



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (59) 2012

NR 3

2012

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zainicjowało drugą edycję kampanii „Narkotyki? Na co mi to”, tym razem przebiegającą pod hasłem „Odleć z nami, nie z narkotykami!”. Głównym przekazem kampanii jest myśl: „Nie potrzebuję narkotyków do życia, bo realizuję się w inny, ciekawy dla mnie sposób. Większość osób w moim wieku nie bierze narkotyków, więc również dla mnie normą jest życie bez nich”. Kampania odwołuje się do bardzo ważnej dla nastolatków sfery życia – grupy rówieśniczej – i ma na celu odkłamanie mitu, że narkotyki są w środowisku młodzieżowym pożądaną wartością. A ponieważ opinia rówieśników w wieku nastu lat bywa często głównym drogowskazem postępowania młodzieży, ważne jest, żeby pokazać, że dla zdecydowanej większości młodych ludzi narkotyki nie są aż tak atrakcyjne, jak sobie to często wyobrażamy. W numerze prezentowany jest plakat kampanii oraz informacja Anny Radomskiej o założeniach kampanii. Krajowe Biuro inicjuje kampanie społeczne już od 12 lat. Pierwsza – pod hasłem „Znajdź czas dla swojego dziecka” – została przeprowadzona w 2000 roku. Kampanie społeczne to jedna z najskuteczniejszych form zwrócenia uwagi na problem i zarazem najszersza forma komunikowania się ze społeczeństwem. Pełnią one jednocześnie ważną rolę edukacyjną i są istotnym uzupełnieniem realizowanych działań profilaktycznych. Ważne informacje zawiera artykuł Marty Struzik na temat pacjentów z podwójną diagnozą psychiatryczną. Ich liczba wzrasta. Podwójna diagnoza określana jest przez Światową Organizację Zdrowia jako „współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia wynikającego z zażywania substancji psychoaktywnej i innego zaburzenia natury psychicznej”. W doświadczeniach klinicznych obserwujemy osoby, które zaczynają przeżywać kłopoty psychoemocjonalne i poznawcze w konsekwencji brania środków psychoaktywnych. Tę kategorię stanowią osoby, które prawdopodobnie zaindukowały problemy psychoemocjonalne braniem środków psychoaktywnych. Z kolei Michał Kidawa opisuje absolutnie nowatorską metodę pomiaru używania substancji psychoaktywnych, umożliwiającą diagnozę sytuacji w społeczności lokalnej. Jest to znacząca alternatywa wobec metod kwestionariuszowych diagnozujących samoopisy respondentów. Metoda odstępuje od diagnozowania pojedynczych użytkowników, na rzecz twardej analizy chemicznej obecności narkotyków lub ich substytutów w ściekach kanalizacyjnych. Autor pisze, że „jeszcze kilka lat temu uznalibyśmy to za science fiction rodem z książek Stanisława Lema”.

Warto sięgnąć również po artykuł Kamili Gryn, który prezentuje program terapeutyczny CANDIS, przeznaczony dla osób uzależnionych od marihuany lub innych przetworów konopi. Program ma charakter krótkoterminowy – składa się z 10 dziewięćdziesięciominutowych sesji – i jest prowadzony w trybie ambulatoryjnym. Badania ewaluacyjne potwierdzają jego skuteczność: ponad 40% osób, które go ukończyły, zachowuje pełną abstynencję, a kolejnych kilkanaście procent znacząco ograniczyło przyjmowanie środków psychoaktywnych.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

JACEK MOSKALEWICZ – UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE – NOWE WYZWANIE 2

Profilaktyka

EUROPEJSKI TRANSFER INNOWACJI W DZIEDZINIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIENI

Maria Charmast 5

Prawo

REKLAMA PRODUKTÓW LECZNICZYCH ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE
I SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE

Katarzyna Syroka-Marczewska 6

Leczenie, redukcja szkód

PROGRAM CANDIS

Kamila Gryn 12

PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH
A WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH – CHARAKTERYSTYKA
ZJAWISKA PODWÓJNEJ DIAGNOZY W POLSCE I W EUROPIE

Marta Struzik 17

Akcje społeczne

ODLEĆ Z NAMI, NIE Z NARKOTYKAMI!

Anna Radomska 22

Badania, raporty

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII ORAZ JEGO ZRÓŻNICOWANIE
TERYTORIALNE CZ. II

Artur Malczewski 23

KALENDARIUM WYDARZEŃ 29

ANALIZA ŚCIEKÓW NA OBECNOŚĆ METABOLITÓW SUBSTANCJI JAKO POTENCJALNY
WSKAŹNIK MONITOROWANIA ZJAWISKA NARKOTYKÓW I NARKOMANII
NA PRZYKŁADZIE PROJEKTU BADAWCZEGO Z POZNANIA

Michał Kidawa 30

CO MÓWIĄ WYNIKI BADAŃ O SZKODLIWOŚCI ZAŻYWANIA MARIHUANY?

PRZEGLĄD BADAŃ

Katarzyna Dąbrowska, Ewa Miturska, Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek 33

PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW
– TRENDY ORAZ ROZMIARY ZJAWISKA CZ. I

Artur Malczewski 38

Zapowiedzi

KONFERENCJA: NARKOTYKI – NARKOMANIA. POLITYKA, NAUKA I PRAKTYKA.
PERSPEKTYWY WSPÓŁPRACY

Piotr Jabłoński 48

Internet

ZAŻYJ DAWKĘ SWOICH PRAW III okładka

Z doktorem Jackiem Moskalewiczem, kierownikiem Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, współautorem raportu „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych”, rozmawia Tomasz Kowalewicz

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE – NOWE WYZWANIE



– Czy uzależnienia behawioralne są uwzględnione w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób?

– Uzależnienia behawioralne znajdują się w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w części

dotyczącej zachowań kompulsywnych. Przy czym z nazwy wymieniany jest tylko patologiczny hazard. Inne uzależnienia behawioralne można pomieścić w grupie zaburzeń określanych jako inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów).

– Czy uzależnienia behawioralne są podobne do uzależnień od środków chemicznych, czy to jest coś zupełnie innego?

– Na poziomie neurotransmisji w dużej mierze są podobne, mają też podobny przebieg, jeśli chodzi o poziom zachowań. Także symptomy uzależnień behawioralnych są bardzo zbliżone do symptomów uzależnień od substancji.

Według ICD-10, żeby postawić diagnozę uzależnienia od substancji psychoaktywnych, konieczne jest stwierdzenie wystąpienia przynajmniej trzech z następujących objawów: przemożna chęć używania, upośledzenie kontroli, używanie mimo szkodliwych następstw, dominacja używania nad innymi rodzajami aktywności, wzmożona tolerancja (potrzeba używania więcej i częściej dla uzyskania podobnych efektów) oraz zespół abstynencyjny (zespół przykrych objawów psychicznych i fizycznych związanych z przerwaniem używania). Większość skal stosowanych w diagnozie uzależnień behawioralnych uwzględnia te same symptomy.

A więc na przykład jest możliwe spotkanie pod zamkniętym kasynem ludzi, którzy mają takie same objawy, jak alkoholicy czekający na otwarcie sklepu monopolowego: mogą drzeć im ręce, mogą się pocić, jest prawdopodobne, że

będą agresywni, pobudzeni, albo odwrotnie – przygaszeni. To, co się dzieje w ich organizmie, bardzo przypomina objawy uzależnienia od substancji.

– Do grupy uzależnień behawioralnych włącza się – poza hazardem – także między innymi uzależnienie od internetu, zakupoholizm, pracoholizm. Nie każde zachowanie w tych obszarach stanowi zagrożenie lub uzależnienie. Kiedy można mówić o niebezpieczeństwie?

– Muszą pojawić się problemy związane z tym zachowaniem. Jeżeli kontynuujesz je, mimo szkód, które sobie czy innym wyrządzasz, to wtedy zaczyna się zaburzenie. I w przypadku wszystkich zaburzeń jest pewnie tak, że przynoszą szkody. Słynna mocna głowa to jest coś, czego oczekuje się od mężczyzny w Polsce. W ten sposób przy aprobacie otoczenia budujemy sobie coraz większą tolerancję i wchodzimy w uzależnienie. Wydając pieniądze na gadzety, ubrania, samochody, wzbudzamy do pewnego momentu podziw otoczenia, rośnie nasz prestiż, pewnie nie u wszystkich, ale w gronie osób, na których nam zależy. W pewnym momencie jednak zaczynamy dostrzegać, że zakupy zajmują więcej czasu niż zarabianie na nie, finanse się kończą. Wchodzimy w długi. Zaczynają się kłopoty. A odpowiedzialny za nie – poza wzorami kulturowymi – jest właśnie ten wewnętrzny mechanizm neurotransmisji, który każe powtarzać te zachowania. Zaprzestanie ich powtarzania wywołuje objawy zespołu abstynencyjnego.

– Wracając do badań dotyczących uzależnień behawioralnych zrealizowanych przez CBOS i ich wyników, czy mógłby Pan powiedzieć, jaki jest zasięg uzależnień behawioralnych w Polsce?

– To są pierwsze badania na ten temat, zrealizowane na taką skalę w naszym kraju, więc pewnie kolejne, które zrobimy za dwa lub trzy lata, pokażą, czy trend jest wzrostowy, czy nie. Przypuszczam, że uzależnienie od hazardu będzie coraz bardziej powszechne, bo wiele czynników odpowiedzialnych za ten problem istnieje i pewnie będzie przybierać

na sile. Salony gier i automaty hazardowe są w ofensywie. Dostępność tych urządzeń, także przez internet, będzie rosła. Również ryzyko, że przypuszczalnie część graczy się uzależni – będzie rosło. Nie jest to duży procent, tak wynika z tych badań. Na podstawie przeprowadzonych badań szacujemy, że w skali ogólnopolskiej około pięćdziesiąt tysięcy ludzi już w tej chwili jest uzależnionych od hazardu, a ćwierć miliona jest zagrożonych uzależnieniem. To są spore liczby.

– **Mimo że w odsetkach nie jest to dużo?**

– To zależy, jaką przyjmujemy podstawę procentowania. Jeśli za grupę odniesienia uznamy całą populację, to w sposób, który może prowadzić do uzależnienia, gra 3,7% dorosłych Polaków, w tym 0,2% już ma z hazardem poważny problem. Jeśli natomiast zagrożenie uzależnieniem od hazardu będziemy mierzyć tylko wśród samych graczy, to jego poziom można ocenić jako względnie wysoki – 16,0%. W ich sposobie gry są symptomy, które w dalszej konsekwencji mogą doprowadzić do uzależnienia.

– **Czy gry liczbowe, na przykład totolotek, mogą uzależnić?**

– Z tego badania wynika, że raczej nie ma takiego niebezpieczeństwa. Oczywiście można sobie wyobrazić kogoś, kto przepuszcza na gry liczbowe całą pensję, emeryturę lub premię. Ale to są incydentalne przypadki.

– **Czyli niebezpieczny hazard to automaty i kasyna. Czy coś jeszcze?**

– Pewnie wyścigi konne, choć niebezpieczeństwo jest tu ograniczone – wyścigi odbywają się raz na tydzień i gra mała grupa osób. I zapewne internet jest też źródłem gier hazardowych.

– **Czy jakieś cechy demograficzne wyróżniają osoby zagrożone i uzależnione behawioralnie?**

– Hazard, ogólnie rzecz biorąc, rozkłada się równo w różnych grupach społecznych.

W przypadku zakupoholizmu i uzależnienia od internetu zdecydowanie przeważają ludzie młodzi i bardzo młodzi. W związku z tym można się spodziewać, że wraz ze starzeniem się, te uzależnienia będą obejmowały w coraz większym stopniu starsze grupy wiekowe. Tutaj też jesteśmy na krzywej wznoszącej.

Jeśli chodzi o zakupoholizm, to przeważają młode kobiety. Liczy się też wykształcenie, bo wiąże się z dochodami. Trudno sobie pozwolić na bardzo częste zakupy, jeśli za-

rabia się niewiele. Tańszą drogą kompensacji jest w takim przypadku picie tanich alkoholi, w miejsce wydawania reszty pieniędzy na zakupy.

– **A jaka jest skala innych niż hazard uzależnień behawioralnych, diagnozowana w przeprowadzonych badaniach?**

– Problem uzależnienia od internetu przejawia 0,2% badanej populacji, co stanowi 0,3% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od internetu jest 1,5% ogółu badanych, co stanowi 2,7% korzystających z internetu. Ale uwaga – problem jest poważny wśród młodzieży i młodych dorosłych. W grupie wiekowej użytkowników internetu poniżej 18. roku życia uzależnieniem od internetu jest zagrożonych 10,4% osób, a w grupie 18-24 lata – 6%.

Jeśli chodzi o zakupy, to analiza uzyskanych wyników wskazuje, że problem z kompulsywnym kupowaniem dotyczy może 3,5% populacji Polaków od 15. roku życia. Panuje przekonanie, że uzależnienie od zakupów jest w większym stopniu udziałem kobiet, uzyskane dane empiryczne potwierdzają tę tezę: problem dotyczy 5,0% kobiet i jedynie 1,9% mężczyzn.

– **Czy uzyskane w badaniach wyniki dają podstawę do udzielenia odpowiedzi na pytanie, co należy robić w odniesieniu do problemu uzależnień behawioralnych?**

– Myślę, że większość zaleceń odnoszących się do problemu związanego z zażywaniem substancji chemicznych można przełożyć przynajmniej na hazard. Kluczem jest kwestia dostępności. Im więcej będzie rozrywek opartych na hazardzie, które będą szeroko rozpowszechnione i bardzo łatwo osiągalne, tym większe będzie ryzyko powstawania problemów, które mogą wynikać z takiej sytuacji. A generalna tendencja jest taka, że dostępność się zwiększa. Myślę, że polityka publiczna musi polegać przede wszystkim na zmniejszaniu dostępności, ograniczeniu godzin, w których czynne są punkty z automatami. Ten wątek pojawiał się w grupach fokusowych i wywiadach indywidualnych; do salonu gier można przyjść o każdej porze dnia i nocy, jak się ma wolną chwilę, gdy wpadły większe pieniądze. Takie czynniki zwiększają ryzyko pojawienia się problemów związanych z patologicznym graniem. Jeżeli lokal czy kasyno otwarte jest całą dobę, to możesz grać do ostatniego grosza, możesz wyskoczyć po następne pieniądze, możesz sprzedać coś z domu i wrócić, żeby się odegrać. Jakaś regulacja w tym zakresie pomogłaby. Ale sytuacja jest podobna do tej, jaką mamy z alkoholem: z jednej strony zdajemy sobie sprawę ze szkód związanych

z pićciem, a z drugiej to jest tak potężny biznes, że bardzo trudno go ograniczyć.

– Prohibicja w Stanach Zjednoczonych pokazała, że jest to kompletnie nieskuteczne.

– A prohibicja w Arabii Saudyjskiej pokazała, że to jest skuteczne. Co prawda, oni też mają alkoholików, ale jednocześnie mają znacznie mniej problemów związanych z alkoholem. Na pewno reglamentacja urzędzeń umożliwiających hazard, polegająca na ograniczeniu godzin otwarcia lokali, ograniczeniu wieku graczy, zmniejszyłaby problem. Sądzę też, że całkowita prohibicja spowodowałaby na tym etapie rozwoju zejście hazardu do podziemia.

– Działania ograniczające są możliwe w odniesieniu do hazardu. Ale jak Pan to sobie wyobraża, jeśli chodzi o internet?

– Nowelizacja ustawy o grach hazardowych z 2011 roku wprowadziła zakaz urządzania gier hazardowych przez sieć internet i uczestniczenia w tego typu grach. Dopuszcza jedynie możliwość organizowania zakładów wzajemnych on-line, potocznie nazywanych bukmacherką, ale pod warunkiem uzyskania odpowiedniego zezwolenia. Mimo takiego prawa, w internecie aż roi się od firm, które proponują e-hazard. Instytucje państwa są bezradne wobec internetowych firm hazardowych, ponieważ wiele z nich jest zarejestrowanych w innych krajach (np. Malta, Wyspy Marshalla). Mimo zakazu, Polacy coraz częściej grają w sieci i zdecydowana większość z pewnością nie wie, że jest to zakazane i karane.

– A co z uzależnieniem od internetu?

– Tutaj naturalnie niewiele można zrobić, jeśli chodzi o ograniczenie dostępności, natomiast sporo można zrobić w sprawie racjonalnego korzystania z internetu. Wraz z uczeniem się serfowania po sieci powinno się rozwijać umiejętność racjonalnego korzystania z internetu. A w szkole tego nie uczą. Nie wzbudza się refleksji na temat tego, jak korzystać z internetu, nie dostarcza wiedzy, co jest racjonalne, a co nie. Można by także promować czy premiować dostarczycieli internetu, żeby w tym kierunku konstruowali strony www.

– Czy mógłby Pan w kontekście badań, o których rozmawiamy, skomentować opinię Najwyższej Izby Kontroli, która twierdzi, że wątpliwa jest zasadność istnienia Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych? I za

tak sformułowaną oceną stawia fakt, że osoby dotknięte patologicznym hazardem mają już wystarczający dostęp do opieki medycznej i terapeutycznej.

– Nie jestem pewien, czy w ogóle jakieś fundusze celowe mają sens, natomiast argument NIK-u jest osobliwy. Tak jakby fundusz miał służyć temu, żeby leczyć osoby, które są uzależnione. A przecież środki finansowe w ramach funduszu mogą być także wydawane na badania naukowe, profilaktykę, edukację.

– Fundusz dotyczy uzależnień behawioralnych, a nie wyłącznie hazardu, a NIK zidentyfikował ten obszar, na którym działa fundusz, wyłącznie jako hazard.

– Być może Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje leczenia innych uzależnień. Jest otwarte pytanie, czy rzeczywiście należałoby tworzyć jakieś specjalne środki na leczenie tych uzależnień. Czy raczej pójść inną ścieżką i uczyć krótkich interwencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, bo we wczesnej fazie to nie są ciężkie uzależnienia. Myślę, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który miałby minimalne pojęcie o wywiadzie motywacyjnym, o krótkiej interwencji, mógłby spokojnie przejąć znaczną część ciężaru, który idzie lub pójdzie na wyspecjalizowane placówki. Gdybym to ja podejmował decyzję polityczną o wydatkowaniu pieniędzy z funduszu, to przede wszystkim przewidziałbym jakieś bonusy dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Zaoferowałbym im szkolenie, które nauczyłoby ich, jak postępować z klientami z problemami dotyczącymi uzależnień behawioralnych. Seria kilku rozmów może być równie skuteczna jak wsadzenie człowieka do specjalistycznego ośrodka. I to dotyczy nie tylko hazardu, ale wszystkich uzależnień. Trzydzieści lat temu, kiedy pierwszy raz byłem w San Francisco i otworzyłem książkę telefoniczną, to znalazłem kilkaset adresów grup samopomocowych związanych z uzależnieniami behawioralnymi.

