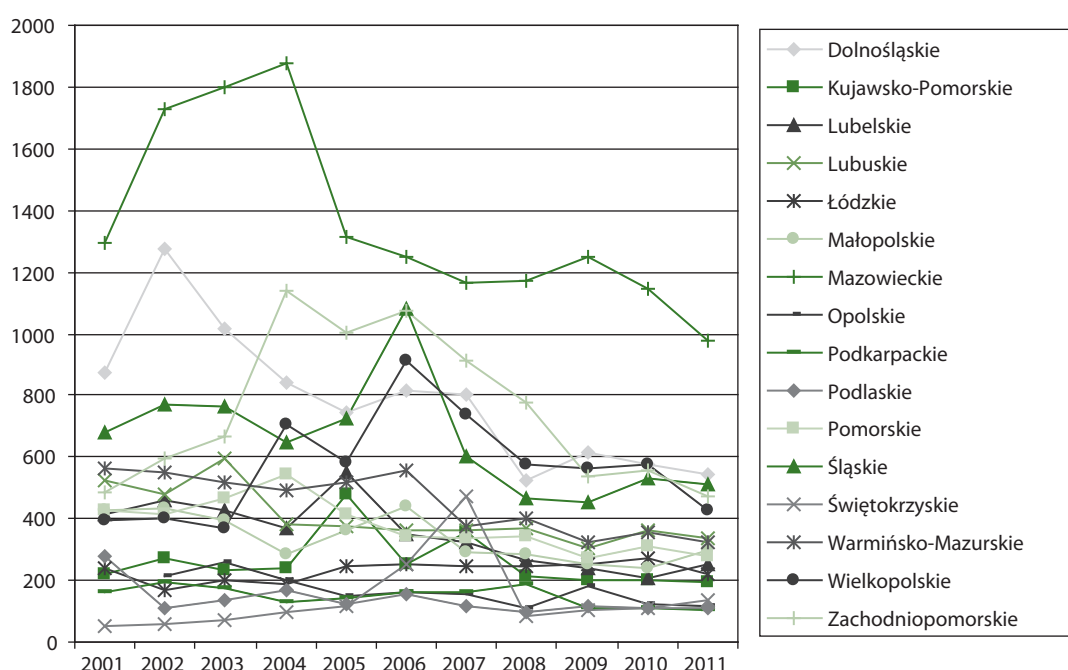
stabilny. W przypadku województwa śląskiego trend pozostawał stabilny do 2005 roku. Wyraźny wzrost liczby rodzin objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego nastąpił w 2006 roku i w tym też roku w województwie śląskim udzielono pomocy największej liczbie rodzin na przestrzeni lat 2001–2011. W 2007 roku nastąpił znaczący spadek liczby rodzin objętych pomocą z powodu narkomanii i od 2008 roku trend utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Jeśli zaś przyjrzymy się sytuacji w województwie wielkopolskim, to w latach 2001–2003 trend utrzymywał się na względnie stałym poziomie. W kolejnych latach trend fluktuował, by od 2007 roku ponownie osiągnąć względnie stały poziom. W przypadku pozostałych województw trend pozostawał względnie stabilny. Podobnie przedstawia się kwestia pomocy społecznej udzielanej osobom w rodzinach dotkniętych problemem narkotykowym w poszczególnych województwach w latach 2001–2011, co obrazuje wykres 5.

O rzeczywistych porównaniach liczby rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu narkomanii w poszczególnych województwach można powiedzieć dopiero wówczas, gdy uwzględni się

wskaźnik na 100 tys. mieszkańców. Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje wykres 6.

Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców danego województwa w zestawieniu z liczbą rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego, można zauważyć, że najwyższe wskaźniki udzielenia pomocy społecznej rodzinom i osobom w rodzinach z powodu narkomanii odnotowano w następujących województwach: lubuskim (nieco ponad 20 – w przypadku liczby rodzin objętych pomocą i blisko 33 – w przypadku osób w rodzinach), zachodniopomorskim (odpowiednio: około 16 i nieco ponad 27), warmińsko-mazurskim (około 14 i 22), dolnośląskim (13 i blisko 19). Co ciekawe, województwo mazowieckie uplasowało się w tym rankingu dopiero na piątym miejscu, osiągając następujące wartości wskaźników: około 11,5 – w przypadku liczby rodzin objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego oraz 18,5 – w przypadku liczby osób w rodzinach, którym tej pomocy udzielono. Województwa charakteryzujące się najniższymi wskaźnikami dotyczącymi liczby rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców to: podkarpackie (blisko

**Wykres 5. Liczba osób w rodzinach objętych pomocą z powodu problemu narkotykowego w latach 2001–2011 w podziale na województwa**



Źródło: Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2013 rok).



3 – w przypadku liczby rodzin objętych pomocą oraz blisko 5 – w przypadku osób w rodzinach), małopolskie (odpowiednio: niemal 5,5 i blisko 9), podlaskie (około 6 i blisko 9) i lubelskie (blisko 6 i około 12). Dla Polski wskaźniki, o których mowa, wyniosły w 2011 roku odpowiednio: około 9 i blisko 14.