– Mam wrażenie, że czeka nas dopiero dyskusja na temat polityki wobec uzależnień behawioralnych, bo co prawda w Polsce istnieją grupy samopomocowe, ale jest ich niewiele.

– Kiedy przedstawiciele CBOS próbowali znaleźć partnerów do wywiadu indywidualnego, mieli ogromne trudności. Niby zidentyfikowali jakieś adresy, ale tam od pół roku nikt nie przyszedł. Mało też jest specjalistycznych miejsc, gdzie można leczyć już głębokie uzależnienia. Ale wbrew pozorom popyt na tego typu usługi nie jest bardzo duży.

Oczywiście, nieporozumieniem jest stwierdzenie NIK-u, że ponieważ mało osób się leczy, to niepotrzebny jest fundusz anty hazardowy. Gdyby stworzyć odpowiednie warunki do leczenia korzystne dla ewentualnych świadczeniodawców, to tempo powstawania placówek znacznie by wzrosło. Jak kilkanaście lat temu w Holandii, gdzie z roku na rok otworzyło się kilkadziesiąt ośrodków leczenia hazardu. Bo znalazły się na to pieniądze. W pewnym sensie trzeba być ostrożnym. Szedłbym raczej w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej, w kierunku szkolenia lekarzy, którzy byłby w stanie rozpoznać zagrożenie uzależnieniem behawioralnym i przeprowadzić skuteczną interwencję. Oczywiście, wyspecjalizowane placówki też są potrzebne. Jak pokazały badania, bardzo dużym problemem jest współuzależnienie.

Trzeba też zauważyć, że sporo osób uzależnionych od hazardu, lubi wypić alkohol. Czasami występuje substytucja: udało mi się uwolnić od picia, wpadłem w uzależnienie od hazardu. Ponadto, dostępność alkoholu w miejscach, gdzie się uprawia hazard, zwiększa ryzyko podejmowania bezmyślnych decyzji, sprzyja „sflukaniu się”, a także ryzykowaniu dużymi pieniędzmi.

Z tego, co mówili uczestnicy badań jakościowych, w wielu miejscach, gdzie się uprawia hazard, są dostępni lichwiarze, gotowi pożyczyć pieniądze. Ci ludzie są osadzeni w grupach przestępczych i windykacja należności to jest kolejny dramat, przez jaki przechodzą hazardziści.

– *Dziękuję za rozmowę.*

Badanie *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych* zostało zrealizowane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej, a współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Specjaliści z zakresu profilaktyki ze Stowarzyszenia MONAR zaangażowali się w realizację europejskiego projektu pt. „Razem budujemy podstawowy kurs profilaktyki narkomanii”. Projekt ten ma charakter sieciowy i jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach programu „Uczenie się przez całe życie – Leonardo da Vinci”. Pomysłodawcą i koordynatorem projektu jest jedna z hiszpańskich organizacji, oferująca wsparcie z zakresu zapobiegania, leczenia i reintegracji społecznej osób z problemami narkotykowymi – Stowarzyszenie Proyecto Hombre.

EUROPEJSKI TRANSFER INNOWACJI W DZIEDZINIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

Maria Charmast
Stowarzyszenie MONAR

Celem projektu jest poprawa jakości i skuteczności programów profilaktycznych w Unii Europejskiej. Ma się to odbyć przez rozwój specjalistów z zakresu profilaktyki, wzbogacenie ich warsztatu pracy oraz wdrożenie innowacyjnych rozwiązań w oparciu o doświadczenie i zaangażowanie partnerów sieci, którzy pochodzą z różnych krajów. Dzięki projektowi otrzymaliśmy narzędzie nie do przecenienia, które jest właśnie sumą doświadczeń wszystkich partnerów zaangażowanych w działalność sieci. A są one w niektórych przypadkach imponujące, bo sięgające nawet 40 lat pracy w sferze przeciwdziałania zażywaniu narkotyków. Projekt przewiduje wspólne opracowanie kursu internetowego jako narzędzia szkoleniowego. Będzie się to odbywało

przy udziale wszystkich partnerów, na podstawie wspólnie przyjętych kryteriów, z poszanowaniem różnic kulturowych i uwzględnieniem potrzeb społecznych partnerów. Projekt przyczyni się do poprawy umiejętności różnych osób zaangażowanych w profilaktykę – od specjalistów w organizacjach pozarządowych, przez nauczycieli, aż po rodziców. Formuła kursu umożliwi łatwy dostęp do wiedzy poprzez stronę internetową.

Ważna jest również sama wspólna praca nad kursem, ponieważ stwarza ona możliwość wspólnego uczenia się, wymiany doświadczeń oraz realizacji wspólnej strategii przez organizacje w wielu krajach. Projekt angażuje cztery główne organizacje partnerskie: MONAR (Polska),

KETHEA (Grecja), Projecto Homem (Portugalia), Asociación PROYECTO HOMBRE (Hiszpania) oraz dwóch partnerów wspierających: CEIS (Włochy) i PHOENIX FUTURES (Wielka Brytania). Wszystkie te instytucje posiadają długoletnie doświadczenie w sektorze przeciwdziałania narkomanii (średnio 30 lat). Wspólnie pomagamy ponad 63 tys. osób rocznie w programach leczenia i rehabilitacji oraz ponad 102 tys. w programach profilaktycznych. W naszych organizacjach pracuje 3324 specjalistów i 2559 wolontariuszy. MONAR, podobnie jak większość partnerów w projekcie, został zaproszony do udziału w tej inicjatywie dzięki uczestnictwu w sieci ECETT, umożliwiającej realizację wymian i staży dla specjalistów pracujących w obszarze przeciwdziałania narkomanii w całej Europie. Ponad 30 pracowników naszego Stowarzyszenia odbyło staże w ośrodkach rehabilitacyjnych, oddziałach dla osób z podwójną diagnozą, ośrodkach dla dzieci i młodzieży, poradniach i programach dziennych w Dublinie, Gantú, Charleroi, Barcelonie, Modenie, Wenecji i Atenach. MONAR również przyjmuje zagranicznych stażystów, umożliwiając im poznanie polskiej sceny narkotykowej oraz naszego podejścia do rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Niedawno gościliśmy kadre PHOENIX FUTURES z Birmingham, Manchester i Nottingham.

W wyniku wspólnych działań w projekcie „Razem budujemy podstawowy kurs profilaktyki narkomanii” otrzymamy kurs e-learningowy, uwzględniający postulaty specjalistów z zakresu profilaktyki, wykorzystujący potencjał informatyczny, a do tego wzbogacony o informacje o przepisach i programach właściwych dla każdego z krajów w nim uczestniczących. Będzie on dostępny w języku angielskim (wspólny język) oraz w językach: greckim, hiszpańskim, polskim i portugalskim. W ramach tego projektu staramy się inaczej spojrzeć na nasze rodzime działania szkoleniowe. Chcemy spojrzeć na nie z nowego punktu widzenia, wykorzystując narzędzia informatyczne, które umożliwiają interaktywność i połączenie różnych procesów i rytmów uczenia się.

Dla naszego Stowarzyszenia ten projekt to wspaniała szansa na otwarcie nowego etapu w profilaktyce w Polsce, wyjście naprzeciw nie tylko organizacjom i specjalistom z dziedziny przeciwdziałania narkomanii, lecz przede wszystkim zaoferowanie pełniejszego wsparcia dla szerokiego grona osób zainteresowanych tematyką wychowania czy zaangażowanych w rozwiązywanie problemów związanych z inicjacją narkotykową młodych ludzi. Liczymy, że produkt, który uzyskamy, stanie się użytecznym narzędziem dla pedagogów, nauczycieli, rodziców. Takie kursy sprawdziły się już w Hiszpanii i Grecji – w Polsce z pewnością również znajdą zwolenników.

Reklama produktów leczniczych została poddana licznym ograniczeniom prawnym, co wynika ze specyfiki towarów będących przedmiotem obrotu. Kształt regulacji prawnych zależy nie tylko od rodzajów reklamowanych leków, ale także od kategorii osób, do których przekaz jest kierowany. Najważniejsza jest przecież ochrona zdrowia adresatów reklamy.

REKLAMA PRODUKTÓW LECZNICZYCH ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE I SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE

Katarzyna Syroka-Marczewska
prawnik

Uwagi ogólne

Reklama, jako forma informacji o konkretnym produkcie i narzędzie służące do nakłaniania do skorzystania z niego, jest bez wątpienia powszechnie wykorzystywana przez podmioty konkurujące na rynku¹. Ogromna dynamika tego zjawiska wynika przede wszystkim z postępu techno-

logicznego, połączonego z kreatywnością reklamodawców i wzrostem nakładów finansowych przeznaczanych na tę formę promocji².

Potrzeba wprowadzenia ograniczeń w zakresie prowadzenia działalności reklamowej uzasadniona jest najczęściej koniecznością ochrony określonych wartości lub też poszanowania praw innych³. W odniesieniu do pro-

duktów leczniczych⁴ ograniczenia swobody w zakresie reklamy służą zwiększeniu bezpieczeństwa stosowania tych produktów, a tym samym ochronie podstawowych wartości, jakimi są życie i zdrowie ludzkie⁵. Warto w tym kontekście zauważyć, że Główny Inspektorat Farmaceutyczny sprawuje nadzór nad przestrzeganiem zasad prowadzenia reklamy produktów leczniczych.

Przedmiotem niniejszego opracowania będzie przedstawienie tematyki związanej z reklamą produktów leczniczych zawierających substancje psychotropowe⁶ oraz środki odurzające⁷. Warto w tym miejscu podkreślić, że zgodnie z art. 20 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zabrania się reklamy i promocji substancji psychotropowych lub środków odurzających. W polskim systemie prawnym nie jest dozwolona reklama i promocja środków spożywczych lub innych produktów przez sugerowanie, że posiadają one działanie takie jak substancje psychotropowe lub środki odurzające lub ich użycie (nawet niezgodne z przeznaczeniem) może powodować skutki tożsame z działaniem substancji psychotropowych bądź środków odurzających.

Regulacja ustanawiająca zakaz reklamy i promocji substancji psychoaktywnych może stanowić przykład systemowego podejścia ze strony ustawodawcy do kwestii przeciwdziałania zjawisku narkomanii⁸. Jego genezy można szukać w ograniczeniu obrotu detalicznego, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami będącymi produktami leczniczymi, który może być prowadzony tylko przez apteki i punkty apteczne, zapewniające odpowiednie warunki przechowywania substancji, uniemożliwiając jednocześnie dostęp do nich osobom nieuprawnionym⁹.

Naruszenie zakazu reklamy i promocji środka odurzającego lub substancji psychotropowej zostało spenalizowane w art. 68 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który odnosi się do reklamy lub promocji substancji psychoaktywnej, niebędącej produktem leczniczym. Zgodnie z jego treścią, kto prowadzi reklamę lub promocję wbrew zakazom określonym w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Wprowadzenie tej regulacji do ustawy z 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii stanowiło wyraz realizacji zobowiązań, wynikających z założeń Konwencji o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi¹⁰. Przedmiotem ochrony art. 68 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest życie i zdrowie publiczne. Na gruncie roz-

ważań o przedmiocie ochrony prawnokarnych regulacji ustawy, zarówno w piśmiennictwie, jak i w judykaturze, nastąpiło wyodrębnienie dwóch interpretacji: pierwszej, według której przedmiotem ochrony jest zdrowie publiczne, drugiej, zgodnie z którą przedmiotem ochrony jest interes ekonomiczny państwa w zakresie obrotu środkami odurzającymi lub psychotropowymi¹¹.

Podmiotem omawianego czynu zabronionego może być każda osoba fizyczna zdolna do ponoszenia odpowiedzialności karnej, zatem ma on charakter przestępstwa powszechnego. Przestępstwo, o którym mowa, można popełnić umyślnie, z zamiarem bezpośrednim lub ewentualnym.

Warto w tym kontekście podkreślić, że odrębne przepisy regulują odpowiedzialność karną związaną z reklamą środków odurzających lub substancji psychotropowych, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu.

Pojęcie reklamy produktu leczniczego i wyłączenia

Kwestie dotyczące reklamy produktów leczniczych zostały uregulowane przede wszystkim w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹² oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych¹³.

Zgodnie z art. 52 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne reklamą produktu leczniczego jest działalność polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mająca na celu zwiększenie liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych. Jak wskazał Naczelny Sąd Administracyjny informowanie i zachęcanie do stosowania produktu leczniczego to dwie równorzędne, odrębne przesłanki reklamowego charakteru działalności, które mogą wystąpić łącznie, choć zaistnienie jednej z nich wystarczy do przyjęcia, że działalność ma charakter reklamy – o ile jednak każda z tych działalności ma jednocześnie na celu realizację założeń określonych w art. 52 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne¹⁴. Nie bez znaczenia, w ocenie Naczelnego Sądu Administracyjnego, jest to, jaki podmiot prowadzi działalność informującą lub zachęcającą do stosowania produktu leczniczego. Bez wątplenia charakter tego rodzaju działalności łatwiej uchwycić, gdy informacja o produkcie leczniczym lub zachęcanie do jego stosowania pochodzi od podmiotu odpowiedzialnego¹⁵ lub została przygotowana na jego zlecenie, ale o tym, że informacja nie ma charak-

teru neutralnego, może świadczyć także finansowanie lub współfinansowanie publikacji materiałów przez konkretny podmiot¹⁶. Zdaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, istotnym elementem reklamy produktu leczniczego jest zamiar wywołania określonej reakcji potencjalnych klientów¹⁷. Za reklamę produktu leczniczego należy zatem uznać każdą działalność, niezależnie od konkretnego, indywidualnego sposobu i metody jej przeprowadzenia oraz użytych do jej realizacji środków, jeśli celem tej działalności jest zwiększenie sprzedaży reklamowanego produktu leczniczego¹⁸. Dotyczy to zarówno reklamy do publicznej wiadomości, jak i reklamy kierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept i osób zaopatrujących w produkty lecznicze.

Tematyka związana z reklamą produktów leczniczych ma charakter wielopłaszczyznowy. Niekiedy reklama błędnie utożsamiana jest z przekazem informacyjnym, dlatego też konieczne jest znalezienie granicy pomiędzy reklamą a informacją. Wskazówkę może stanowić sama definicja reklamy oraz możliwość identyfikacji bezpośredniej lub pośredniej produktu leczniczego, którego podmiot odpowiedzialny lub upoważniony przez niego prowadzi aktywność reklamową. Kryterium pomocniczym, choć o ograniczonej możliwości weryfikacji przez organy nadzoru farmaceutycznego, jest kwalifikowanie przez podmiot odpowiedzialny danej aktywności jako reklamy dla celów podatkowych¹⁹. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, przy rozróżnieniu informacji od reklamy trzeba mieć na uwadze, że podstawowym wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez podmioty, do których jest kierowany²⁰. Wypowiedź jest reklamą, gdy nad warstwą informacyjną przeważa zachęta do nabycia towaru – taki cel przyświecał nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana. Wszelkie promocje, w tym cenowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje²¹. Bez względu na zakaz reklamy dotyczy produktów leczniczych, które nie uzyskały pozwolenia na dopuszczenie do obrotu²² oraz zawierają informacje niezgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Ustawodawca wymienia także katalog zachowań i sytuacji, które są wyłączone z definicji reklamy, a tym samym nie podlegają restrykcyjnym przepisom dla niej przewidzianym. Za reklamę produktów leczniczych nie uważa się informacji umieszczonych na opakowaniach oraz załą-

czonych do opakowań produktów leczniczych, zgodnych z pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu. Zdaniem ustawodawcy, korespondencja, której towarzyszą materiały informacyjne o charakterze niepromocyjnym niezbędne do udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące konkretnego produktu leczniczego oraz ogłoszenia o charakterze informacyjnym niekierowane do publicznej wiadomości (dotyczące zmiany opakowania, ostrzeżeń o działaniach niepożądanych, pod warunkiem że nie zawierają treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych), nie powinny być traktowane w kategorii działań promocyjnych. Katalogi handlowe oraz listy cenowe produktów leczniczych zawierające nazwę własną, nazwę powszechnie stosowaną, dawkę, postać i cenę zostały również wyłączone z zakresu reklamy i powinny być traktowane jako informacja. Warunkiem jest też, aby takie zestawienia cenowe nie zawierały treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych ani też do wskazań terapeutycznych. Kolejne wyłączenie dotyczy informacji dotyczących zdrowia lub chorób ludzi i zwierząt, pod warunkiem że nie odnoszą się nawet pośrednio do produktów leczniczych.

Reklama produktów leczniczych

Reklama produktów leczniczych może być prowadzona w różnych formach i kierowana do różnych odbiorców. Bez względu na powyższe rozróżnienia reklama nie może wprowadzać w błąd. Powinna prezentować produkt leczniczy obiektywnie oraz informować o jego racjonalnym stosowaniu. Dopuszczalna swoboda w sferze kształtowania haseł reklamowych informujących o mechanizmach działania produktów leczniczych nie może wykraczać, ani modyfikować informacji o produkcie leczniczym zatwierdzonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, w szczególności dotyczących zakresu wskazań terapeutycznych do stosowania tego produktu²³. Za reklamę wprowadzającą w błąd należy uznać każdą reklamę, która z powodu swojej zwodniczej natury, może wpłynąć na postępowanie gospodarcze osób, do których jest skierowana, lub która, z tych powodów szkodzi lub może szkodzić konkurentowi²⁴.

Niezależnie od adresatów, do których reklama jest kierowana, zarówno forma, jak i przekazywana treść powinny odpowiadać określonym przez ustawodawcę wymogom, do których należy także zakaz reklamy produktu leczniczego polegającej na oferowaniu lub obiecywaniu jakichkolwiek korzyści w sposób pośredni lub bezpośredni w zamian za

nabycie produktu leczniczego lub dostarczanie dowodów, że doszło do jego nabycia. Reklama produktu leczniczego nie może być kierowana do dzieci. Nie powinna również zawierać żadnego elementu, który jest do nich kierowany – będzie to dotyczyło np. komunikatów reklamowych sformułowanych w języku dziecięcym, z użyciem dużej liczby zdrobnień, w których wykorzystywane będą postacie z kreskówek lub inne elementy, w szczególności graficzne, takie, jakie zwyczajowo kieruje się do dzieci²⁵. Zakaz ten ma na celu zapewnienie najmłodszym szczególnej ochrony przed negatywnym oddziaływaniem reklamy leków, których ewentualna konsumpcja powinna odbywać się pod kontrolą osób dorosłych, uprawnionych do zdecydowania o podaniu dziecku konkretnego produktu leczniczego²⁶. Dziecko zwykle nie jest przecież w stanie racjonalnie i obiektywnie ocenić informacji do niego kierowanych i przeciwstawić się wpływowi perswazji i sugestii²⁷.

Jak już wspomniano reklama produktów leczniczych może przybrać różne formy i obejmuje w szczególności:

- reklamę produktu leczniczego kierowaną do publicznej wiadomości;
- reklamę produktu leczniczego kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi;
- odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi przez przedstawicieli handlowych lub medycznych;
- dostarczanie próbek produktów leczniczych;
- sponsorowanie spotkań promocyjnych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi;
- sponsorowanie konferencji, zjazdów i kongresów naukowych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

Zróżnicowanie, o którym mowa, znajduje odzwierciedlenie w odmiennych regulacjach prawnych odnoszących się do zasad prowadzenia reklamy. Potrzeba zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego potencjalnym konsumentom reklamowanych produktów nieposiadających specjalistycznej wiedzy w zakresie zastosowania produktów leczniczych, a także skuteczności procesu leczenia, wpłynęła na bardziej restrykcyjne wyznaczenie zasad prowadzenia reklamy skierowanej do publicznej wiadomości²⁸.

W ocenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego kryterium decydującym o uznaniu danego przekazu za reklamę kierowaną do publicznej wiadomości jest wystąpienie obiektywnej możliwości dotarcia do osób niebędących

profesjonalistami z branży medycznej, a fakt adresowania reklamy konkretnego produktu leczniczego do specjalistów, nie oznacza de facto, iż to tylko lekarze są jej finalnymi odbiorcami²⁹. Za reklamę kierowaną do publicznej wiadomości Główny Inspektor Farmaceutyczny uznaje nie tylko przekaz reklamowy, w stosunku do którego nie ma wątpliwości co do jego publicznego zasięgu (tj. emitowany w telewizji, radiu, publikowany w prasie ogólnodostępnej, w formie ulotek, broszur, poradników, plakatów, ulotek wyeksponowanych w miejscach dostępnych dla potencjalnych konsumentów), ale także przekaz intencjonalnie skierowany do specjalistów, a z różnych przyczyn docierający do osób niebędących profesjonalistami z branży medycznej³⁰.

Zabrania się kierowania do publicznej wiadomości reklamy dotyczącej produktów leczniczych:

- 1) wydawanych wyłącznie na podstawie recepty;
- 2) zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe;
- 3) umieszczonych na wykazach leków refundowanych, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz dopuszczonych do wydawania bez recept o nazwie identycznej z umieszczonymi na tych wykazach³¹. Zakaz dotyczy również reklamy produktu leczniczego, którego nazwa jest identyczna z nazwą produktu leczniczego wydawanego wyłącznie na podstawie recepty.

Zakaz kierowanej do publicznej wiadomości reklamy leków, które są wydawane wyłącznie na receptę, oraz leków, których nazwa jest identyczna z takimi lekami, został transponowany do polskiego prawa z przepisów unijnej dyrektywy 2001/83/WE³². Dyrektywa określa podstawowe zasady dotyczące prowadzenia reklamy do szerokiej publiczności. Zgodnie z art. 90 reklama produktu leczniczego adresowana do ogółu społeczeństwa nie może zawierać żadnego elementu, który: a) sprawia wrażenie, że wizyta u lekarza lub operacja chirurgiczna jest niekoniieczna, w szczególności poprzez oferowanie diagnozy lub sugerowanie terapii drogą korespondencyjną; b) sugeruje, że wyniki stosowania lekarstwa są gwarantowane, że nie wiążą się one z niepożądanymi działaniami lub że są one lepsze niż w przypadku stosowania innego leczenia lub produktu leczniczego, albo że są w stosunku do nich równorzędne; c) sugeruje, że zdrowie podmiotu może poprawić się poprzez zażywanie danego lekarstwa; d) sugeruje, że zdrowie podmiotu mogłoby ucierpieć w wyniku niezazywania lekarstwa (chyba, że jest to szczepionka); e) skierowany jest wyłącznie lub głównie do dzieci; f) dotyczy zalecenia

przez naukowców, pracowników służby zdrowia lub osób, które nie należą do żadnej z tych grup, lecz które z racji swojej pozycji społecznej mogłyby zachęcać do konsumpcji produktów leczniczych; g) sugeruje, że produkt leczniczy jest środkiem spożywczym, kosmetycznym lub innym produktem konsumpcyjnym; h) sugeruje, że bezpieczeństwo lub skuteczność produktu leczniczego wynika z faktu, że jest on naturalny; i) mógłby, przy pomocy opisu lub szczegółowego przedstawienia przebiegu przypadku chorobowego, prowadzić do postawienia mylnej autodiagnozy; j) odnosi się, w formie nieodpowiedniej, zatrważającej lub wprowadzającej w błąd, do przypisywanych właściwości uzdrawiających; k) używa, w formie nieodpowiedniej, zatrważającej lub wprowadzającej w błąd, materiałów obrazkowych przedstawiających zmiany w ludzkim organie, spowodowane zmianami chorobowymi lub urazem, lub działaniem produktu leczniczego.

Wracając do rozważań dotyczących zakazów w zakresie reklamy produktów leczniczych, należy zwrócić uwagę, że leki, które zawierają środki odurzające i psychotropowe, nawet w niewielkich ilościach, nie mogą być w ogóle przedmiotem reklamy kierowanej do publicznej wiadomości. Tego typu produkty praktycznie zawsze są wydawane wyłącznie na receptę i najczęściej są także refundowane, a zatem reklama kierowana do publicznej wiadomości i tak byłaby niemożliwa. Ponadto, reklama produktu leczniczego, polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek, nie może dotyczyć produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe.

Jak już wspomniano, reklama środków odurzających lub substancji psychotropowych, będących zarazem produktami leczniczymi, stanowi wykroczenie z art. 129a ust. 1 pkt 3 ustawy Prawo farmaceutyczne. Zgodnie z treścią ww. przepisu, kto kieruje do publicznej wiadomości reklamę produktów leczniczych wydawanych wyłącznie na podstawie recepty lub których nazwa jest identyczna z nazwą produktu leczniczego wydawanego wyłącznie na podstawie recepty, zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, lub umieszczonych na wykazach leków refundowanych lub produktów leczniczych wydawanych bez recepty o nazwie identycznej z nazwą produktów leczniczych umieszczonych na tych wykazach, podlega grzywnie. Ponadto, kto dostarcza próbki produktów leczniczych osobom nieuprawnionym, również podlega grzywnie.

Kształt regulacji prawnych dotyczących reklamy kierowanej do publicznej wiadomości jest podyktowany przede wszyst-

kim potrzebą zapewnienia ochrony zdrowia adresatów prowadzonej działalności promocyjnej. Nie możemy jednak zapominać o tym, że istnieją także inne formy reklamy leków – np. reklama kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi. Powinna ona odpowiadać ogólnym wymogom przewidzianym przepisami prawa, zawierać informacje zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz informację o przyznanej kategorii dostępności, a w przypadku produktów leczniczych umieszczonych w wykazach leków refundowanych – również informację o cenie urzędowej detalicznej i maksymalnej kwocie dopłaty ponoszonej przez pacjenta.

Odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, w celu reklamy produktu leczniczego kierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept nie może utrudniać prowadzenia przez nich działalności i powinno odbywać się po uzgodnieniu terminu spotkania, poza godzinami pracy tych osób.

Zabrania się kierowania do osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi reklamy produktu leczniczego polegającej na wręczaniu, oferowaniu i obiecywaniu korzyści materialnych, prezentów i różnych ułatwień, nagród, wycieczek oraz organizowaniu i finansowaniu spotkań promocyjnych produktów leczniczych, podczas których przejawy gościnności wykraczają poza główny cel tego spotkania. Powyższy zakaz nie dotyczy dawania lub przyjmowania przedmiotów o wartości materialnej nieprzekraczającej kwoty 100 złotych, związanych z praktyką medyczną lub farmaceutyczną, opatrzonych znakiem reklamującym daną firmę lub produkt leczniczy. Kto wbrew brzmieniu powyższej regulacji w ramach reklamy produktu leczniczego daje lub obiecuje osobom uprawnionym do wystawiania recept lub osobom prowadzącym obrót produktami leczniczymi korzyści materialne lub przyjmuje takie korzyści, podlega grzywnie.

Kolejną formą reklamy produktów leczniczych jest reklama polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek, która może być kierowana wyłącznie do osób uprawnionych do wystawiania recept. Próbki nie mogą być większe niż jedno najmniejsze opakowanie produktu leczniczego dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Legalność takich działań jest uwarunkowana przede wszystkim pisemnym wnioskiem osoby upoważnionej do wystawiania recept skierowanym do przedstawiciela

handlowego lub medycznego o dostarczenie próbki produktu leczniczego, a ilość próbek tego samego produktu leczniczego nie powinna przekraczać pięciu opakowań w ciągu roku.

Jak już wspomniano, reklama produktu leczniczego polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek, nie może dotyczyć produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe.

Podsumowanie

Tematyka dotycząca reklamy produktów leczniczych jest wielopłaszczyznowa. Jednym z zasadniczych problemów w tym zakresie jest brak rozróżnienia między reklamą a informacją, co powoduje, że podmioty odpowiedzialne chętnie sięgają do wyłączeń ustawowych, przewidzianych w art. 52 Prawo farmaceutyczne, starając się w ten sposób uzasadnić działania marketingowe³³. Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego prawo równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do zdrowia – prawo podstawowe – nie mogą być realizowane bez zapewnienia dostępu do leków³⁴. Warto rozważyć, w jakim zakresie dostęp do leków powinien obejmować także szczegółowe informacje o nich. Coraz częściej podkreśla się, że mamy do czynienia ze zjawiskiem „medykalizacji”, tzn. coraz więcej osób stosuje leki bez nadzoru lekarza, co generuje wzrost zapotrzebowania na informacje³⁵. Wzrasta też świadomość samych pacjentów w obszarze swojego zdrowia i praw z tym związanych, a przecież optymalne rezultaty leczenia można uzyskać jedynie przy współpracy środowiska medycznego z pacjentami.

Przypisy

- ¹ A. Rablega, „Reklama produktów leczniczych kierowana do publicznej wiadomości (w świetle obowiązujących przepisów orzeczeń Głównego Inspektora Farmaceutycznego)”, *Prawo i Medycyna* 1/2009, (34, vol. 11), s. 78.
- ² S. Radowski, „Nadzór Inspekcji Farmaceutycznej nad reklamą produktów leczniczych” (w:) *Kierunki rozwoju prawa administracyjnego. Prace Członków i Przyjaciół na 5-lecie Koła Naukowego Prawa Administracyjnego na Uniwersytecie Warszawskim*, red. R. Stankiewicz, s. 166.
- ³ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 17.10.2002, nr 37928/97, LEX 75387.
- ⁴ Przez pojęcie produktu leczniczego rozumie się substancję lub mieszaninę substancji, przedstawianą jako posiadającą właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawaną w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne.
- ⁵ A. Rablega, op. cit., s. 79.

- ⁶ Substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U.2012.124.
- ⁷ Środkiem odurzającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- ⁸ K. Łuczarski, A. Muszyńska, „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, wersja on-line, komentarz do art. 20, System Informacji Prawnej LEX.
- ⁹ Ibidem.
- ¹⁰ Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, sporządzona w Wiedniu dnia 20.12.1988 r. (Dz.U. Nr 15, poz. 69).
- ¹¹ K. Łuczarski, A. Muszyńska, op. cit.
- ¹² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2008.45.271 z późn. zm.
- ¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych, Dz.U.2008.210.1327.
- ¹⁴ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 10.03.2010 r., II GSK 461/09.
- ¹⁵ Zgodnie z treścią art. 2 pkt 24 ustawy Prawo farmaceutyczne podmiotem odpowiedzialnym jest przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 i Nr 180, poz. 1280) lub podmiot prowadzący działalność gospodarczą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, który wnioskuje lub uzyskał pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego.
- ¹⁶ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 10.03.2010 r., II GSK 461/09.
- ¹⁷ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 19.12.2007 r., VII SA/Wa 1711/07.
- ¹⁸ Ibidem.
- ¹⁹ M. Kondrat, „Prawo farmaceutyczne. Komentarz”, wersja on-line, komentarz do art. 52, System Informacji Prawnej LEX.
- ²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z 2.10.2007 r., II CSK 289/07, *Monitor Prawniczy* 2007, nr 20, s. 1116.
- ²¹ Ibidem.
- ²² Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu otrzymują jedną z następujących kategorii dostępności: wydawane bez przepisu lekarza – OTC; wydawane z przepisu lekarza – Rp; wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania – Rpz; wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach – Rpw; stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym – Lz.
- ²³ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 29.11.2004 r., I SA 1755/2003, LEX nr 162217.
- ²⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 14.09.2005 r., I Aca 149/05.
- ²⁵ M. Kondrat op. cit.
- ²⁶ A. Rablega, op. cit., s. 88.
- ²⁷ K. Grzybzyk, „Prawo reklamy”, Kraków 2004, s. 64-65.
- ²⁸ A. Rablega, op. cit., s. 84.
- ²⁹ Decyzja GIF z 18.03.2008 r, sygn. GIF-P-R-450-7-4/LB/08.
- ³⁰ Decyzja GIF z 07.02.2008 r, sygn. GIF-P-R-450-95-2/JD/07/08.
- ³¹ Zakaz nie dotyczy szczepień ochronnych określonych w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego, wydanym na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723).
- ³² Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2001/83/WE z 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi Dz.U. UE.L.2001.311.67.
- ³³ K. Grzybzyk, „Wyłączenia z definicji reklamy produktu leczniczego w Prawie farmaceutycznym”, *Monitor Prawniczy* 19/2010, s. 1069.
- ³⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7.01.2004 r., K 14/03, Rok 2004 – Dz.U. Nr 5, poz. 37.
- ³⁵ Ł. Sławatyniec, „Reklama produktów leczniczych a informacja dla pacjenta” (w:) *Nowe tendencje w europejskim prawie gospodarczym*, red. A. Kołtunowska, W. Maciejewski, A. Zawadzka, Warszawa 2009, s. 139.

Program CANDIS 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.

PROGRAM CANDIS



Kamila Gryn

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Problemowe zażywanie przetworów konopi

Badania przeprowadzone w ostatnich latach w Polsce odnotowują wzrost konsumpcji marihuany i haszyszu (przetworów konopi indyjskich) zarówno wśród młodzieży (CBOS 2010; IPIŃ 2011), jak i w populacji generalnej (CINN 2010).

Ponadto, z prowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii monitoringu zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków wynika, że większość pacjentów placówek ambulatoryjnych wskazuje na problemowe zażywanie przetworów konopi.

Konieczność tworzenia programów ukierunkowanych na leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem konopi jest uzasadniona z kilku powodów. Osoby używające marihuany czy haszyszu, które poszukują pomocy, często wyrażają silną, uwarunkowaną stylem życia potrzebę odciążenia się od osób z problemami opio-

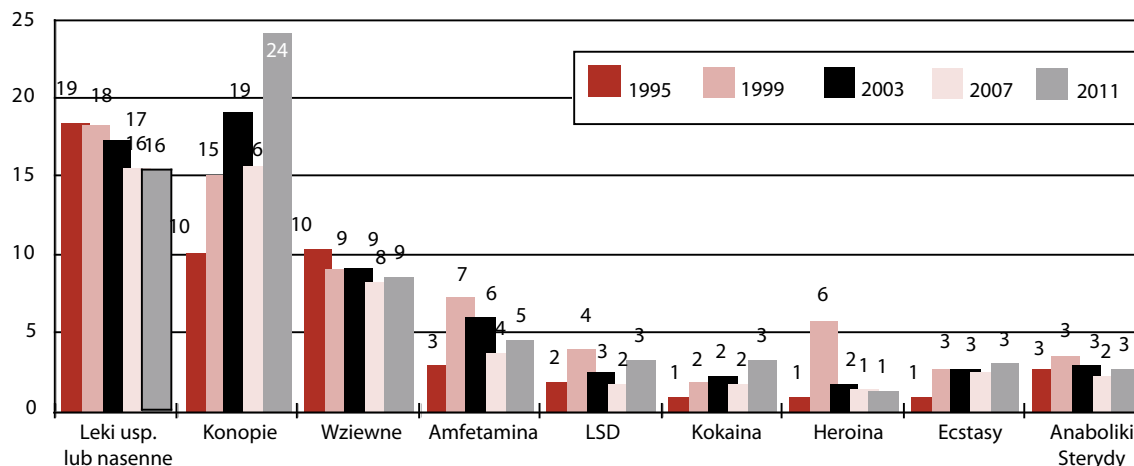
idowymi lub alkoholowymi. Osoby te często różnią się od użytkowników innych substancji psychoaktywnych na przykład motywami, które stoją za używaniem substancji i za zmianą podejścia do niej oraz warunkami rozwoju i utrzymywania się używania. Zgłaszając się na leczenie, są one przeciętnie młodsze i lepiej zintegrowane społecznie niż na przykład pacjenci z problemami związanymi głównie z używaniem opioidów.

Te argumenty zachęciły niemieckich badaczy i praktyków do stworzenia dla tych osób programu terapeutycznego CANDIS.

Program CANDIS i jego cele

CANDIS to krótkoterminowy (ok. 3-miesięczny), modułowy program terapii dla osób uzależnionych od marihuany lub innych przetworów konopi, prowadzony w warunkach ambulatoryjnych. Adresowany jest do osób powyżej 16. roku życia. Bazuje on zarówno na

Wykres 1. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu



Źródło: ESPAD, Sierosławski, IPIŃ 2011.

założeniach teorii zachowań, jak i na założeniach teorii biologicznych dotyczących powstawania i utrzymywania się zaburzeń spowodowanych przez konopie. Program powinien być realizowany przez specjalistów terapii uzależnień, którzy ukończyli stosowne szkolenie.

CANDIS ma umożliwić pacjentowi osiągnięcie sześciu następujących celów w terapii:

- rozpoznanie swoich problemów związanych z używaniem konopi,
- zaakceptowanie terapii i regularne uczestniczenie w leczeniu,
- dążenie do abstynencji jako najważniejszego celu leczenia,
- całkowite zaprzestanie używania konopi,
- pozostawanie w abstynencji przy zastosowaniu działań profilaktycznych zapobiegających nawrotom,
- nauczenie się skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych.