## Podsumowanie

Liczba rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą społeczną z powodu problemu narkotykowego w latach 1999–2011 (niezależnie od formy udzielonej pomocy) stanowi jedynie znikomy odsetek liczby rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą ogółem, tj. bez uwzględnienia powodu jej przyznania. Zdecydowanie większa liczba rodzin i osób w rodzinach została objęta pomocą społeczną z powodu problemu alkoholowego niż narkotykowego, choć należy pamiętać, że oba zjawiska często współwystępują ze sobą.

Biorąc pod uwagę kwestię udzielenia rodzinom i osobom w rodzinach pomocy społecznej z powodu narkomanii w poszczególnych województwach w latach 2001–2011, to szczególnie wyraźne różnice w liczbie rodzin i osób objętych tą pomocą zaobserwowano w województwach: mazowieckim, dolnośląskim, zachodniopomorskim,

śląskim i wielkopolskim. Dokonanie jakichkolwiek porównań pomiędzy województwami jest możliwe dopiero przy zastosowaniu wskaźnika na 100 tys. mieszkańców. Mając to na uwadze, okazuje się, że najwyższe wskaźniki udzielenia pomocy społecznej rodzinom i osobom w rodzinach z powodu narkomanii odnotowano w województwach zachodnich, co może świadczyć m.in. o tym, że oferta pomocy społecznej dla rodzin i osób borykających się z problemem narkomanii jest w tej części kraju szczególnie rozwinięta.

## Bibliografia

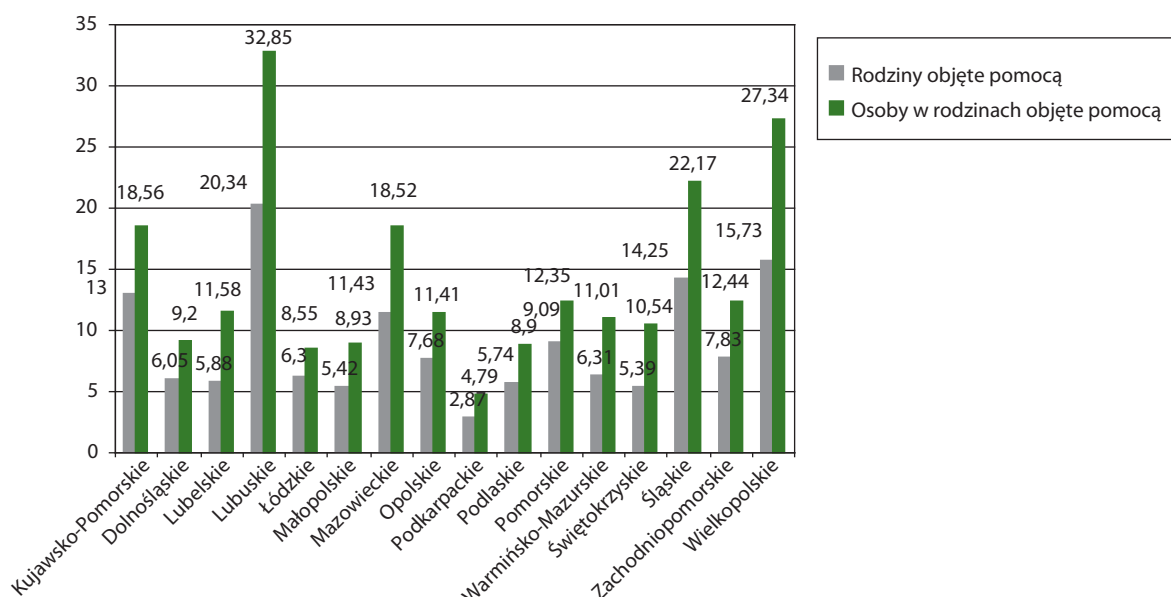
Chojecki D., „Responses to Health Correlates and Consequences” (w:) National Report 2012, KBPN.

EMCDDA, „Sprawozdanie roczne 2012: stan problemu narkotykowego w Europie”, 2012.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013 r., poz. 182).

<http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/> – strona Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (stan na dzień 26.03.2013 r.).

**Wykres 6. Liczba rodzin i osób w rodzinach objętych pomocą z powodu problemu narkotykowego w 2011 roku w podziale na województwa – wskaźnik na 100 tys. mieszkańców**



Źródło: Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2013 rok).

*Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii to instytucja, która w swoich podstawowych założeniach ma dostarczać rzeczowych, obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych danych dotyczących zjawiska narkotyków i narkomanii oraz obszarów z nim związanych. Musi zatem spełniać trzy zadania: zbierać i monitorować dane na poziomie krajowym, analizować i interpretować zebrane dane, raportować i rozpowszechniać wyniki monitorowania.*

# Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Marta Struzik

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

## Wstęp

System monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii funkcjonuje w Europie w oparciu o Europejską Sieć Informacji o Narkotykach i Narkomanii Reitox, którą tworzą krajowe punkty kontaktowe do spraw informacji o narkotykach i narkomanii. Każdego roku krajowe centra monitorowania zbierają informacje na temat stanu problemu narkotykowego na terenie państw członkowskich Unii Europejskiej i dokonują analizy działań podejmowanych w odpowiedzi na zdiagnozowane problemy. Powyższe dane i analizy stanowią podstawę do opracowywania corocznie przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) sprawozdania rocznego dotyczącego problemu narkotyków i narkomanii w Europie. Informacje gromadzone są na poziomie poszczególnych państw członkowskich zgodnie z metodologią rekomendowaną przez Europejskie Centrum, co pozwala na dokonywanie porównań danych pomiędzy poszczególnymi krajami. Tak funkcjonujący system informacji o problemie narkotykowym w Europie pozwala na rozpoznawanie nowych zjawisk i trendów na scenie narkotykowej, określanie kluczowych potrzeb związanych z problematyką uzależnienia od narkotyków i priorytetów, jakie powinny być realizowane w ramach strategii narkotykowych.