Ważnym założeniem programu jest fakt indywidualnego ustalania celów terapii przez pacjenta i terapeutę. Tym celem jest zarówno abstynencja, jak i ograniczenie używania marihuany czy innych przetworów konopi. Program CANDIS kładzie nacisk na trzy elementy leczenia:

- terapię wzmacniającą motywację (Motivational Enhancement Therapy – MET), która ma wydo- być i zmienić przeważnie ambiwalentną gotowość

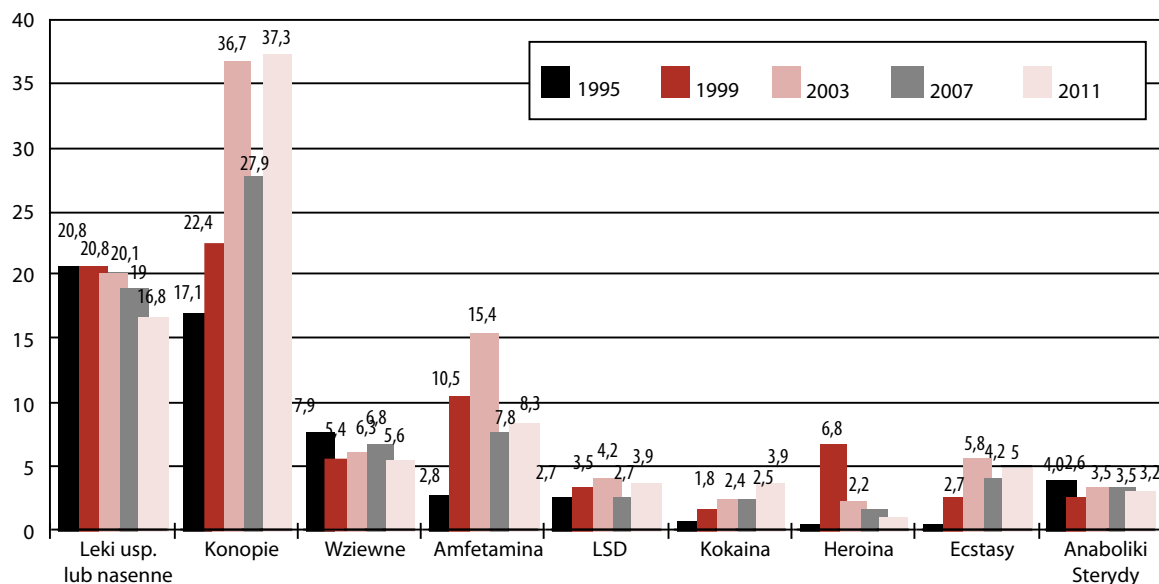
pacjenta do zmiany używania konopi; odpowiednie interwencje w celu wspierania motywacji pacjenta stosowane są przede wszystkim na początku terapii, ale w miarę potrzeby podejmowane są także w czasie późniejszych sesji terapeutycznych,

- elementy terapii poznawczo-behawioralnej (Cognitive Behavioral Therapy – CBT), mają one wesprzeć pacjenta w nauczaniu się umiejętności pomagających mu zmienić wzory zachowania związane z używaniem konopi i w „nauczaniu się” życia w abstynencji,
- techniki treningu rozwiązywania problemów mają w ukierunkowany sposób poprawić skuteczność pacjenta w radzeniu sobie z problemami psychicznymi lub społecznymi, które mogą być zarówno przyczyną, jak i skutkiem zaburzenia spowodowanego przez konopie.

Sesje

Program składa się z dziesięciu sesji terapeutycznych, z których każda trwa 90 minut. W trakcie całego programu poszczególne elementy leczenia stosowane są pojedynczo lub w kombinacji. Sesje początkowe są prowadzone nawet dwa razy w tygodniu. Ich celem jest budowanie motywacji do uczestnictwa w leczeniu i do zmiany wzoru używania substancji. Niezwykle istotne jest przekazanie pacjentowi informacji zwrot-

Wykres 2. Odsetek uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu



Źródło: ESPAD, Sierosławski, IPiN 2011.

nej dotyczącej wyników sesji diagnostycznej. Ma ona uświadomić mu problemy i konsekwencje związane z używaniem konopi. Z kolei wyjaśnienie pacjentowi biopsychospołecznego modelu powstawania uzależnienia jest ważną podstawą w budowaniu poczucia sensu i wagi terapii. Staranne rozważenie powodów używania konopi oraz obaw pacjenta dotyczących skutków zaprzestania używania, a w przyszłości korzyści wynikających z podjęcia abstynencji ma budować motywację do zmiany. Od czwartej do szóstej sesji terapeutycznej jest przygotowywany, realizowany i stabilizowany dzień „zero”. Jest to dzień docelowy, który wiąże się z zaprzestaniem lub zmniejszeniem ilości zażywanych konopi przez daną osobę. W tym czasie wobec pacjenta stosuje się głównie techniki terapii poznawczo-behawioralnej. Pacjent otrzymuje instrukcje dotyczące samoobserwacji (analizy czynników wywołujących pragnienie sięgnięcia po konopie). Są też ćwiczone, a później stosowane przez niego w życiu codziennym nowe umiejętności, np. strategie radzenia sobie z silną potrzebą zażycia konopi, zachowania alternatywne w sytuacjach zagrażających nawrotom, budowanie kompetencji społecznych. Umiejętności te stanowią ważną przesłankę do trwałego osiągnięcia najważniejszego celu terapii – abstynencji (lub ewentualnie zmniejszenia częstotliwości używania konopi). Trening rozwiązywania problemów jest

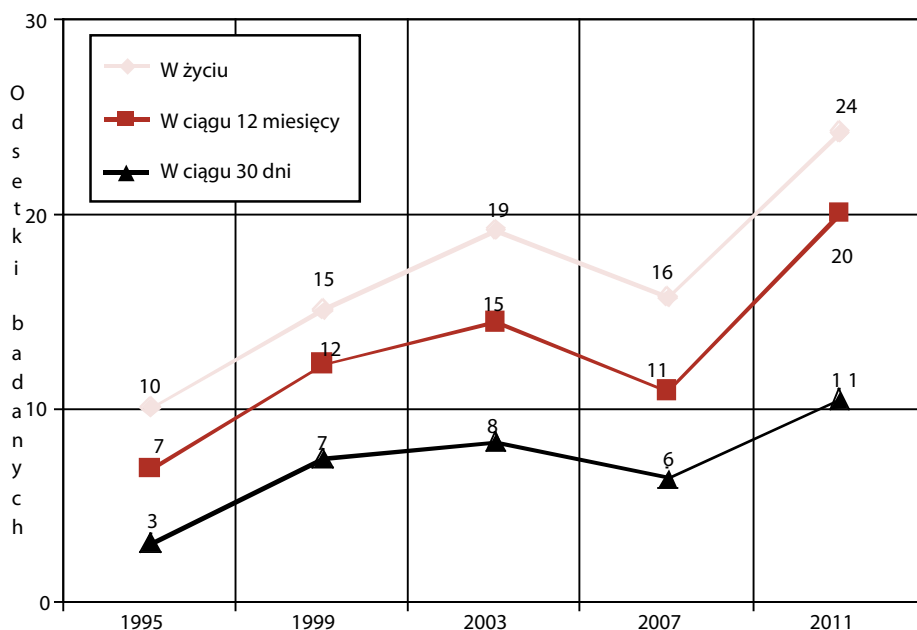
częścią składową siódmej i ósmej sesji terapeutycznej. Pacjent poznaje wówczas strategie rozwiązywania problemów, które są ćwiczone, wprowadzane w życie i ewaluowane na podstawie konkretnie występujących problemów psychicznych lub społecznych. Podczas dziewiątej sesji terapeutycznej omawiany jest związek między używaniem konopi a występowaniem innych zaburzeń psychicznych. Ostatnia, dziesiąta, sesja to trening kompetencji społecznych dotyczący odrzucania propozycji używania konopi kierowanych przez inne osoby.

Wszystkie sesje terapeutyczne mają identyczną strukturę:

- powitanie, omówienie zdarzeń minionego tygodnia i dokumentacja przebiegu sesji,
- wprowadzenie do sesji,
- omówienie prac domowych,
- przerobienie odpowiedniego tematu terapeutycznego,
- zadanie prac domowych,
- podsumowanie sesji i spojrzenie w przyszłość.

Podczas prawie wszystkich sesji terapeutycznych pracuje się z arkuszami roboczymi. Częściowo zawierają one informacje dotyczące strategii zmiany w postępowaniu z konopiami lub tabele do opracowywania danych z samoobserwacji (np. czynników wywołujących pragnienie użycia konopi, myśli o marihuanie/haszyszu itd.). Stosowane są także instrukcje, na przykład

Wykres 3. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi



Źródło: ESPAD, Sierosławski, IPiN 2011.

dotyczące pięciu etapów rozwiązywania problemów. Arkusze robocze są ważną częścią składową terapii, ponieważ ułatwiają wprowadzanie poznanych treści terapeutycznych w codzienne życie pacjenta.

Skuteczność

Specjaliści terapii uzależnień odnajdą zapewne w programie wiele znanych i stosowanych przez nich technik terapeutycznych. Jednakże dużym osiągnięciem niemieckich twórców programu CANDIS jest stworzenie programu krótkoterminowego o przejrzystej strukturze i jasno wytyczonych celach. Krótkoterminowość leczenia zdaje się też wychodzić naprzeciw oczekiwaniom zarówno klientów, jak i płatników (w tym NFZ).

Skuteczność programu CANDIS została potwierdzona w rzetelnych badaniach ewaluacyjnych, w których wzięło udział 210 osób. Ewaluacja prowadzona była według tzw. złotego standardu, tj. z wykorzystaniem grupy kontrolnej oraz losowym doбором do grupy badawczej. Z badań ewaluacyjnych prowadzonych po 3 i 6 miesiącach od zakończenia programu wynika, iż 41-45% badanych, którzy ukończyli program, zachowuje pełną abstynencję, przy równoczesnej poprawie funkcjonowania w wymiarze rodzinnym, zawodowym, prawnym. Abstynencja została potwierdzona badaniami płynów ustrojowych (mocz). Kolejnych kilkanaście procent osób istotnie ograniczyło używanie substancji psychoaktywnych.

Można z całą pewnością powiedzieć, że program CANDIS jest nowym programem terapeutycznym w Polsce, ale został sprawdzony w wielu krajach Europy.

Wdrażanie programu w Polsce

W dniach 23-25 kwietnia 2012 roku odbyło się w Warszawie pierwsze szkolenie realizatorów programu CANDIS. Przeprowadzili je trenerzy z Niemiec, którzy od kilku lat wykorzystują program w pracy z osobami uzależnionymi od przetworów konopi. Przeszkolono 35 terapeutów pracujących w poradniach całego kraju.

Warunkiem udziału w szkoleniu było ukończenie przez specjalistę terapii uzależnień przynajmniej podstawowego szkolenia z dialogu motywującego. Terapeuta realizujący CANDIS powinien, zdaniem autorów programu, towarzyszyć pacjentowi w ciągu całego procesu zmiany, służąc mu swoim wsparciem oraz nieustannie wzmacniając jego motywację do zmiany.

Polscy terapeuci prowadzą program, wykorzystując do tego podręcznik, który został przetłumaczony z języka niemieckiego, a następnie dostosowany do naszych warunków przez specjalistów z poszczególnych dziedzin. Prowadzony jest również monitoring wdrażania programu

CANDIS w Polsce w oparciu o ankiety przesyłane przez realizatorów.

Warto podkreślić, że CANDIS może stanowić dobre narzędzie wykorzystywane w związku z art. 72 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który mówi, że: „Jeśli osoba uzależniona lub używająca szkodliwie substancji psychoaktywnej, której zarzucono popełnienie przestępstwa pozostającego w związku

z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej, zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie”.

Ogłoszony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we wrześniu 2012 roku otwarty konkurs ofert na realizację zadań w roku 2013 z zakresu przeciwdziałania narkomanii, uwzględnił program CANDIS.

Bibliografia

- Hoch E., Zimmermann P., Henker J., Rohrbacher H., Noack R., Bühringer G., Wittchen H.-U. „Program CANDIS – podręcznik”, tłumaczenie KBPN za zgodą wydawcy.
- Malczewski A., Struzik M. „Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2010.
- Młodzież 2010, CBOS, Warszawa 2010.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, IPIŃ, Warszawa 2011.

Lista realizatorów CANDIS

LP	Imię i Nazwisko	Placówka	Województwo
1	Renata Marciniak-Antoszek	Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji Narkomanów, ul. Wyb. Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław, tel. 71 77-66-200 (519-617-348)	dolnośląskie
2	Celina Żendarska	Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji Narkomanów, ul. Wyb. Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław, tel. 71 77-66-200 (519-617-348)	dolnośląskie
3	Żaneta Marmon-Leśniak	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR, ul. Wolności 70, 58-500 Jelenia Góra, tel. 75 647 33 90	dolnośląskie
4	Jolanta Celebucka	WOTUiW Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń, tel. 56 622 68 31	kujawsko-pomorskie
5	Robert Rejniak	Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, ul. Dworcowa 23 domofon 23, 85-009 Bydgoszcz, tel. 52 371 19 08	kujawsko-pomorskie
6	Piotr Wiejak	Ośrodek Leczenia Uzależnień Poradnia Leczenia Uzależnień, ul. Karłowicza 1, 20-027 Lublin, tel. 81 532 29 79	lubelskie
7	Urszula Grodzicka	Ośrodek Leczenia Uzależnień Poradnia Leczenia Uzależnień, ul. Karłowicza 1, 20-027 Lublin, tel. 81 532 29 79	lubelskie
8	Izabella Kwiatkowska	NZOZ Centrum Zdrowia Psychicznego, ul. Partyzantów 5, 22-400 Zamość, tel. 84 627 11 15	lubelskie
9	Anna Górka	NZOZ Centrum Zdrowia Psychicznego, ul. Partyzantów 5, 22-400 Zamość, tel. 84 627 11 15	lubelskie
10	Ewa Garczarska	NZOZ Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii dla Osób Uzależnionych i Współuzależnionych, ul. Jelenia 1A, 65-090 Zielona Góra, tel. 68 453 20 00	lubuskie
11	Piotr Żyto	NZOZ Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii dla Osób Uzależnionych i Współuzależnionych, ul. Jelenia 1A, 65-090 Zielona Góra, tel. 68 453 20 00	lubuskie
12	Aleksandra Kubiak	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”, ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź, tel. 42 646 40 12	łódzkie
13	Marek Grondas	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”, ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź, tel. 42 646 40 12	łódzkie
14	Krzysztof Smus	NZOZ Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, ul. Stoczniovców 7, 30-709 Kraków, tel. 12 262 95 49	małopolskie
15	Natalia Magreta	Poradnia Profilaktyki Społecznej MARATON, ul. Dunikowskiego 4, 02-784 Warszawa, tel. 22 620 64 35	mazowieckie
16	Jacek Sędkiewicz	Poradnia Leczenia Uzależnień Szpital Wolski, ul. Kasprzaka 17, tel. 22 38 94 809, Poradnia Profilaktyki Społecznej MARATON, ul. Dunikowskiego 4, 02-784 Warszawa, tel. 22 620 64 35	mazowieckie
17	Jan Sośnicki	Stowarzyszenie na Rzecz Ludzi Uzależnionych TO CZŁOWIEK, ul. Ozimska 7D, 45-368 Opole, tel. 77 453 23 38	opolskie
18	Mirosława Olszewska	NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych „MONAR”, ul. Armii Krajowej 9 of. 1, 43-071 Opole, tel. 77 456 40 44	opolskie
19	Elżbieta Powichrowska	Stowarzyszenie „DROGA”, ul. Włókiennicza 7, 15-449 Białystok, tel./fax 85 652 18 36, tel. 85 652 47 17	podlaskie
20	Katarzyna Kaszek-Idzkowska	Stowarzyszenie „DROGA”, ul. Włókiennicza 7, 15-449 Białystok, tel./fax 085 652 18 36, tel. 085 652 47 17	podlaskie
21	Agnieszka Nadratowska	Przychodnia Terapii Uzależnień, ul. Chrzanowskiego 3/5, 81-338 Gdynia, tel. 58 620 88 88	pomorskie
22	Zygmunt Medowski	Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „MROWISKO”, ul. Reduta Wysok 9, 80-741 Gdańsk, tel. 58 305 46 97	pomorskie
23	Małgorzata Kowalcze	SP ZOZ OPILU, 41-800 Zabrze, ul. Park Hutniczy 6, tel. 32 278 11 99	śląskie
24	Piotr Wiczorkowski	SP ZOZ OPILU, 41-800 Zabrze, ul. Park Hutniczy 6, tel. 32 278 11 99	śląskie
25	Ewelina Zimna	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR, ul. Malików 150b, 25-639 Kielce, tel. 41 367 36 93	świętokrzyskie
26	Artur Nehrebecki	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR, ul. Malików 150b, 25-639 Kielce, tel. 41 367 36 93	świętokrzyskie
27	Grażyna Jabłońska	Stowarzyszenie Nauczycieli Zdrowa Szkoła, ul. Mrozowskiego 9, 27-200 Starachowice, tel. 41 274 80 56	świętokrzyskie
28	Ludmiła Strzelecka	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR”, Al. Wojska Polskiego 8a/3, 10-225 Olsztyn, tel./fax 89 527 22 09	warmińsko-mazurskie
29	Janusz Strzelecki	Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny, 05-480 Karczew, ul. Anielin 2, tel. 22 779 10 43	warmińsko-mazurskie
30	Piotr Przybylski	Centrum Profilaktyki Uzależnień, al. Marcinkowskiego 26, 61-745 Poznań, tel. 61 855 73 54	wielkopolskie
31	Marcin Zagański	Centrum Profilaktyki Uzależnień, al. Marcinkowskiego 26, 61-745 Poznań, tel. 61 855 73 54	wielkopolskie
32	Justyna Bągorska	Zachodniopomorski Oddział Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, ul. Szczerbcowa 1, 70-503 Szczecin, tel. 91 488 83 55	zachodniopomorskie
33	Monika Ceglowska	Zachodniopomorski Oddział Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, ul. Szczerbcowa 1, 70-503 Szczecin, tel. 91 488 83 55	zachodniopomorskie

Używanie substancji psychoaktywnych oraz występowanie zaburzeń psychicznych to zjawiska, które mogą być ze sobą powiązane. Przyjęcia pacjentów z podwójną diagnozą wzrastały dynamicznie na przestrzeni lat 1997–2005. W okresie tym można zauważyć niemal sześciokrotny wzrost przyjęć do placówek leczenia stacjonarnego. Ponowna tendencja wzrostowa, choć mniej dynamiczna, widoczna jest w latach 2007–2010.

PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH – CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PODWÓJNEJ DIAGNOZY W POLSCE I W EUROPIE

Marta Struzik

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

Wstęp

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 1995 roku współzachorowalność (nazywana też podwójną diagnozą) to „współwystępowanie u tego samego osobnika zaburzenia wynikającego z zażywania substancji psychoaktywnej i innego zaburzenia natury psychicznej”. Według Biura ds. Narkotyków i Przestępczości ONZ (UNODC) pacjent z podwójną diagnozą to „osoba, u której stwierdzono problem z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków poza innymi problemami, zazwyczaj o podłożu psychicznym, jak np. zaburzenia nastroju, schizofrenia”. Wskazuje się na trzy możliwe modele współzachorowalności (Struzik, 2009):

- nadużywanie substancji psychoaktywnych może powodować doświadczanie objawów innego zaburzenia psychicznego,
- zaburzenie psychiczne może prowadzić do nadużywania substancji psychoaktywnych,
- zarówno zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, jak też zaburzenia psychiczne są spowodowane innymi czynnikami, np. uszkodzeniami organicznymi, uwarunkowaniami genetycznymi, przeżyciem traumy¹.

W przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych i występowania psychoz wyróżnić można kilka związków przyczynowo-skutkowych (Meder, Kałwa, Rosenfeld, 2006):

1. Nadużywanie narkotyków może pełnić funkcję mechanizmu spustowego psychozy.

2. Nadużywanie alkoholu i narkotyków może być próbą samoleczenia choroby, jest więc wtórne do psychozy.
3. Nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków.
4. Nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być przypadkową koincydencją dwóch zaburzeń – schizofrenii i uzależnienia.

Szacuje się, że ok. 50% chorych na schizofrenię nadużywało w ciągu swojego życia substancji psychoaktywnych (Meder, Kałwa, Rosenfeld, 2006).

Sytuacja w Polsce

Informacji na temat liczby osób trafiających do leczenia stacjonarnego w związku z uzależnieniem od środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz jednocześnie zdiagnozowanych w kierunku zaburzeń psychicznych dostarczają dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Statystyki dotyczą pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych w danym roku do placówek psychiatrycznego leczenia stacjonarnego. Najnowsze dane pochodzą z 2010 roku.

Do 2005 roku odsetek pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu problemu narkotyków wzrastał, osiągając w samym 2005 roku wartość 7,6%. Od 2006 roku odnotowuje się zahamowanie tendencji wzrostowej, a udział pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszyst-

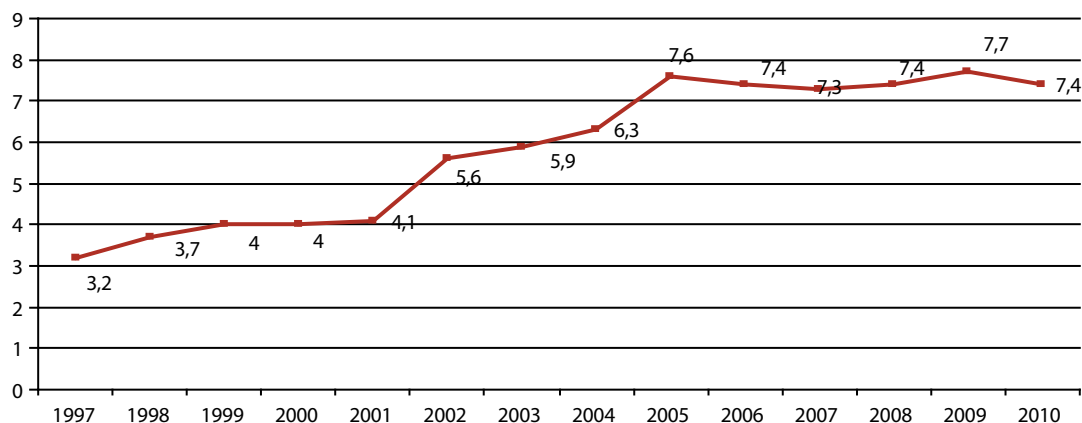
kich przyjętych do leczenia utrzymywał się na zbliżonym poziomie, oscylując w przedziale 7,4-7,7%.

W latach 1997–2005 liczba hospitalizowanych pacjentów z podwójną diagnozą wzrosła ze 171 w 1997 roku do 1010 w 2005 roku. W latach 2006–2009 liczba pacjentów wahała się od 974 w 2006 roku, przez 915 w 2007 roku, do 936 w 2008 roku. Zbliżoną do 2005 roku liczbę pacjentów zarejestrowano w roku 2009 (1001 osób). W latach 2007–2010 zaobserwować można ponowny, choć mniej dynamiczny trend wzrostowy. W samym 2010 roku odnotowano największą liczbę przyjętych osób, tj. 1073, co może wiązać się m.in. z tym, że w roku 2010 odnotowano ogólnie wysoką liczbę osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu problemu narkotyków.

Przyjęcia pacjentów z podwójną diagnozą wzrastały dynamicznie na przestrzeni lat 1997–2005. W okresie tym można zauważyć niemal sześciokrotny wzrost przyjęć do placówek leczenia stacjonarnego. Dość znaczący wzrost można także zaobserwować w latach 2001–2002. Ponowna tendencja wzrostowa, choć mniej dynamiczna, widoczna jest w latach 2007–2010.

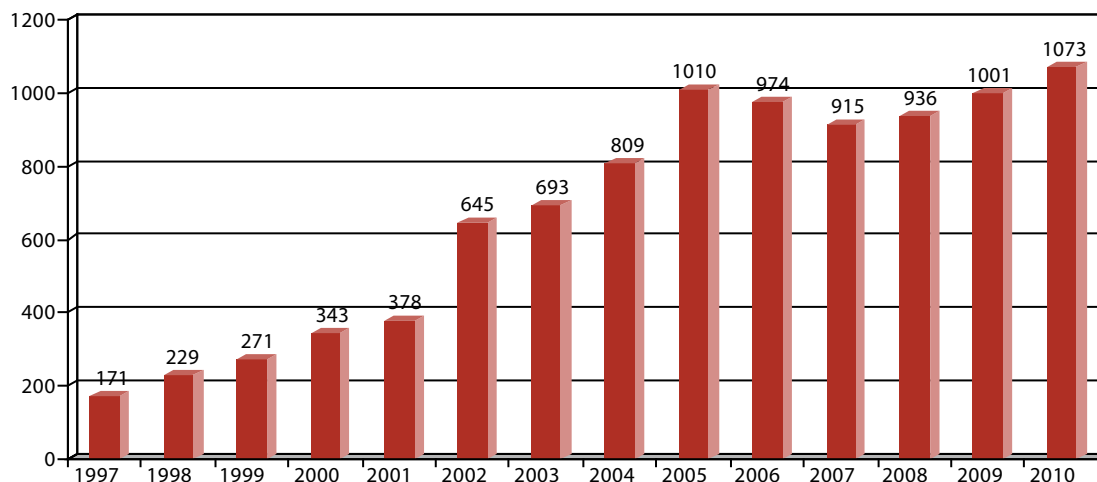
W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych w Polsce w 2010 roku największą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczącym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne” (62%), która obejmuje m.in. zaburzenia psychotyczne, w tym halucynacje i urojenia, schizofrenię oraz zaburzenia zachowania. Znaczna liczba pacjentów ujawniała symptomy zaburzeń osobowości (26%). Pacjenci wykazywali też zaburzenia

Wykres 1. Odsetek pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w latach 1997–2010



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (2012).

Wykres 2. Liczba pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1997–2010



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (2012).

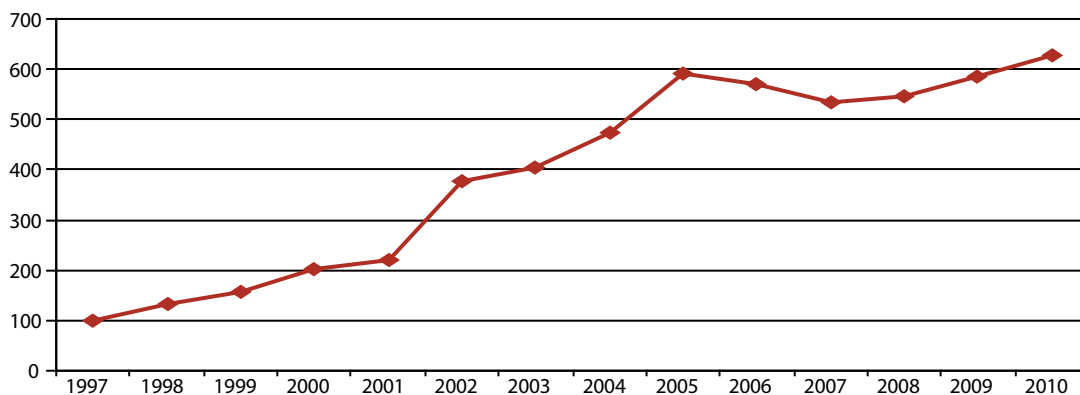
lękowe (6%), objawy depresji (5%) oraz inne zaburzenia afektywne (1%).

Analizując dane dotyczące tego, jakiego rodzaju zaburzenia psychiczne prezentują pacjenci przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997–2010, zauważyć można wzrost udziału grupy pacjentów diagnozowanych w kierunku innych zaburzeń psychicznych. Po spadku w roku 2006 liczby pacjentów z zaburzeniami osobowości, od kilku lat odsetek ten pozostaje na dość stabilnym poziomie. Widoczny jest także stabilny trend przyjęć pacjentów z zaburzeniami lękowymi, objawami depresji oraz innymi zaburzeniami afektywnymi.

Analiza danych za rok 2010 wskazuje, że podwójne rozpoznanie najczęściej diagnozowano u osób uza-

leżnionych od substancji wziewnych (brak podwójnej diagnozy dotyczył 85,4% przypadków) oraz kokainy (brak podwójnej diagnozy dotyczył 89,3% przypadków). Najmniej przypadków współzachorowalności odnotowano u pacjentów uzależnionych od opiatów (98,8% pacjentów bez podwójnej diagnozy). Inne zaburzenia psychiczne, czyli kategoria diagnostyczna, która najczęściej dotyczy osób z problemem narkotykowym, rozpoznawana jest najczęściej u pacjentów uzależnionych od substancji wziewnych (8,3%), kokainy (7,1%), halucynogenów (6,9%) oraz w przypadku uzależnienia mieszanego (5,7%). Zaburzenia osobowości w największym stopniu obserwowane są wśród osób uzależnionych od substancji wziewnych (6,3%), choć dość znaczny odsetek dotyczył

Wykres 3. Dynamika przyjęć pacjentów z podwójną diagnozą do leczenia stacjonarnego w latach 1997–2010 (index 1997=100)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (2012).

Tabela 1. Odsetek pacjentów z problemem narkotykowym przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1997–2010 według diagnozy ICD-10

Diagnoza ICD-10	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zaburzenia osobowości	46%	32%	48%	37%	39%	50%	39%	39%	33%	26%	24%	20%	25%	26%
Depresja	7%	7%	7%	9%	5%	4%	5%	7%	5%	8%	9%	6%	6%	5%
Inne zaburzenia afektywne	5%	5%	0	2%	1%	2%	2%	2%	1%	2%	2%	1%	1%	1%
Zaburzenia lękowe	0	5%	8%	6%	5%	6%	7%	7%	7%	6%	7%	7%	7%	6%
Inne zaburzenia psychiczne	42%	51%	37%	46%	50%	38%	47%	45%	54%	58%	58%	66%	61%	62%

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (2012).

też osób z uzależnieniem mieszanym (2,3%). Zaburzenia lękowe w największym stopniu diagnozowano u pacjentów uzależnionych od kokainy (3,6%) oraz leków uspokajających i nasennych (2,7%).

Sytuacja w wybranych krajach europejskich

Badania prowadzone w Holandii w ostatnich latach na temat współwystępowania zaburzeń spowodowanych używaniem narkotyków wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi, dotyczyły głównie związku między używaniem konopi a stanem zdrowia psychicznego. Badania przeprowadzone w latach 2007–2009 wśród dorosłych mieszkańców Holandii (15-64 lata) ujawniły, że używanie konopi w ciągu ostatnich 30 dni zwiększało dwukrotnie ryzyko wystąpienia problemów natury psychologicznej. Wśród mężczyzn niemal 20% aktualnych użytkowników konopi potwierdzało problemy psychologiczne. Ten sam wskaźnik dla mężczyzn nieużywających konopi w tym okresie wyniósł 10%. W przypadku kobiet 28% aktualnych użytkowniczek konopi potwierdzało występowanie problemów psychologicznych (dla porównania wskaźnik ten wyniósł 14% dla kobiet nieużywających konopi).

Inne holenderskie badania z 2010 roku, prowadzone na próbie 18 tys. młodych dorosłych, potwierdziły, że wczesne pierwsze kontakty z konopiami (12 lat lub mniej) były mocno związane z występowaniem objawów psychotycznych. Wyniki kolejnego badania wskazały,

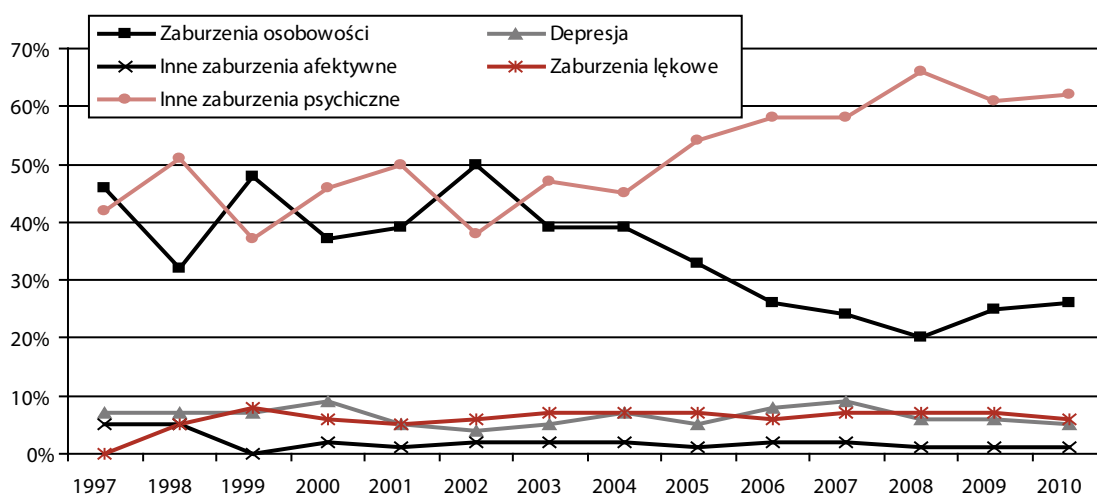
że 45% pacjentów ze 169 osób z zaburzeniami psychotycznymi było także zdiagnozowanych w kierunku zaburzeń wynikających z używania konopi.

Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne obserwowane u osób szukających pomocy w specjalistycznych placówkach w Luksemburgu, świadczących pomoc osobom z problemem narkotyków, to zaburzenia lękowe, depresja, nerwice, psychozy oraz zaburzenia typu borderline. Placówki lecznictwa stacjonarnego szacują, że ok. 10% ich pacjentów prezentuje objawy psychotyczne. Wskazują one też, że wśród pacjentów bardzo rozpowszechniony jest zespół stresu pourazowego, który objawia się bardzo podobnie do zaburzeń osobowości typu borderline. Niemal u wszystkich pacjentów z podwójną diagnozą obserwuje się także używanie wielu różnych substancji psychoaktywnych.

Dane psychiatrycznego lecznictwa stacjonarnego w Szkocji wskazują, że w latach 2007–2008 5,6% (1380) wypisów pacjentów leczonych psychiatrycznie obejmowało także diagnozę zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Ponadto, 63% tych wypisów dotyczyło diagnozy nadużywania wielu różnych substancji psychoaktywnych.

Wyniki łotewskiego badania kohortowego, obejmującego 7286 osób przyjętych do leczenia z powodu narkotyków w latach 1998–2008, wskazały, że 18,4% pacjentów miało diagnozę zaburzenia psychicznego (innego niż rozpoznania F10-F19). Dane

Wykres 4. Odsetek pacjentów z problemem narkotykowym przyjętych do stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego w latach 1997–2010 według diagnozy ICD-10



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (2012).

dowodły też, że kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają współzachorowalności. Oprócz tego osoby uzależnione od amfetaminy częściej niż uzależnieni od heroiny diagnozowane były w kierunku zaburzeń psychicznych. W przypadku 11% pacjentów diagnoza zaburzeń psychicznych i uzależnienia została postawiona niemal jednocześnie. Wobec 31% pacjentów zaburzenie psychiczne zostało zdiagnozowane później niż zespół uzależnienia, a dla 58% zaburzenia związane z używaniem substancji były wtórne do diagnozy psychiatrycznej. Dane chorwackie z 2009 roku wskazują, że spośród 7733 pacjentów leczonych z powodu problemu narkotyków, 48,3% miało przynajmniej jedną dodatkową diagnozę. Zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania to najczęściej występujące diagnozy zarówno wśród osób uzależnionych od opiatów (35,3%), jak też u osób uzależnionych od innych substancji (27,6%). Drugą najczęściej występującą grupą zaburzeń wśród uzależnionych od opiatów to inne zaburzenia psychiczne (17,1%), a dla osób uzależnionych od innych substancji są to zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z alkoholem, schizofrenia i zaburzenia schizotypowe (17,2%). Trzecią grupą zaburzeń wspólną dla osób uzależnionych od opiatów (16,6%) i uzależnionych od innych środków (11,6%) są zaburzenia afektywne.

Duńskie dane z 2009 roku wskazują, że 5464 osoby z główną lub dodatkową diagnozą związaną z narkotykami zostały przyjęte do szpitali psychiatrycznych, co oznaczało wzrost w stosunku do roku 2008 (4954 osoby).

Od 10 lat największą grupę stanowią osoby z diagnozą główną dotyczącą używania wielu różnych substancji psychoaktywnych. Drugą najczęściej występującą grupę stanowią osoby z diagnozą główną dotyczącą konopi. W latach 2008–2009 odnotowano wzrost liczby osób hospitalizowanych z powodu diagnozy głównej dotyczącej konopi (z 388 w 2008 roku do 553 w 2009 roku). Od 1999 roku liczba osób hospitalizowanych z powodu głównego problemu opiatów stopniowo malała, choć od 2006 roku odnotowuje się lekki trend wzrostowy.

Podsumowanie

Używanie substancji psychoaktywnych oraz występowanie zaburzeń psychicznych to zjawiska, które mogą być ze sobą powiązane. Przytoczone powyżej dane i statystyki mogą stanowić źródło informacji o skali tego problemu, a tym samym wskazywać na zakres potrzeb związanych z dostosowaniem oferty pomocy dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych i diagnozą zaburzenia psychicznego.

Przypisy

- ¹ Opis terminu „współzachorowalność” dostępny jest także w artykule M. Struzik „Używanie substancji psychoaktywnych a zaburzenia psychiczne – charakterystyka zjawiska współzachorowalności”, Serwis Informacyjny Narkomania 3 (47) 2009.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Tabela 2. Odsetek pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w 2010 roku wg zespołu uzależnienia

Zespół uzależnienia	Brak drugiej diagnozy	Zaburzenia osobowości	Depresja	Inne zaburzenia afektywne	Zaburzenia lękowe	Inne zaburzenia psychiczne
Opiaty	98,8	0,5	0,1	0,0	0,2	0,4
Konopie	95,0	1,6	0,2	0,0	0,0	3,2
Leki uspokajające i nasenne	91,1	1,3	1,0	0,2	2,7	3,7
Kokaina	89,3	0,0	0,0	0,0	3,6	7,1
Amfetamina	96,2	1,8	0,0	0,0	0,0	2,0
Halucynogeny	93,1	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9
Substancje wziewne	85,4	6,3	0,0	0,0	0,0	8,3
Uzależnienie mieszane	91,4	2,3	0,4	0,0	0,2	5,7

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (2012).