Powyższy model monitorowania problemu narkotykowego, przy odpowiednim dostosowaniu i zmodyfikowaniu, można adaptować także na szczeblu wojewódzkim i gminnym. Takie też działania zostały podjęte w Polsce, w ich wyniku na terenie naszego kraju funkcjonuje

sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii oraz sieć gmin monitorujących problem narkotykowy na poziomie poszczególnych miejscowości.

Mając na uwadze potrzebę opracowania jednolitego dokumentu, który skupiałby w sobie kluczowe koncepcje i zasady dotyczące tworzenia centrów monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, wspólne dla wszystkich krajowych punktów monitorujących, został opublikowany podręcznik pn. „Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii”. Jego opracowaniem zajęło się Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii we współpracy z Międzyamerykańską Komisją ds. Kontroli Nadużywania Narkotyków Organizacji Państw Amerykańskich (CICAD-OAS). Zaprezentowany w podręczniku materiał jest owocem 15-letnich prac związanych z tworzeniem i rozwojem europejskiej sieci monitorowania narkotyków i narkomanii i ma na celu wspieranie potencjału krajów członkowskich Unii Europejskiej w zakresie monitorowania problemu narkotykowego. Polskie wydanie publikacji zostało sfinansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i zawiera dodatkowo informacje na temat budowania krajowej sieci Lokalnych Centrów Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Polsce oraz omówienie modelu monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w naszym kraju. Należy podkreślić, że autorzy podręcznika traktują go jako punkt wyjścia do wdrażania działań i inspirację do dostosowywania rozwiązań do zidentyfikowanych potrzeb.

Podręcznik składa się z siedmiu rozdziałów tematycznych dotyczących następujących kwestii:

- dlaczego potrzebne jest tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii,
- czym jest Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii,
- jak prowadzić Krajowe Centrum Monitorowania w obszarze zbierania danych, analizy i interpretacji danych oraz sprawozdawczości i rozpowszechniania wyników monitoringu,
- w jaki sposób dbać o skuteczność Krajowego Centrum Monitorowania,
- jakie kwestie problematyczne związane z funkcjonowaniem Centrum zostały już rozpoznane.

## **Dlaczego potrzebne jest stworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii?**

Monitoring wpisuje się w koncepcję prowadzenia polityki opartej na dowodach naukowych<sup>1</sup>, która powstała w połowie lat 90. ubiegłego wieku i stanowi przeciwieństwo polityki opartej na opinii<sup>2</sup>. Zbieranie danych o zjawisku narkotyków i narkomanii nabiera także istotnego znaczenia w kontekście narzędzi potrzebnych decydom do ewaluacji strategii narkotykowych oraz podejmowanych działań. Ważnym odbiorcą gromadzonych informacji jest też ogół społeczeństwa, tj. opinia publiczna.

Podręcznik jest adresowany w głównej mierze do trzech grup odbiorców:

- krajów członkowskich Unii Europejskiej, krajów kandydujących oraz sąsiadujących, które uczestniczą w pracach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii,
- krajów należących do innych regionalnych systemów zbierania danych o narkotykach, np. systemów amerykańskich,
- innych krajów niebędących członkami Unii Europejskiej, jednakże biorących czynny udział we współpracy w obszarze narkotyków na poziomie międzynarodowym m.in. z agencjami ONZ, np. UNODC, WHO, UNAIDS, UNDP.

Podręcznik nie proponuje jednego modelu prowadzenia monitorowania, lecz opisuje strategię oraz działania, jakie można podjąć w procesie tworzenia systemu monitoringu. Warto zaznaczyć, że powołanie Krajowego Centrum Monitorowania wiąże się ściśle z podjęciem

współpracy z różnymi podmiotami dysponującymi danymi. Dlatego też w kontekście tworzenia Krajowego Centrum można mówić także o budowaniu sieci wymiany informacji o problemie narkotykowym na poziomie krajowym.

## **Czym jest i jak prowadzić Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii?**

To instytucja, która w swoich podstawowych założeniach ma dostarczać rzeczowych, obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych danych dotyczących zjawiska narkotyków i narkomanii oraz obszarów z nim związanych. Musi zatem spełniać trzy zadania, a mianowicie:

- zbierać i monitorować dane na poziomie krajowym,
- analizować i interpretować zebrane dane,
- raportować i rozpowszechniać wyniki monitorowania.

Krajowe Centrum ma bowiem dostarczać informacji niezbędnych do tworzenia krajowych strategii narkotykowych i przyczyniać się do spełniania międzynarodowego obowiązku sprawozdawczego. Jednym z kluczowych elementów jego działania jest więc sporządzanie corocznego raportu na temat krajowej sytuacji narkotykowej.