Z początkiem września 2012 roku wystartowała druga edycja kampanii antynarkotykowej „Narkotyki? Na co mi to”, w nowej odsłonie promującej hasło: „Odleć z nami, nie z narkotykami!”. Skierowana jest ona do ludzi młodych w wieku 14-18 lat, ale również do ich rodziców, opiekunów i wszystkich osób mających kontakt z młodzieżą.

ODLEĆ Z NAMI, NIE Z NARKOTYKAMI!

Anna Radomska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Punktem wyjścia dla kampanii było założenie o normalnym wpływie otoczenia społecznego na zachowanie młodzieży. W powszechnej świadomości obecne jest nieprawdziwe przekonanie, że większość młodych ludzi bierze narkotyki. Tymczasem, jak wskazują badania, jest to pogląd niezgodny z rzeczywistością. W grupie uczniów w wieku 15-19 lat ok. 90% nigdy nie sięgnęło po tzw. narkotyki twarde, a zdecydowana większość nie zażywała żadnych środków psychoaktywnych. Upowszechnianie błędnego poglądu o braniu narkotyków przez większość młodzieży może wpłynąć na uznawanie takiego zachowania za normę, a co za tym idzie – zachęcić do sięgnięcia po ten rodzaj używek. Dlatego też kampania skupia się na szerzeniu informacji o tym, że normą jest NIEbranie narkotyków. Tegoroczny przekaz można wyrazić myślą: Nie potrzebuję narkotyków do życia, bo realizuję się w inny, ciekawy dla mnie sposób. Większość osób w moim wieku nie bierze narkotyków, więc również dla mnie normą jest życie bez nich.

Drugim istotnym elementem przekazu tegorocznej edycji kampanii jest wskazanie młodym ludziom alternatywnej drogi dla przeżywania głębokich emocji, doznawania „odlotu” w sposób nieszkodzący zdrowiu. Zaplanowane działania kładą szczególny nacisk na kształtowanie własnej osobowości, rozwój zainteresowań i aktywność, która pozwala oddać się realizowaniu swojej pasji bez wspomaganie się środkami psychoaktywnymi. W ramach kampanii przeprowadzony zostanie ogólnopolski konkurs, w którym uczestnicy w ciekawy sposób zaprezentują siebie i swoje hobby. Na autorów najbardziej oryginalnych prac czeka „odlotowa” nagroda – przelot

szybowcem z ambasadorem kampanii, Sebastianem Kawą, wielokrotnym mistrzem świata i Europy w lotach szybowcowych. Jako człowiek realizujący dość niecodzienne hobby, stanowi on doskonały wzór do naśladowania dla młodzieży. Swoim zachowaniem pokazuje, jak można – bez używania narkotyków – spełniać się w życiu i odnosić sukcesy.

Tegoroczna kampania ma na celu dotarcie z przekazem do jak najszerszego grona odbiorców, których można zachęcić

do angażowania się w promowane aktywności. Z tego względu działania komunikacyjne odbywać się będą wielokanałowo – za pośrednictwem prasy, radia, telewizji i internetu. Na odświeżonej stronie internetowej kampanii, www.nacomito.com.pl, użytkownicy będą mogli przetestować swoją wiedzę na temat narkotyków oraz wcielić się w rolę fikcyjnego bohatera znajdującego się w pozornie łatwej – a jednak życiowo trudnej – sytuacji wyboru „biorę” czy „nie biorę”. Również profil nacomito na Facebooku będzie miejscem intensywnych działań edukacyjnych i promujących zachowania prozdrowotne. Do współpracy zaangażowano eksperta ds. uzależnień, który zatroszczy się

o poziom merytoryczny dyskusji i udzieli rzetelnych informacji. Planowane są również konkursy, w których nagrody ufundował tegoroczny partner kampanii – Merlin.pl S.A. Kampanię zakończy charytatywny koncert młodych zespołów, podczas którego również będzie można zdobyć nagrody.

Kampanię, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przygotowała i realizuje, wybrana w drodze konkursu, agencja Fischer&Zubek PR Partners. Potrwa ona do końca 2012 roku.



W ramach analizy zróżnicowania problemu narkotyków i narkomanii zostaną zaprezentowane dane dotyczące skali działań podejmowanych w województwach: zaangażowanie samorządów terytorialnych w przeciwdziałanie narkomanii, biorąc pod uwagę realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN), zgłaszalność do leczenia stacjonarnego z powodu narkotyków oraz dostępność placówek dla osób uzależnionych i eksperymentujących. W numerze czwartym „Serwisu” z 2011 roku została przedstawiona pierwsza część artykułu, która dotyczyła skali problemów związanych z narkotykami.

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII ORAZ JEGO ZRÓŻNICOWANIE TERYTORYALNE CZ. II

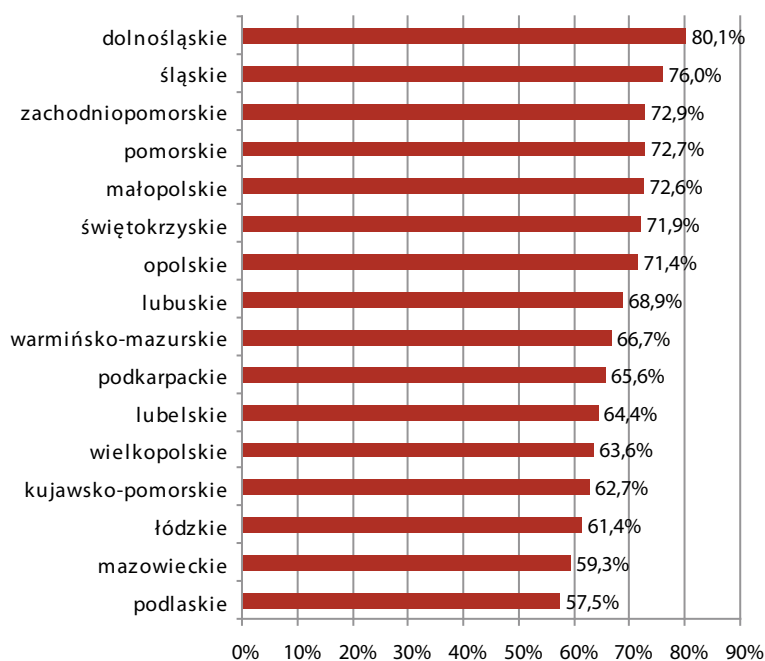
Artur Malczewski

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

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) na lata 2011–2016 to czwarta strategia antynarkotykowa, która odnosi się do zasady zrównoważonego podejścia, według której w rozwiązywaniu problemów narkotyków ważne są zarówno działania

z zakresu redukcji popytu na narkotyki (profilaktyka i leczenie), jak i ograniczanie podaży (działania służb mające na celu walkę z nielegalnym rynkiem narkotyków). Celem ogólnym nowego Krajowego Programu jest ograniczenie używania narkotyków i związanych

Wykres 1. Odsetek gmin w województwach, które wspierały finansowo programy profilaktyki uniwersalnej (podstawą procentowania jest liczba gmin, które przesłały sprawozdanie)



Źródło: Sprawozdanie KBPN z realizacji KPPN w 2011 roku przygotowane na podstawie danych z gmin.

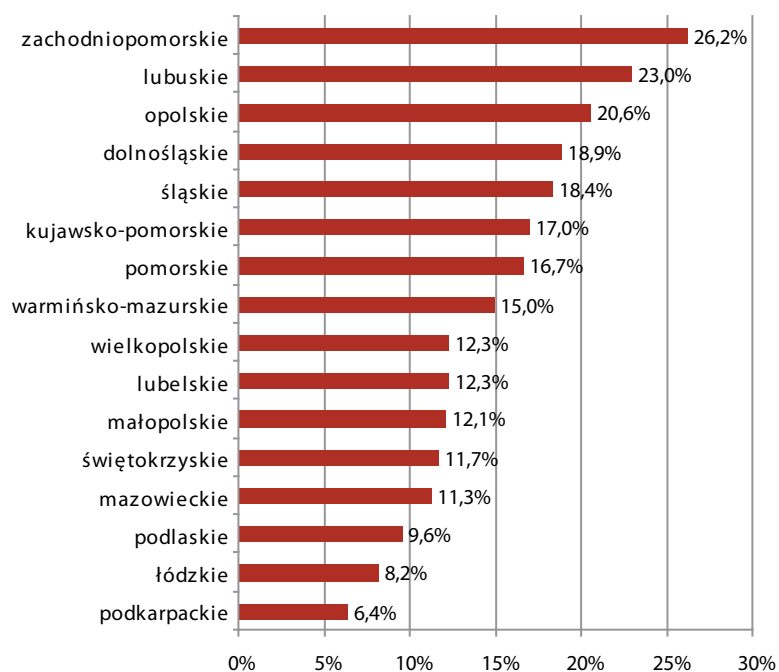
z tym problemów społecznych i zdrowotnych. W ramach prowadzonego monitorowania realizacji Krajowego Programu co roku zbierane są dane od podmiotów wdrażających program. Ważną rolę w realizacji KPPN pełnią gminy oraz urzędy marszałkowskie.

Dane z gmin opracowywane są przy wykorzystaniu pakietu statystycznego SPSS. W 2011 roku sprawozdania z Krajowego Programu przekazały wszystkie urzędy marszałkowskie oraz 2274 gminy, co daje 92% z ogólnej liczby 2479 gmin w kraju. W obszarze prowadzonych działań na poziomie lokalnym gminy przygotowywały programy przeciwdziałania narkomanii. W 2011 roku 92% gmin opracowało strategię dotyczącą problemów narkotykowych. Co czwarta gmina przed przygotowaniem strategii przeprowadziła diagnozę problemów (23,4%) na swoim terenie.

Działania gmin w obszarze profilaktyki uniwersalnej

Najczęściej podejmowanym działaniem przez gminy jest wspieranie profilaktyki uniwersalnej. W pierwszym roku wdrażania nowego KPPN 1496 gmin (66%) zrealizowało 8040 programów profilaktyki uniwersalnej w 15 574 placówkach. W sumie w 2011 roku w programach profilaktyki uniwersalnej wzięło udział 1 345 131 dzieci i młodzieży. Programy profilaktyki uniwersalnej realizowano na wszystkich poziomach edukacji (w przedszkolach, szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych). W zajęciach uczestniczyły dzieci i młodzież, ale również dorośli. Największy odsetek gmin, które wspierały finansowo programy profilaktyki uniwersalnej zarejestrowano w województwie dolnośląskim (80,1%) i śląskim (76%). Wysoki poziom zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w tym obszarze jest również w województwie zachodniopomorskim (72,9%) i pomorskim (72,7%). Najniższy odsetek gmin wspierających programy profilaktyki uniwersalnej odnotowano w województwie mazowieckim (59,3%)

Wykres 2. Odsetek gmin w województwach, które wspierały finansowo programy profilaktyki selektywnej i wskazującej (podstawą procentowania jest liczba gmin, które przesyłały sprawozdanie)



Źródło: Sprawozdanie KBPN z realizacji KPPN w 2011 roku przygotowane na podstawie danych z gmin.

i podlaskim (57,5%). Wśród gmin, które przekazały sprawozdanie z realizacji KPPN, finansowanie programów profilaktyki uniwersalnej zadeklarowały 263 gminy miejskie (90% gmin miejskich), 402 gminy miejsko-wiejskie (76% gmin miejsko-wiejskich) oraz 829 gmin wiejskich (blisko 60% gmin wiejskich). Z otrzymanych danych widać, że zdecydowana większość miast wspiera profilaktykę uniwersalną, a w przypadku gmin wiejskich ponad połowa. Najwyższe koszty bezwzględne poniesione przez gminy, które wspierały finansowo programy profilaktyki uniwersalnej, odnotowano w województwach: małopolskim – 5 636 449 złotych, śląskim – 4 244 882 złote oraz dolnośląskim – 3 084 172 złote. Najniższe nakłady na działania z powyższego zakresu podały gminy z województw: świętokrzyskiego – 1 024 317 złotych, zachodniopomorskiego – 795 467 złotych i lubuskiego – 592 805 złotych.

Działania gmin w obszarze profilaktyki selektywnej i wskazującej

O wiele rzadziej gminy wspierały działania z zakresu profilaktyki adresowanej do osób zagrożonych używaniem narkotyków lub z nimi eksperymentujących. W 2011 roku 314 gmin (14%) sfinansowało 1445 programów profilaktyki selektywnej. Programy te realizowane były przez 3486 placówek dla 146 210 dzieci i młodzieży. Dla przykładu w 2011 roku w 8686 placówkach zrealizowano łącznie 165 programów wczesnej interwencji (m.in. program Fred), którymi objęto 40 958 osób.

Najwyższy odsetek gmin, które wspierały finansowo programy profilaktyki selektywnej i wskazującej, odnotowano w województwie zachodniopomorskim (26,2%), lubuskim (23,0%) oraz opolskim (20,6%), najniższy zaś w województwie podlaskim (9,6%), łódzkim (8,2%) i podkarpackim (6,4%).

Wśród 2274 gmin, które przesyłały sprawozdania z realizacji KPPN i informowały o finansowym wspieraniu programów profilaktyki selektywnej i wskazującej, znalazły się: 142 gminy miejskie (co sta-

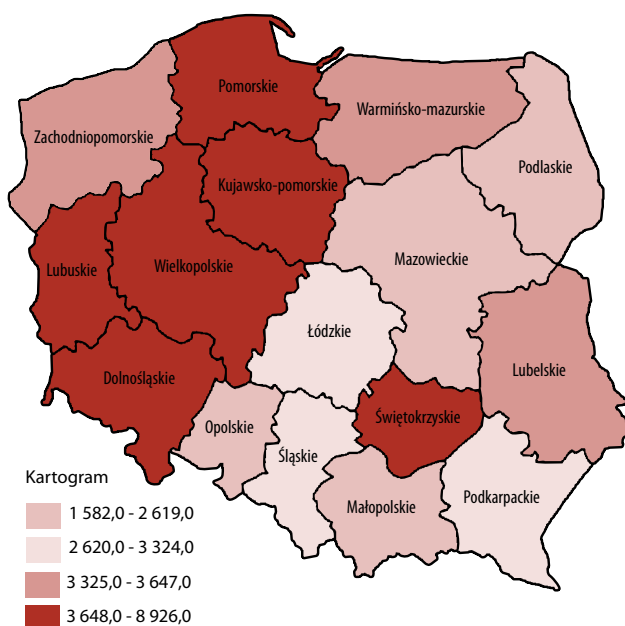
nowiło blisko 50% wszystkich gmin miejskich, które przesłały sprawozdanie), 101 gmin miejsko-wiejskich (19,5% wszystkich gmin miejsko-wiejskich, które przekazały sprawozdanie) oraz 70 gmin wiejskich (co stanowiło jedynie nieco ponad 5% wszystkich gmin wiejskich, które przekazały sprawozdanie z realizacji KPPN w 2011 roku).

Najwięcej na programy profilaktyki selektywnej i wskazującej wydały gminy w województwach: małopolskim – 4 044 893 złote, śląskim – 3 648 295 złotych oraz mazowieckim – 2 960 603 złote. Najniższe nakłady wykazały województwa: warmińsko-mazurskie – 211 891 złotych, podkarpackie – 277 966 złotych oraz opolskie – 367 017 złotych.

Liczba dzieci i młodzieży objętych profilaktyką

Jak już wspomniano, w 2011 roku około 1 345 131 dzieci i młodzieży brało udział w programach profilaktyki uniwersalnej. W przypadku profilaktyki selektywnej i wskazującej było to 146 210 dzieci i młodzieży. Liczba odbiorców działań profilaktycznych różniła się w zależności od województwa. Przyjrzyjmy się zatem,

Wykres 3. Liczba dzieci i młodzieży objętych profilaktyką uniwersalną w 2011 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

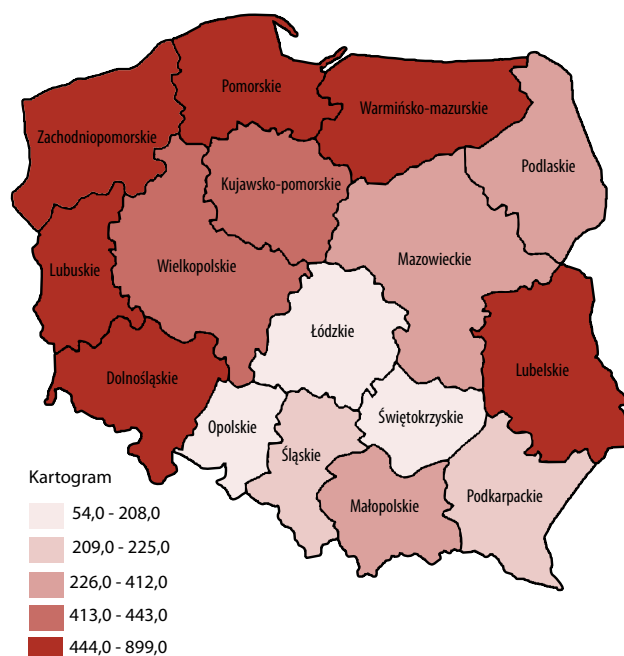
w jakich województwach programami profilaktycznymi objęto największą liczbę dzieci i młodzieży, i w których rejestrujemy najwyższe wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Najwięcej dzieci i młodzieży uczestniczyło w programach z zakresu profilaktyki uniwersalnej w województwach: kujawsko-pomorskim (184 707 osób), śląskim (150 610 osób) oraz dolnośląskim (139 587 osób). Z kolei profilaktyka selektywna i wskazująca realizowana była dla największych grup dzieci i młodzieży w województwach: dolnośląskim (25 854 osób) lubelskim (15 236 osób) i wielkopolskim (14 471 osób).

Sytuacja może wyglądać inaczej, gdy liczbę odbiorców przeliczymy jako wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, w ten sposób niwelując różnice w populacji mieszkańców pomiędzy województwami. W przypadku profilaktyki uniwersalnej najwyższe wskaźniki na 100 tys. mieszkańców odnotowujemy dla województwa kujawsko-pomorskiego (8925), pomorskiego (5199), dolnośląskiego (4850) oraz lubuskiego (4767). Wysoką wartość wskaźnik ma również dla województwa wielkopolskiego (3917) i świętokrzyskiego (3800).