Zawarte w podręczniku informacje wskazują, że monitorowanie dotyczy zbierania wszystkich dostępnych danych o zjawisku narkotyków i narkomanii i tworzenia z nich obrazu aktualnej sytuacji narkotykowej. Zatem Krajowe Centrum bada źródła informacji o problemie narkotykowym, tworzy sieć wymiany informacji, nawiązuje współpracę z podmiotami dostarczającymi danych i przechowuje owe dane. Szczególnie zadbać należy o systematyczność zbierania danych, trafność i rzetelność analiz i wniosków oraz o to, aby wszystkie zaangażowane podmioty miały dostęp do wyników monitorowania.

## **Zbieranie danych**

Europejski system monitorowania problemu narkotykowego opracowany został przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Obejmuje on zbieranie danych na temat sytuacji narkotykowej, tj. epidemiologii zjawiska, przestępczości i rynku narkotykowego oraz wdrażanych działań, np. interwencji, programach, strategiach i prawie. W zakresie sytu-



acji narkotykowej dane zbierane są w ramach pięciu kluczowych wskaźników, czyli badań dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji ogólnej i wśród młodzieży, problemowego używania narkotyków, zgłaszalności do leczenia, zgonów związanych z używaniem narkotyków, chorób zakaźnych związanych z narkotykami. Monitorowana jest też przestępczość narkotykowa, dostępność nielegalnych narkotyków oraz działania wobec nowych substancji psychoaktywnych. Monitorowanie działań zaradczych obejmuje natomiast ewidencję najlepszych praktyk, zbieranie danych dotyczących profilaktyki narkomanii, redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków, leczenia uzależnień od narkotyków i reintegracji społecznej. Dotyczy także analizy interwencji w ramach wymiaru sprawiedliwości oraz realizowanych strategii narkotykowych i legislacji. W podręczniku oprócz europejskiego systemu monitorowania problemu narkotykowego został opisany także model działania Międzyamerykańskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

W rozdziale dotyczącym zbierania danych szczegółowo opisano koncepcję tworzenia mapy informacyjnej, służącej określeniu dostępnych danych o zjawisku i istniejących źródłach informacji zarówno w obszarze ograniczenia popytu, jak i podaży. Omówiono także związek poszczególnych elementów monitorowania, takich jak mapa informacyjna (gdzie jesteśmy?), krajowy plan działania na rzecz systemu informacji o narkotykach i narkomanii (co należy zrobić?), krajowa sieć wymiany informacji o narkotykach i narkomanii (jak tam dotrzeć?) oraz krajowy system opisu w zakresie monitoringu (gdzie chcemy być?).

## Analiza i interpretacja danych

Podręcznik dostarcza informacji na temat interpretacji i prezentacji danych ilościowych i jakościowych, tworzących spójny obraz problemu narkotykowego. Krótko opisane zostały zatem następujące działania:

- analiza danych ilościowych (statystyki i rejestry rządowe, badania ankietowe, pośrednie metody szacowania, sposoby oceniania danych ilościowych, ich trafność i rzetelność),
- analiza danych jakościowych (sposoby analizowania danych jakościowych i sposoby oceny jakości badań jakościowych),

- działania na rzecz kompilacji wszystkich źródeł informacji (analizy trendów w szerszym kontekście, analizy związku między różnymi wskaźnikami, metody mieszane, wyzwania interpretacyjne).

## Sprawozdawczość i rozpowszechnianie informacji

Te dwa obszary należą do istotnych elementów działania Krajowego Centrum Monitorowania. Przygotowywanie publikacji powinno obejmować analizę potrzeb informacyjnych grup odbiorców i służyć budowaniu zrozumienia dla zjawiska narkotyków i narkomanii. W podręczniku zawarto zatem informacje na temat różnych grup potencjalnych odbiorców opracowań sporządzanych przez Krajowe Centrum, m.in. decydentów, profesjonalistów, badaczy, zwykłych odbiorców. Biorąc pod uwagę różne potrzeby wymienionych grup interesariuszy, w podręczniku określono następujące wskazania dotyczące zakresu potrzebnych informacji:

- decydenci – potrzebne są informacje na temat konkretnych zagadnień, np. streszczenie krajowego raportu z monitorowania problemu narkotykowego,
- profesjonaliści z zakresu przeciwdziałania narkomanii – szeroki zakres spraw merytorycznych, dane dobrze udokumentowane, format niezbyt szczegółowy, np. przegląd literatury, analiza wybranych dokumentów,
- badacze – informacje bardzo szczegółowe wraz z danymi źródłowymi na temat konkretnych zagadnień, umożliwiające prowadzenie dalszych analiz,
- zwykli odbiorcy – streszczone informacje na temat ogólnych zagadnień, prezentujące zmiany zjawiska narkotyków i narkomanii oraz działania zaradcze.

Ponadto opisano elementy sprawozdawczości danych, w tym raportowanie informacji do organizacji międzynarodowych, a także zasady tworzenia strategii komunikacyjnych w procesie upowszechniania wyników monitorowania.