Najwyższy wskaźnik dla profilaktyki selektywnej i wskazującej był dla województw: dolnośląskiego (898)

Wykres 4. Liczba dzieci i młodzieży objętych profilaktyką selektywną i wskazującą w 2011 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)

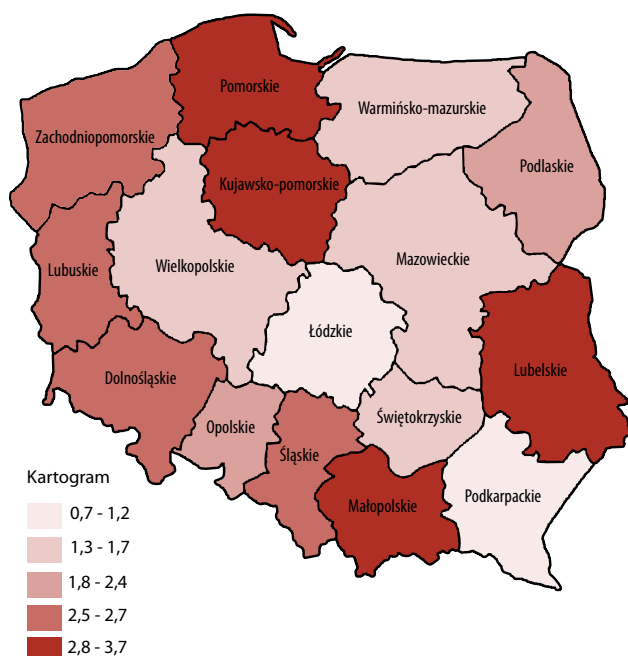


Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Tabela 1. Działania gmin w 2011 roku w ramach KPPN

	Dzieci i młodzież objęte profilaktyką uniwersalną		Dzieci i młodzież objęte profilaktyką selektywną i wskazującą	
	Liczba	Wskaźnik na 100 tys. mieszk.	Liczba	Wskaźnik na 100 tys. mieszk.
dolnośląskie	139587	4850	25854	898
kujawsko-pomorskie	184707	8925	8769	424
lubelskie	71813	3337	15236	708
lubuskie	48200	4767	5913	585
łódzkie	67222	2652	1411	56
małopolskie	73553	2222	13300	402
mazowieckie	82945	1582	12000	229
opolskie	26601	2586	559	54
podkarpackie	69650	3311	4398	209
podlaskie	22779	1917	3409	287
pomorskie	116468	5199	12027	537
śląskie	150610	3249	10315	223
świętokrzyskie	48111	3800	2634	208
warmińsko-mazurskie	49877	3495	8082	566
wielkopolskie	133955	3917	14471	423
zachodniopomorskie	59053	3488	7832	463
Suma	1345131	3490	146210	379

Zródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Wykres 5. Wydatki gmin na realizację KPPN w 2011 roku w przeliczeniu na jednego mieszkańca

Zródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

lubelskiego (708), lubuskiego (585), warmińsko-mazurskiego (566). Wysoką wartość wskaźnik osiągnął również w województwie zachodniopomorskim (463) i pomorskim (537).

Wydatki gmin na realizację zadań KPPN

Analizę wydatków gmin w ramach KPPN w 2011 roku rozpoczniemy od wielkości kwot, jakie gminy przeznaczyły na ten cel w poszczególnych województwach. W 2011 roku gminy wydały na przeciwdziałanie narkomanii 79 mln złotych, co stanowiło 59% kosztów całego KPPN. Dla porównania, urzędy marszałkowskie przeznaczyły na zadania KPPN 6 148 134 złote, a Narodowy Fundusz Zdrowia 25 325 957 złotych. Najwięcej środków z gmin zostało wydanych na profilaktykę (59 748 726 złotych). O wiele mniejsze były nakłady jednostek samorządu terytorialnego na leczenie i rehabilitację (18 836 611 złotych) oraz badania i monitoring (1 204 800 złotych). Całkowite wydatki na profilaktykę, leczenie oraz badania i monitoring różniły się

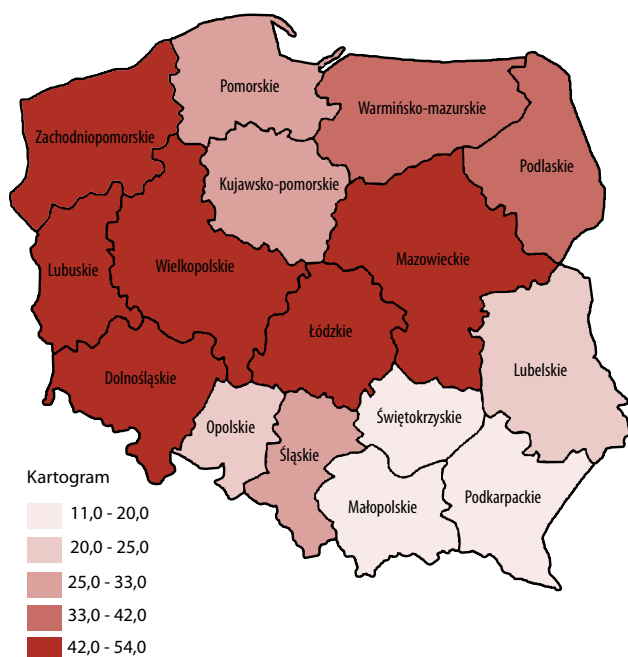
w zależności od województwa. Najwięcej, bo powyżej 10 mln złotych, przeznaczyły na te cele województwo małopolskie i śląskie. Na trzecim miejscu uplasowało się województwo dolnośląskie z kwotą ponad 7 mln złotych. Najmniejsze kwoty wydały województwa: świętokrzyskie, łódzkie oraz podkarpackie, niewiele ponad 2 mln. Jak widać, wydatki gmin w województwie małopolskim były prawie pięć razy większe niż w podkarpackim czy łódzkim.

Przyjrzyjmy się teraz, w jakich województwach gminy wydały najwięcej na poszczególne obszary, tj. na profilaktykę, leczenie oraz badania i monitoring. Na profilaktykę najwięcej wydały gminy z województwa małopolskiego i śląskiego, na leczenie ze śląskiego i lubelskiego, a na badania i monitoring z województwa małopolskiego i wielkopolskiego. Należy podkreślić, że dużą część wydatków gmin z województwa małopolskiego stanowią środki miasta Krakowa. Aby porównać wydatki gmin z poszczególnych województw na przeciwdziałanie narkomanii, zostały one

Tabela 2. Wydatki gmin w ramach realizacji Krajowego Programu w 2011 roku

	Wydatki gmin w 2011 roku				
	Profilaktyka	Leczenie	Badania i monitoring	Suma	Wydatek na jednego mieszkańca
dolnośląskie	6050814	917308	115896	7084018	2,46
kujawsko-pomorskie	4063576	1437229	105230	5606035	2,71
lubelskie	2868564	2925605	107844	5902013	2,74
lubuskie	1832505	824315	13954	2670774	2,64
łódzkie	1622208	328792	104340	2055340	0,81
małopolskie	9911048	1705556	207634	11824238	3,58
mazowieckie	5375405	954142	74272	6403819	1,23
opolskie	1560194	663965	10817	2234976	2,17
podkarpackie	1925910	58878	47248	2032036	0,97
podlaskie	1879220	933611	19680	2832511	2,38
pomorskie	4898862	1336526	77665	6313053	2,83
śląskie	8269097	3502761	94316	11866174	2,56
świętokrzyskie	1985692	59282	28852	2073826	1,63
warmińsko-mazurskie	1461508	802356	28178	2292042	1,61
wielkopolskie	3759243	626909	103660	4489812	1,32
zachodniopomorskie	2284880	1759376	65214	4109470	2,43
Suma	59748726	18836611	1204800	79790137	2,07

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Wykres 6. Liczba osób zgłaszających się do leczenia stacjonarnego z powodu narkotyków w 2010 roku (wskaźnik na 100 tys. osób)

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

przeliczone na jednego mieszkańca. W ten sposób eliminujemy różnice w wielkości populacji mieszkańców województw. Najwięcej w przeliczeniu na jednego mieszkańca wydały gminy województwa małopolskiego – 3,6 zł. Na drugim miejscu uplasowało się województwo pomorskie z wynikiem 2,8 zł, a na trzecim lubelskie i kujawsko-pomorskie: 2,7 zł. Wśród gmin z najmniejszymi wydatkami w przeliczeniu na jednego mieszkańca znalazło się województwo łódzkie (0,8 zł) oraz podkarpackie (1 zł). Średnia dla całego kraju wyniosła 2 zł. Szczegółowe dane zawiera tabela 2.

Leczenie stacjonarne

Aby zobrazować całość wydatków gmin na przeciwdziałanie narkomanii, trzeba do środków wydanych na profilaktykę

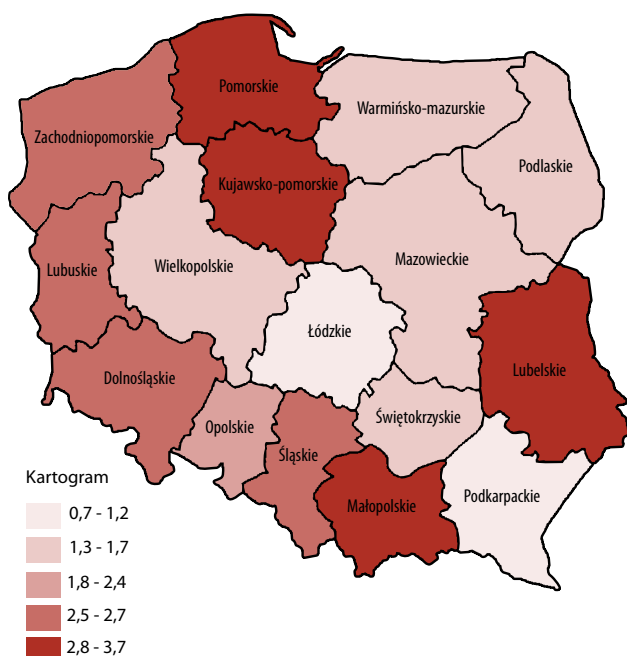
dołączyć informacje o lecznictwie. Do analizy wykorzystano dwa wskaźniki: liczbę osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków oraz liczbę placówek udzielających świadczeń leczniczych, w tym także porad lub konsultacji (poradnie oraz punkty konsultacyjne).

Przyjrzyjmy się zatem sytuacji dotyczącej zgłaszalności do leczenia stacjonarnego z powodu narkotyków. Według danych Instytut Psychiatrii i Neurologii, w 2010 roku do leczenia zgłosiło się 14 444 osoby, najczęściej z województwa mazowieckiego (2681 osób), wielkopolskiego (1623 osoby) oraz dolnośląskiego (1351 osób). Najmniej osób podjęło leczenie w województwach: świętokrzyskim (213 osób), opolskim (245 osób) oraz podkarpackim (251 osób). W celu porównania danych zostaną one przedstawione jako wskaźnik na 100 tys. osób. Najwyższy wskaźnik odnotowujemy w przypadku osób z województwa zachodniopomorskiego (53 osoby) oraz lubuskiego (53 osoby). Niewiele mniejszy otrzymaliśmy dla województwa mazowieckiego (51 osób). Wysokie wskaźniki mają również województwa:

Tabela 3. Osoby przyjęte do leczenia stacjonarnego z powodu narkotyków w 2010 roku oraz liczba placówek dla osób uzależnionych i eksperymentujących w województwach w 2011 roku

	Liczba przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2010 roku	Wskaźnik na 100 tys. mieszk.	Placówki ambulatoryjne (poradnie i punkty konsultacyjne)	Oddziały detoksykacyjne	Programy leczenia substytucyjnego	Suma placówek	Wskaźnik placówek na 100 tys. mieszk.
dolnośląskie	1351	47	17	2	2	21	0,73
kujawsko-pomorskie	674	32,6	10	2	2	14	0,68
lubelskie	510	23,7	16	1	1	18	0,84
lubuskie	539	53,3	21	2	1	24	2,37
łódzkie	1212	47,7	13	1	1	15	0,59
małopolskie	574	17,4	7	1	1	9	0,27
mazowieckie	2681	51,2	32	3	7	42	0,80
opolskie	245	23,8	14	0	1	15	1,46
podkarpackie	251	11,9	5	0	0	5	0,24
podlaskie	418	35,2	5	1	0	6	0,50
pomorskie	692	31	12	1	1	14	0,62
śląskie	1280	27,6	22	2	1	25	0,54
świętokrzyskie	213	16,8	7	0	1	8	0,63
warmińsko-mazurskie	552	38,7	7	1	1	9	0,63
wielkopolskie	1623	47,5	16	1	1	18	0,53
zachodniopomorskie	904	53,4	8	1	1	10	0,59
Suma	14444	37,8	212	19	22	253	0,66

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Wykres 7. Wskaźnik liczby placówek na 100 tys. mieszkańców w 2011 roku

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

dolnośląskie, wielkopolskie oraz łódzkie – 47 osób na 100 tys. mieszkańców. Najmniejszą wartość wskaźnika odnotowano w województwie podkarpackim (12 osób), świętokrzyskim (17 osób) oraz małopolskim (17 osób).

Dostępność leczenia

Analizując dostępność leczenia, należy wziąć pod uwagę przede wszystkim placówki ambulatoryjne, czyli poradnie leczenia uzależnień, ale również punkty konsultacyjne, które też zajmują się osobami mającymi problem z narkotykami. Według ostatniego Informatora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z 2011 roku, w Polsce było łącznie 212 poradni leczenia uzależnień i punktów konsultacyjnych. Najwięcej w województwie mazowieckim (32 placówki), nieco mniej w województwie śląskim (22) i lubuskim (21). W województwie mazowieckim i śląskim było również najwięcej ośrodków stacjonarnych (na Mazowszu 17, a na Śląsku 10). Jednakże pacjenci mogą podejmować leczenie w dowolnym ośrodku na terenie kraju, zatem do tych

placówek mogły się zgłaszać również osoby z innych województw. Ponadto, na Mazowszu działa najwięcej placówek detoksykacyjnych: 3 spośród 19 w Polsce, a w województwie śląskim, dolnośląskim oraz kujawsko-pomorskim po 2 placówki. W sumie na terenie Polski działa 80 ośrodków stacjonarnych, prowadzonych przede wszystkim przez organizacje pozarządowe, ale także przez szpitale psychiatryczne. Ofertę usług leczniczych uzupełniają programy leczenia substytucyjnego. Najwięcej programów zostało otwartych w województwie mazowieckim (7), dwa programy działają w dolnośląskim i kujawsko-pomorskim. Aby porównać sytuację między województwami, liczbę placówek (ambulatoryjne zakłady lecznicze, punkty konsultacyjne, detoksy oraz programy leczenia substytucyjnego) przedstawiono jako wskaźnik na 100 tys. mieszkańców. Najwyższy wskaźnik występuje w województwie lubuskim (2,37 placówki na 100 tys. mieszkańców). Należy zaznaczyć, że spośród 22 placówek ambulatoryjnych w tym województwie, 14 to punkty konsultacyjne. Nie zmienia to faktu, że województwo lubuskie charakteryzuje dość duża dostępność

oferty pomocowej, nawet jeśli nie w zakresie leczenia, to w zakresie poradnictwa dotyczącego uzależnienia od narkotyków. Na drugim miejscu odnotowujemy województwo opolskie. Na 100 tys. mieszkańców działa tam więcej niż jedna placówka (wskaźnik 1,46), a blisko połowa placówek to punkty konsultacyjne. Wysokie wskaźniki ma również województwo lubelskie (0,84) i mazowieckie (0,80). W województwie mazowieckim na 32 placówki ambulatoryjne, 21 działa w Warszawie. Najniższe wskaźniki charakteryzują województwo podkarpackie (0,24) i małopolskie (0,27).

Bibliografia

- Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN, „Sprawozdania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2011 roku wypełnione przez gminy, 2012.
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, „Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym – Gdzie szukać pomocy?”, Warszawa 2011.
- Sierosławski J., „Narkomania w Polsce w 2010 r. dane lecznictwa stacjonarnego – tabele i wykresy”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków w ramach cypryjskiej prezydencji	10-12 września	Nikozja, Cypr
Coroczne spotkanie ekspertów wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI), EMCDDA	18-21 września	Lizbona, Portugalia
Reitox Akademia dla Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, EMCDDA	24-25 września	Lizbona, Portugalia
Konferencja projektu „Spice”	25-26 września	Frankfurt, Niemcy

SPOTKANIA KRAJOWE

Monitorowanie rozwiązywania problemów uzależnień na poziomie lokalnym – II szkolenie dla gmin z woj. śląskiego, ROPS w Katowicach	28-29 sierpnia	Ustroń
II Spotkanie koordynatorów wojewódzkich wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI), CINN KBPN	13 września	Warszawa
VIII Spotkanie Programów Redukcji Szkód, CINN KBPN	18-19 września	Falenty

Analiza wód ściekowych jako sposób monitorowania poziomu konsumpcji substancji psychoaktywnych stała się w ostatnim czasie bardzo kuszącą perspektywą dla badaczy tego zjawiska. Zachodzący w ciągu ostatnich lat rozwój nauk ścisłych, chemii analitycznej oraz rozwój technologiczny aparatury pomiarowej pozwolił na analizowanie minimalnych stężeń substancji z dużą precyzją. Pomiarowi podlegają metabolity substancji psychoaktywnych lub same substancje, które znajdują się w tysiącach litrów ścieków przepompowywanych przez miasta europejskie.

ANALIZA ŚCIEKÓW NA OBECNOŚĆ METABOLITÓW SUBSTANCJI JAKO POTENCJALNY WSKAŹNIK MONITOROWANIA ZJAWISKA NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA PRZYKŁADZIE PROJEKTU BADAWCZEGO Z POZNANIA

Michał Kidawa

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wstęp

Na podstawie nowej metody udało się stworzyć wskaźniki umożliwiające monitorowanie ilości konsumowanych substancji psychoaktywnych w społeczności będącej w zasięgu sieci kanalizacyjnych. Tego typu analizy podejmują problem oceny skali zjawiska używania narkotyków na podstawie wskaźników obiektywnych, tj. analizy chemicznej zanieczyszczenia wód oraz modeli statystycznych.

Jeszcze kilka lat temu uznalibyśmy to za *science fiction* rodem z książek Stanisława Lema. Trwające w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii prace nad ujednoczeniem metod oraz sposobów analizy już w niedalekiej przyszłości mogą doprowadzić do tego, że staną się one jednym z podstawowych wskaźników używanych do mierzenia zjawiska narkotyków i narkomanii, obok obecnie stosowanych badań populacyjnych, zgłaszalności do leczenia, statystyk dotyczących chorób zakaźnych. Prowadzenie regularnego monitoringu zawartości wód ściekowych daje możliwość rejestrowania zmian na scenie narkotykowej prawie w czasie rzeczywistym.

Krytycy analizy wód ściekowych wskazują, że metodologia prowadzenia tych badań może nie zapewniać bezbłędnych wyników oraz że istnieje wiele trudnych do kontroli czynników, które mogą zakłócać precyzję pomiarów. Dodatkowo zaznaczają, że wskaźniki te nie mówią nic o wzorach używania narkotyków, nie określają oraz nie charakteryzują badanej społeczności, a co za tym idzie nie mają przełożenia na praktyczne działania – profilaktykę czy leczenie. Jednak i oni przyznają, że możliwość obserwacji trendów w konsumpcji substancji psychoaktywnych w szybki sposób

jest ciekawym i dobrym uzupełnieniem tradycyjnych sposobów poznawania tak złożonego ze swojej natury, ukrytego i wielowymiarowego zjawiska, jakim jest używanie narkotyków w społeczeństwach.