## W jaki sposób dbać o skuteczność Krajowego Centrum Monitorowania?

W podręczniku zaprezentowano kilka narzędzi, które można wykorzystać w trakcie opracowywania diagnozy strategicznej Krajowego Centrum Monitorowania. Prezentowane podejście opiera się na trzech kluczo-

wych czynnikach strategicznych, które są istotne dla zapewnienia ciągłości działań Krajowego Centrum: określenie postrzeganej lub potencjalnej wartości dodanej Krajowego Centrum z punktu widzenia odbiorców, ocena Centrum w obszarze współpracy i partnerstwa z innymi ekspertami, podmiotami, szczeblami organizacyjnymi oraz opis zasobów łączonych, czyli analiza wsparcia instytucjonalnego, potencjału operacyjnego i naukowego.

### Kwestie problematyczne związane z funkcjonowaniem Krajowego Centrum Monitorowania

W podręczniku opisano kilka kwestii wymagających rozważenia w trakcie tworzenia Krajowego Centrum Monitorowania, m.in.:

- lokalizacja Krajowego Centrum, np. w ramach podmiotów koordynujących działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii (agendy rządowej, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych lub innych jednostek),
- status prawny Krajowego Centrum, np. działanie na podstawie decyzji ministra, działanie samodzielne lub w ramach większej instytucji,
- zakres działalności Centrum, np. ograniczenie działań tylko do substancji nielegalnych lub rozszerzenie zakresu o środki legalne i nielegalne,
- liczebność i kwalifikacje personelu,
- koszt utworzenia Krajowego Centrum.

### Ogłoszenie podręcznika

Podręcznik zawiera informacje na temat idei tworzenia Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, jego misji i celów, podstawowych funkcji oraz opcji do rozważenia podczas jego tworzenia.

Polska wersja podręcznika została po raz pierwszy zaprezentowana podczas międzynarodowej konferencji pn. „Krajowy, regionalny i lokalny monitoring problemu narkotyków i narkomanii – wyzwania i osiągnięcia w Europie”, która została zorganizowana w dniach 19-20 marca 2013 roku w Warszawie przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej oraz włoskim Reitox Focal Point i Europejskim Centrum Monitorowania Narkoty-

ków i Narkomanii. W konferencji wzięło udział ponad 100 osób, reprezentujących sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, sieć gmin prowadzących lokalny monitoring zjawiska narkotyków i narkomanii, organizacje pozarządowe oraz placówki leczenia uzależnień w Polsce. W spotkaniu uczestniczyli także eksperci z 11 krajów, z Austrii, Gruzji, Litwy, Łotwy, Niemiec, Portugalii, Słowacji, Turcji, Rumunii, Wielkiej Brytanii i Włoch oraz reprezentant Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

Podczas konferencji zaprezentowano szczegółowo włoski model monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii. Dyskutowano także nad monitorowaniem problemu narkotykowego na poziomie lokalnym i regionalnym, a także omówiono zasady ewaluacji i monitorowania realizacji strategii narkotykowych. Całość dopełniły krajowe, regionalne i lokalne przykłady monitorowania problemu narkotykowego oraz podejmowanych działań. Konferencja służyła wymianie doświadczeń w prowadzeniu monitoringu problemu narkotykowego na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.

### Przydatne linki:

Polskie centrum monitorowania – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.cinn.gov.pl>

Polska wersja podręcznika „Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii” <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=545161>

Podręcznik EMCDDA „Building a national drugs observatory: a joint handbook” (wersja m.in. w języku angielskim) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint/ndo-handbook>

### Przypisy

<sup>1</sup> Polityka oparta na dowodach naukowych to podejście, które „pomaga podejmować świadome decyzje w zakresie kreowanej polityki, programu czy projektu poprzez umieszczenie najlepszych dostępnych dowodów naukowych u podstaw tychże działań”, EMCDDA (2010), „Building a national drugs observatory: a joint handbook”. Polska wersja językowa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2012), „Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii” za Davies P. (2004), „Is evidence-based government possible?” 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington D.C.

<sup>2</sup> Polityka oparta na opinii to podejście, które „polega w dużej mierze na selektywnym traktowaniu dowodów bądź niezwykłych poglądach osób lub grup, które często inspirowane są treściami o charakterze ideologicznym, uprzedzeniami czy domysłami”, EMCDDA (2010), „Building a national drugs observatory: a joint handbook”. Polska wersja językowa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2012), „Tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii” za Davies P. (2004), „Is evidence-based government possible?” 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington D.C.

# PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH WYSTARTOWAŁ

14 marca 2013 roku w Polskiej Agencji Prasowej w Warszawie odbyła się konferencja prasowa inaugurująca projekt KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, współfinansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Projekt jest realizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy oraz Instytutem Medycyny Wsi.

Inauguracji projektu dokonali ambasador Szwajcarii w RP Lukas Beglinger, p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego Marek Posobkiewicz oraz eksperci: prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński – kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski – kierownik Oddziału Klinicznego Położnictwa i Ginekologii, Szpital Bielański w Warszawie. Wśród zaproszonych gości byli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Biura SPPW, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego

Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Według badań GIS z 2012 roku „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” 2,2% polskich kobiet w ciąży przyjmuje środki uspokajające lub nasenne, 7% pali papierosy, a aż 10,1% spożywa alkohol. Dodatkowo 22,5% ciężarnych jest codziennie narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu. O ile 90,2% kobiet uznaje aktywne palenie tytoniu jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu, o tyle świadomość na temat szkodliwości picia alkoholu jest dużo niższa. Nadal wiele Polek uważa, że picie niewielkich ilości alkoholu w trakcie ciąży nie jest szkodliwe dla płodu (2,5%). Niektóre z nich są zdania, że picie dużych ilości alkoholu nie jest w ogóle ryzykowne.

Niepokojącym jest również fakt, że aż 56,5% kobiet ciężarnych nie uzyskało od lekarza informacji na temat skutków spożycia alkoholu w ciąży. Co gorsza, 1,4% Polek dowiadywało się w gabinecie lekarskim, że picie małej ilości alkoholu w ciąży jest dopuszczalne lub nawet zalecane. W konsekwencji w 2012 roku u 0,5% badanych dzieci z wadami wrodzonymi stwierdzano cechy alkoholowego zespołu płodowego (FAS) w postaci m.in. niedorozwoju płytek paznokciowych,





krótkich szpar powiekowych, braku rynienki nosowo-wargowej, zęza, cienkiej górnej wargi i krótkiej szyi. Przeprowadzone badanie przyczyniło się do wypracowania rekomendacji w zakresie kierunków działań profilaktycznych w projekcie.

W dniach 7-8 maja 2013 roku w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego odbyło się szkolenie pt. „Edukacja zdrowotna jako element zapobiegania uzależnieniom”, skierowane do wojewódzkich koordynatorów programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, realizowanego w ramach „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, a współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Wykład wprowadzający, dotyczący realizacji programu, wygłosił dr Krzysztof Wojcieszek, autor programu.

Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, adresowany jest do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie skutków zdrowotnych i społecznych używania substancji psychoaktywnych. Wyjątkowość programu polega na kompleksowym podejściu do profilaktyki uzależnień w kontekście wartości wyznawanych przez młodych ludzi.

Młodzież uczestnicząca w programie zdobywać będzie wiedzę na temat wpływu używania alkoholu, narkotyków i innych środków psychoaktywnych na relacje międzyludzkie oraz dokonywanie ważnych wyborów życiowych. Istotnym elementem programu jest budzenie odpowiedzialności w kontekście przy-

szłych postaw rodzicielskich, a także uświadomienie młodzieży szkodliwego wpływu używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży na zdrowie ich potomstwa.

W czasie szkolenia wojewódzcy koordynatorzy zdobyli wiedzę dotyczącą założeń, treści oraz celów programu, a także sposobu jego implementacji w szkołach ponadgimnazjalnych. Planowane jest wdrożenie programu w 50% szkół ponadgimnazjalnych wszystkich typów w całej Polsce.

W ramach projektu uruchomiono platformę internetową – System Elektronicznego Monitorowania i Promocji Zdrowia (SEMPZ), dostępną pod adresem [www.zdrowiewciazy.pl](http://www.zdrowiewciazy.pl). Powyższy system obsługuje trzy platformy – edukacyjną, informacyjną i szkoleniową. Na platformie edukacyjnej publikowane są artykuły i materiały multimedialne dotyczące problematyki używania substancji psychoaktywnych (tytoniu, alkoholu, leków i narkotyków). W części informacyjnej zamieszczone są informacje na temat działań i harmonogramu projektu. Platforma e-learningowa adresowana jest do koordynatorów lokalnych projektu, kadry medycznej, nauczycieli wdrażających program profilaktyczny w szkołach i stanowi wsparcie prowadzonych szkoleń stacjonarnych dla ww. grup adresatów.

Całkowity budżet projektu to 4 045 519 CHF (12 456 154 PLN), z czego wartość dofinansowania projektu przez stronę szwajcarską wynosi 85% i obejmuje kwotę 3 438 691 CHF (10 587 730 PLN), pozostałe 15% w kwocie 606 828 CHF (1 868 424 PLN) stanowi wkład krajowy zapewniony przez ministra zdrowia.



Instytucja realizująca: Partnerzy:



INSTYTUT MEDYCyny PRACY IM. PROF. J. NOFERA



## PROJEKT CANDIS W INTERNECIE

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach promocji programu CANDIS uruchomiło stronę internetową [www.candisprogram.pl](http://www.candisprogram.pl). CANDIS to krótkoterminowy program terapeutyczny dla osób mających problemy z powodu używania marihuany lub haszyszu. Mogą w nim uczestniczyć osoby powyżej 16. roku życia, które chciałyby ograniczyć lub zrezygnować z używania konopi. Program obejmuje zazwyczaj 10 sesji po 90 minut każda, które realizowane są w okresie od 2 do 3 miesięcy i mają charakter indywidualnych rozmów z terapeutą. Program wykorzystuje metody o udokumentowanej w badaniach naukowych skuteczności. Są to dialog motywujący i koncepcje behawioralno-poznawcze. Uzasadnieniem wprowadzania projektu w Polsce są wyniki badań epidemiologicznych, z których wynika, że przetwory konopi są najczęściej używaną substancją nielegalną.

Na stronie programu zamieszczone są najważniejsze informacje o terapii: dla kogo jest przeznaczona, jakie są jej założenia, a także w jaki sposób przebiega. Osoby używające przetworów konopi mogą sprawdzić, czy ich wzór używania może wiązać się z ryzykiem uzależnienia. Służy do tego test PUM (Problemowego Używania Marihuany), dostępny on-line. Strona zawiera również wykaz wszystkich placówek i terapeutów realizujących ten program w podziale na województwa.

W serwisie internauci znajdą także niezbędne informacje prawne i najnowsze dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia używania przetworów konopi, opis ich działania oraz informacje o potencjalnych skutkach ich używania.

Serwis internetowy [www.candisprogram.pl](http://www.candisprogram.pl) wykorzystuje nowoczesne i przyjazne rozwiązania informatyczne, które pozwalają na proste i szybkie dotarcie do materiałów w nim zamieszczonych.

Program CANDIS jest wdrażany w Polsce przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Centralnym Instytutem Zdrowia Psychicznego w Mannheim i Uniwersytetem Technicznym w Dreźnie.

KŻ



## NOWA ODSŁONA SERWISU WWW.NARKOMANIA.ORG.PL

Serwis pomocowy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl) funkcjonuje w polskiej sieci od wielu lat. Niedawno został przebudowany – zmienił się layout strony, pojawiły się nowe elementy, w tym dodatkowa oferta pomocowa.

### Rozbudowa oferty

Dotychczas serwis oferował bezpłatną pomoc on-line za pośrednictwem e-maila oraz kilka stałych działów informacyjno-poradniczych, m.in.: pytania i odpowiedzi na tematy związane z uzależnieniami, wyszukiwarkę placówek pomocowych, informator pomocowy Krajowego Biura i in. Teraz jest możliwość uzyskania pomocy w rozmowie na żywo – rzecz, której brakowało w polskim internecie. Trzy razy w tygodniu, we wtorki, czwartki i piątki, w godz. 17.00–20.00, można uczestniczyć w czacie z konsultantem. W prawym dolnym rogu strony głównej pojawia się pasek z dostępnym w danej chwili konsultantem. Po kliknięciu w nick otwiera się małe okienko

z polem do wpisania pytań, reszta operacji technicznych jest taka sama jak na zwykłym czacie.

### Zmiany układu strony

Zmiana layoutu podyktowana była potrzebą lepszej przejrzystości i funkcjonalności strony. Treści pogrupowano w trzy strefy: pomocową, informacyjną i młodzieżową. W strefie pomocowej znajdują się poradniki i informatory. Strefa informacyjna składa się z leksykonu narkotykowego, czytelnia, części prawnej oraz części dla pedagogów. Dział prawny to zbiór przepisów związanych z narkotykami i uzależnieniami. W tym miejscu znajdziemy rozporządzenia ministrów, ustawę farmaceutyczną, ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii i przepisy związane z prawami pacjenta. Ciekawa jest część dla pedagogów, zawierająca scenariusze zajęć, które można wykorzystać do pracy z młodzieżą. Mogą one stanowić inspirację dla lekcji wychowawczej. W tym miejscu znajdują się także filmy skierowane do uczniów klasach trzecich gimnazjalnych oraz pierwszych i drugich szkół ponadgimnazjalnych. Jak piszą twórcy strony: „Materiały składają się z dwóch pakietów filmów: pierwszy przybliży sytuacje konfliktowe, pomaga zrozumieć, skąd bierze się konflikt i co przeszkadza w porozumieniu. Na filmach narrator zapowiada kolejne sytuacje konfliktowe, odgrywane są scenki psychodramatyczne, narrator proponuje widzom wykonanie kolejnych zadań; w drugim pakiecie na podobnej zasadzie prezentowane są reguły pomocne w unikaniu sytuacji konfliktowych lub w rozwiązywaniu ich”. W czytelni znajduje się kilka zakładki: Artykuły, Czasopisma, Książki, Prezentacje i Raporty. Większość materiałów, oprócz obszernego zbioru wybranych artykułów „Serwisu Informacyjnego Narkomania”, pochodzi sprzed kilku lat.

### Nowy dział

Strefa młodzieżowa to nowy dział, w którym swoje teksty zamieszczają młodzi użytkownicy serwisu. Zawiera miejsca na artykuły o dowolnej tematyce, recenzje, ciekawostki (materiały zamieszczane przez redakcję do skomentowania przez odwiedzających) oraz opinie o placówkach i opisy miejsc bezpiecznej zabawy, tj. godnych polecenia klubów młodzieżowych. Wśród materiałów strefy młodzieżowej znajdują się różnego rodzaju teksty oraz filmy dokumentalne, prezentacje kampanii medialnych, odnośniki do gier on-line itp. Serwis posiada także swój profil na Facebooku.

FN




## PROGRAM CANDIS

Program CANDIS jest wdrażany w Polsce przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Centralnym Instytutem Zdrowia Psychicznego w Mannheim i Uniwersytetem Technicznym w Dreźnie. Jest to krótkoterminowy, modułowy program terapii dla osób powyżej 16. roku życia uzależnionych od marihuany lub innych przetworów konopi. Jest on prowadzony w warunkach ambulatoryjnych. Program kładzie nacisk na trzy elementy leczenia: terapię wzmacniającą motywację, terapię poznawczo-behawioralną i techniki treningu rozwiązywania problemów.


Plakat i ulotka programu CANDIS

CZY MASZ PROBLEM Z MARIHUANĄ LUB NASZCZYM?	PROJEKT CANDIS	TERAPIA
<p>Konsumpcja i handel narkotykami to najczęstsze używane narkotyki. Istotny skład programowych działań, jakie dostarczą, polega na indywidualnym uzależnieniu.</p> <p>O problemowym używaniu marihuany lub haszyszu można mówić w szczególności gdy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Z powodu ich używania powodujesz różne szkody w pracy, w szkole lub w domu.</li> <li>• Używasz marihuany/haszyszu często w skupiskach lub skupiskach nie zamieszkałych.</li> <li>• Bezpośrednio przynajmniej ograniczył lub całkowicie utracił pracę.</li> <li>• Stwierdziłeś, że ta sama ilość konopi nie ma już takiego działania jak wcześniej, albo musisz używać więcej dla uzyskania poprzednich efektów.</li> <li>• Odczuwasz napięcie, podniecenie, ból, może drętwiznę czy też ból głowy, gdy nie palisz przez dłuższy czas.</li> <li>• Z powodu marihuany lub haszyszu zaniedbałeś grzybnia, a także swoje życie i funkcjonowanie w innych sferach życia.</li> </ul> <p>Działalność biurowa jest to na przykład trudności w szkole lub w pracy, konflikty z prawem, z rodzicami, partnerką/partnerem i przyjaciółmi, choroby, finansowe lub problemy zdrowotne.</p>	<p>Program CANDIS jest indywidualnym programem terapeutycznym, opracowanym z myślą o osobach, które chciałyby ograniczyć lub przestać używać konopi albo chociaż zmniejszyć ich ilość.</p> <p>Program ten został wypracowany w USA i w kilku krajach Europy Zachodniej, gdzie dał bardzo dobre rezultaty.</p> <p><b>KTO? GDZIE? KIEDY?</b></p> <p><b>Czas trwania</b> Program składa się z reguł i sesji, które realizowane są w ciągu 2 do 3 tygodni i mogą stanowić indywidualny element z terapii.</p> <p><b>Miejsce</b> Projekt realizowany jest w ramach działalności wybranych jednostek, które uzyskały, swojej informacji na stronie <a href="http://www.candisprogram.pl">www.candisprogram.pl</a>.</p> <p><b>Uczestnicy</b> W programie mogą uczestniczyć osoby od 16 roku życia, problemem używania przetworów konopi, które chciałyby ograniczyć lub przestać używać konopi lub haszyszu, po prostu porzucić swój problem ze specjalną terapią. Terapie jest bezpłatna.</p>	<p><b>Terapia składa się z kilku etapów:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiele użytkowników konopi (chcących zmienić swój sposób używania, jednak nieustannie konflikt „ja i problem”) stawia w tym samym momencie. Dlatego, główna na początku terapii, polega na nastawieniu takich myśli i wypracowaniu motywacji do zmiany.</li> <li>• Terapia koncentruje się na wyeliminowaniu problemów i sprawach, które pomagają w przekształceniu lub całkowitym zaprzestaniu używania. Są zatem skupione na strategii radzenia sobie w sytuacjach ryzyka, niewłaściwych reakcjach emocjonalnych, nawiązań, a także na technice, która pomoże wytrwać w decyzji o zaprzestaniu palenia.</li> </ul> <p>Podczas terapii uwzględnia się także inne problemy z użyciem z codziennym życiem, pracy i środowiskiem społecznym, które mogą stanowić przeszkodę w ograniczeniu używania konopi lub rezygnacji z ich używania. Terapię prowadzą specjaliści, którzy mają doświadczenie w pracy z osobami, które chcą ograniczyć lub całkowicie przestać używać konopi.</p> <p>Życie w ramach terapii prowadzone są przez indywidualnych specjalistów, którzy mają doświadczenie w pracy z osobami, które chcą ograniczyć lub całkowicie przestać używać konopi.</p>

# NIE POZWÓL, BY TRAWA CIĘ PRZEROSŁA!



## DAJ SOBIE SZANSE



**CANDIS**

Telefon zaufania: 801 199 990  
[www.candisprogram.pl](http://www.candisprogram.pl)

ZGŁOSZENIA/KONTAKT	PRAWO	NIE POZWÓL, BY TRAWA CIĘ PRZEROSŁA!
<p>Jeśli masz problemy z prawem z powodu używania przetworów konopi możesz skorzystać z programu CANDIS w związku z art. 73 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii Art. 73 ust. 1</p>	<p>Jeśli masz problem z prawem z powodu używania przetworów konopi możesz skorzystać z programu CANDIS w związku z art. 73 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii Art. 73 ust. 1</p>	<p>Nie zwlekaj i skorzystaj z programu CANDIS</p> <p>CANDIS to indywidualny program terapii dla osób mających problemy z powodu używania marihuany lub haszyszu</p> <p>Telefon zaufania: 801 199 990 <a href="http://www.candisprogram.pl">www.candisprogram.pl</a></p>



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:  
Fundacja PRAESTERNO  
ul. Widok 22/30  
00-023 Warszawa  
tel.: 22 621 27 98  
e-mail: [biuro@praesterno.pl](mailto:biuro@praesterno.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński  
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz  
Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,  
Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Pismo bezpłatne