Projekty badawcze z wykorzystywaniem wód ściekowych stają się coraz częściej punktem zainteresowania samych badaczy. W Polsce tego typu projekt został zrealizowany w Poznaniu. Badacze polscy oparli się na doświadczeniach kolegów z Europy.

Badania poznańskie

Projekt uzyskał finansowanie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach promowania innowacyjnych projektów badawczych w obszarze narkotyków i narkomanii. Badanie opracowała i przeprowadziła dwójka badaczy (Kłós J., Nowicki P. 2011) z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 2009–2010. Celem projektu było wypracowanie modelu analitycznego oraz statystycznego do oceny skali rozpowszechnienia używania poszczególnych substancji przez społeczność Poznania na podstawie obecności metabolitów narkotyków w próbkach wody ściekowej pobieranych z oczyszczalni ścieków obsługujących miasto. Próbkę pobierano dwa razy w tygodniu w ilości 5 litrów w okresie od czerwca 2009 roku do października 2010 roku w Centralnej Oczyszczalni Ścieków Aquanet Sp. z o.o. Badacze zdecydowali się na korzystanie tylko z jednego źródła pobierania próbek, pomimo istnienia kilku mniejszych oczyszczalni. Było to spowodowane faktem, że w 2009 roku wykonano remont sieci kanalizacyjnej w Poznaniu i wybrana oczysz-

czalnia obsługiwała praktycznie całe miasto. Do badania wybrano następujące substancje: MDMA, amfetaminę, metamfetaminę, THC oraz kokainę. Dla wybranych substancji określono odpowiednie związki wydalane, które trafiają do ścieków (DTR – Drug Target Residues). Zostały one określone na podstawie informacji na temat metabolizmu wybranych substancji i ich obecności w moczu. Były to główne metabolity (jak w przypadku kanabinoli oraz kokainy) lub związki macierzyste (jak w przypadku amfetamin). Oznaczono wskaźnik stężenia DTR w badanych próbkach (miesięczne, podzielone następnie na liczbę dni w miesiącu), przemnożono go przez średni przepływ wody w oczyszczalni i obliczono wskaźnik na 1000 osób obsługiwanych przez oczyszczalnię. Biorąc pod uwagę procent wydalanego DTR oraz średnie dawki konsumpcji¹, obliczono wskaźnik osób zażywających codzienne standardowe dawki określonych substancji na 1000 mieszkańców. Dienne standardowe dawki użyte do obliczeń oparte były na założeniach tego typu badań prowadzonych w innych krajach europejskich (EMCDDA, 2008).

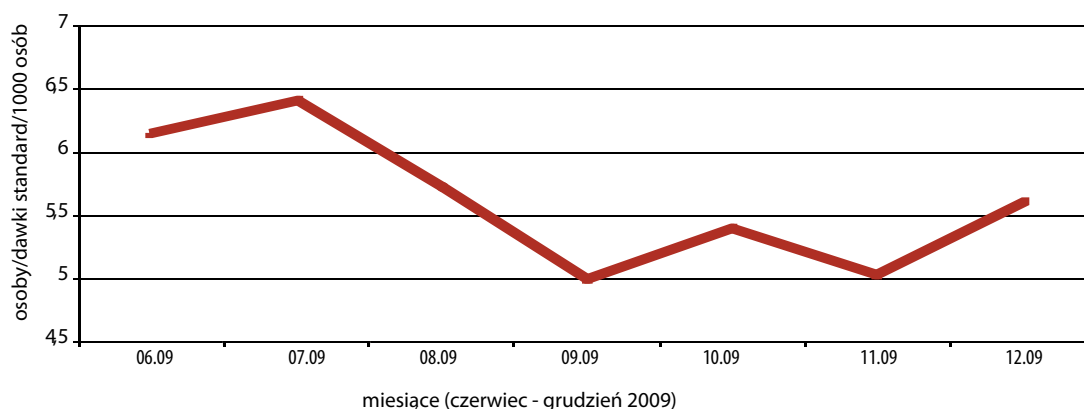
Jak można było się spodziewać, najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w przypadku THC. Wskaźnik liczby osób przyjmujących standardowe dawki codzienne na 1000 mieszkańców Poznania mieścił się w granicach między 5 a 6,4, w zależności od miesiąca, w którym prowadzono analizy. Analizy z czerwca i lipca pokazały najwyższe wartości wskaźnika (wykres 1.).

Wyniki te są spójne z rezultatami badań ankietowych prowadzonych w Polsce, gdzie największy odsetek osób przyznaje się do używania marihuany oraz innych przetworów konopi, których substancją czynną jest właśnie THC. W przypadku zawartości metabolitów kokainy oraz samej kokainy w poznańskich ściekach, to znalazły się one

na granicy oznaczalności z bardzo niskimi wskaźnikami. To także potwierdza wyniki otrzymane w drodze badań społecznych, gdzie używanie kokainy jest przez respondentów deklarowane sporadycznie. Przeprowadzone analizy dały dość zaskakujące wyniki w przypadku grupy amfetamin, w szczególności amfetaminy oraz metamfetaminy (wykres 2.).

Okazało się, że od czerwca do grudnia 2009 roku wskaźnik liczby osób przyjmujących standardowe dawki codzienne na 1000 mieszkańców Poznania dla metamfetaminy oscylował w granicach 0,025 i był prawie dwukrotnie wyższy od wskaźnika dla amfetaminy, który oscylował w granicach 0,01. Różnica ta od grudnia 2009 roku stopniowo się zacieśniała. W maju 2010 roku wskaźniki dla obu substancji były praktycznie identyczne (ok. 0,013). Przez okres od maja do czerwca wskaźniki dla obu substancji spadły do ok. 0,01. W okresie od czerwca do października wskaźniki przyjmowały zbliżone wartości, na początku okresu spadając, a następnie wzrastając pod koniec roku do wartości ok. 0,015. W całym tym okresie wskaźnik liczby osób przyjmujących standardowe dawki codzienne MDMA na 1000 mieszkańców Poznania przyjmował wartości w granicach 0,002-0,005. Prezentowane powyżej wyniki są o tyle zaskakujące, że większość źródeł monitorowania problemu amfetamin, czyli badania społeczne oraz dane policyjne, wskazują na zdecydowanie większe rozpowszechnienie na rynku amfetaminy. Metamfetamina występuje sporadycznie. Oczywiście porównywanie danych na poziomie krajowym z danymi dotyczącymi tylko Poznania nie jest w pełni poprawne metodologicznie, ale rezultaty badań poznańskich mogą świadczyć o tym, że metamfetamina coraz częściej może pojawiać się na naszym rynku wewnętrznym i nie dotyczy to tylko rejonów przy granicy Republiki Czeskiej, jak to miało miejsce

Wykres 1. Liczba osób zażywających codzienne standardowe dawki kanabinoidów na 1000 osób w poszczególnych miesiącach



Źródło: Kłos, Nowicki, 2011.

do tej pory. Z drugiej jednak strony może się okazać, że otrzymane wyniki związane są z czynnikami pozostającymi poza kontrolą badaczy i nie odzwierciedlają faktycznej wzmózonej konsumpcji metamfetaminy.

Podsumowanie

Wyniki analiz w Poznaniu wskazują na zdecydowanie niższe rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji, niż wynika to z danych badań populacyjnych realizowanych w Polsce, ale różnice w otrzymanych wskaźnikach pomiędzy substancjami przedstawiają bardzo podobny obraz ich używania jak badania społeczne. W obu przypadkach marihuana jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną, a kokaina jest używana bardzo rzadko. Trochę częściej jest używana amfetamina i ecstasy. Brak badań populacyjnych realizowanych w tym czasie w Poznaniu nie pozwala bezpośrednio porównać ich wyników, ale sama perspektywa możliwości walidowania i triangulowania wyników obarczonych różnymi zakłóceniami badań społecznych jest interesująca. Badania poznańskie wykazały także, że choć metodologia analizy wód ściekowych w zakresie narkotyków wymaga oczywiście dalszego rozwoju, to stanowi jeden z ciekawszych i bardziej perspektywicznych kierunków badań w obszarze narkotyków. Monitorowanie metabolitów narkotyków w ściekach wykonywane z użyciem tej samej metodologii w wielu lokalizacjach byłoby trudnym do przecenienia, obiektywnym uzupełnieniem obecnie funkcjonujących systemów monitorujących. Konieczne jest kontynuowanie prac nad rozwojem tych metod i wypracowanie modeli analitycznych, które pozwoliłyby na poszerzenie katalogu monitorowanych substancji. Obecnie trwają prace nad

wykorzystywaniem tego typu analiz do monitorowania używania nowych substancji psychoaktywnych (u nas wciąż potocznie zwanych „dopalaczami”) (Ramsey, 2011), co w perspektywie może pozwolić sprawniej i szybciej identyfikować nowe substancje i oceniać ich poziom konsumpcji. Dyrektor EMCDDA Wolfgang Götz, otwierając spotkanie poświęcone tematyce analizy wód ściekowych w styczniu 2011 roku, powiedział: „Używanie narkotyków to ruchomy, trudny do obserwacji cel. Jest to zjawisko ze swojej natury ukryte, stygmatyzujące i żadna metoda badawcza nie jest w stanie przedstawić jego pełnego obrazu. Możliwości oszacowania poziomu używania narkotyków, jakie oferują nowe techniki analityczne, mogą stanowić dodatek do istniejącego wielowskaźnikowego repertuaru narzędzi, co jest bardzo obiecującą perspektywą” (Drugnet, 2011). Trudno się z tym stwierdzeniem nie zgodzić.

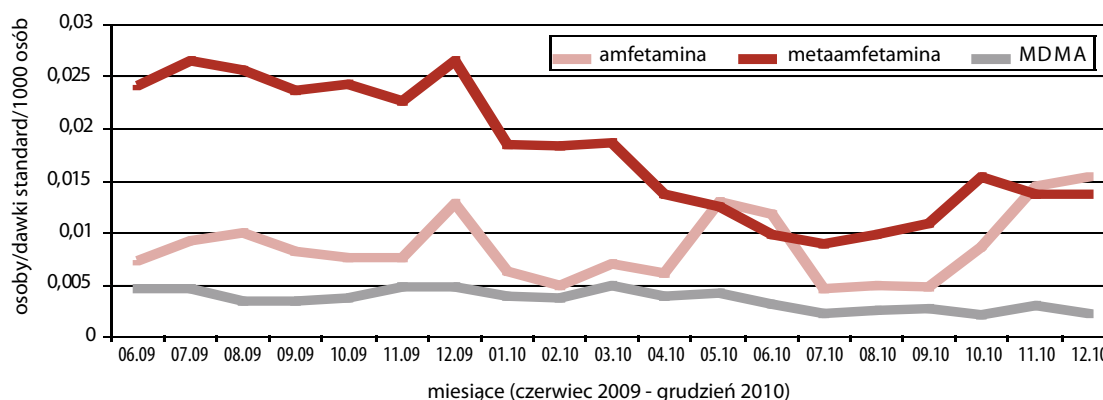
Przypisy

- 1 Za średnie konsumowane dawki przyjęto: 100 mg dla kokainy, 30 mg dla amfetaminy i metamfetaminy, 100 mg dla MDMA oraz 125 mg dla kanabinoidów wypalonych w formie zawierającej 14% THC.

Bibliografia

- „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Assessing illicit drugs in wastewater”, Insights 9, EMCDDA, Lisbon 2008.
- Kłós J., Nowicki P., „Oszacowanie liczby osób zażywających substancje odurzające w oparciu o badania środowiskowe zanieczyszczenia wód w Poznaniu”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011.
- Ramsey J., „Detecting and monitoring new psychoactive substances in wastewater”, EMCDDA meeting on wastewater analysis, Lisbon, 28 January 2011.
- „Wastewater analysis, an emerging science”, Drugnet Europe 73, EMCDDA, Lisbon 2011.

Wykres 2. Liczba osób zażywających dziennie standardowe dawki amfetamin na 1000 osób w poszczególnych miesiącach



Źródło: Kłós, Nowicki, 2011.

Istnieją dowody kliniczne i eksperymentalne przemawiające za tym, że długotrwałe używanie konopi może prowadzić do subtelnej upośledzenia wyższych funkcji poznawczych, m.in. pamięci, uwagi czy złożonego procesu selekcji i integracji informacji. Udokumentowano również negatywny wpływ konopi na pamięć krótkoterminową oraz zdolność koncentracji.

CO MÓWIĄ WYNIKI BADAŃ O SZKODLIWOŚCI ZAŻYWANIA MARIHUANY? PRZEGLĄD BADAŃ

Katarzyna Dąbrowska, Ewa Miturska, Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Wedle szacunków ok. 23 mln Europejczyków używało konopi w ostatnim roku, co stanowi 6,8% wszystkich osób w wieku 15-64 lata. Około 12,5 mln używało tego narkotyku w ostatnim miesiącu (3,7% osób w wieku od 15 do 64 lat). Używanie konopi dotyczy głównie osób młodych (15 do 34 lat), przy czym najwyższy wskaźnik używania jest zgłaszany w grupie wiekowej 15-24 lata (EMCDDA, 2010). W 2008 roku CBOS, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przeprowadził badanie dotyczące używania substancji psychoaktywnych na próbie uczniów ostatnich klas szkoły ponadgimnazjalnej. Używanie marihuany zadeklarowało 30,5% polskiej młodzieży, w tym 16,4% używało jej w ostatnim roku, a 7,3% w ciągu ostatniego miesiąca (dla porównania w 2003 roku było to 10%) (CBOS, 2009). Jeżeli chodzi o dorosłych (15-64 lata), to badanie z 2006 roku na próbie losowej pokazało, że marihuana i haszysz to najpowszechniej stosowane nielegalne substancje psychoaktywne. Chociaż raz w życiu próbowało ich 9% badanych, w ciągu ostatnich 12 miesięcy konopi używało 2,8%, a przyjmowanie w ostatnich 30 dniach zadeklarowało 0,9%. Największe rozpowszechnienie stosowania występuje w grupie osób w wieku od 15 do

24 lat; częściej po marihuanę sięgają mężczyźni (Sierosławski, 2006). Z kolei badanie z 2009 roku, realizowane na próbie reprezentatywnej Polaków w wieku od 15 do 75 lat, pokazało, że w ciągu całego życia doświadczenie z marihuaną miało 5% respondentów, w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 2% używało substancji. Używania w ciągu ostatnich 30 dni nie zadeklarował nikt (KBPN, 2010).

Część badań pokazuje, że długotrwałe używanie konopi może być związane z podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby układu oddechowego oraz na zaburzenia o podłożu psychicznym, takie jak depresja. Dodatkową obawę stanowi możliwość rozwinięcia się uzależnienia.

Badania europejskie pokazują, że w większości krajów używanie konopi normalizuje się w populacji młodych ludzi, co jednak nie znaczy, że jest to substancja powszechnie używana. Normalizacja w tym wypadku oznacza, że jest to środek dość łatwo dostępny, młodzi ludzie mają wiedzę na jego temat i tolerują jego używanie przez innych, nawet jeśli sami nie używają (Parker i in., 1998). Konopie stają się częścią kultury młodych ludzi, którzy postrzegają tę substancję w kontekście zabawy i spędzania czasu

z przyjaciółmi (Fatyga, Sierosławski, 1999).

W przypadku użytkowników konopi zwykle istnieje większe prawdopodobieństwo eksperymentowania również z innymi substancjami, w szczególności ze stymulantami i halucynogenami (np. Zimmerman i in., 2005; Milani i in., 2005; Butler i Montgomery, 2004). Trzeba w tym miejscu jednak podkreślić, że większość polskich użytkowników konopi w wieku od 16 do 34 lat w ciągu ostatniego roku przed badaniem nie używało

innych narkotyków, a zdecydowana większość nigdy nie używała opiatów (Moskalewicz i in., 2008). Wiele osób używa konopi przez relatywnie krótki okres w swoim życiu, a potem już nigdy nie wraca do tego zwyczaju (Perkonigg i in., 1999).

Artykuł ten stanowi przegląd najnowszych, dostępnych wyników badań, które poddawały diagnozie wpływ marihuany na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka, jak również na jego funkcjonowanie społeczne.

Zdrowie somatyczne

Simon (2004) podsumował wyniki badań dotyczących negatywnego wpływu marihuany na zdrowie człowieka. Plus oznacza, że istnieją badania stwierdzające negatywny wpływ marihuany na wystąpienie zaburzeń w danym obszarze, zaś minusem oznaczono brak jakichkolwiek dowodów na szkodliwe działanie marihuany.

Tabela 1. Konsekwencje zdrowotne używania marihuany

Zaburzenia	Dostępność dowodów naukowych
Zgon	-
Układ krążenia	+
Układ oddechowy	+
Zaburzenia genetyczne	-
Zaburzenia układu immunologicznego	-
Zaburzenia płodności	-
Rak głowy/szyi	-
Rak prostaty	-
Niska waga urodzenia u noworodków	+
Wypadki	+

„+” istnieją jakiegokolwiek dowody; „-” nie istnieją dowody.

Źródło: Simon, 2004.

Jak wynika z tabeli 1., marihuana, według badań, ma negatywny wpływ na układ krążenia. W trakcie używania THC może dojść do tachykardii, czyli zwiększenia częstotliwości uderzeń serca. Również poziom ciśnienia krwi może się zmieniać, co w konsekwencji może prowadzić do zawrotów głowy (Hall, Solowij, 1998). W zwierzęcych modelach badań nad używaniem marihuany, Adams i Martin (1996) potwierdzili występowanie nadciśnienia tętniczego i bradykardii powodującej obniżenie akcji serca poniżej 50 uderzeń na minutę. Tym samym używanie marihuany wśród

osób cierpiących na choroby układu krążenia może negatywnie oddziaływać na stan ich zdrowia. Szczególnie może mieć to wpływ na stan zdrowia osób starszych, cierpiących na dolegliwości somatyczne. Jednak rozprzeżnienie używania konopi indyjskich w tej grupie wiekowej jest dość znikome (Hollister, 1998). Innym układem narażonym na niepożądane działanie zażywania marihuany, według badań, jest układ oddechowy. W porównaniu do wypalenia jednego papierosa, wypalenie jednego skręta marihuany pozostawia w płucach 1/3 więcej substancji smolistych (Wu i współ., 1988). Zważywszy na znacznie mniejszą częstotliwość palenia marihuany, szkody dla płuc i dróg oddechowych palaczy tytoniu są znacznie większe. Jednak osoby chorujące na astmę, narażone są na powstanie trudności z oddychaniem. Palenie marihuany, podobnie jak palenie tytoniu, wpływa na obniżenie wydajności płuc czy uszkodzenie oskrzeli. Substancje smoliste powstałe w wyniku palenia zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia raka płuc i narządów układu oddechowego. Jednak te negatywne skutki palenia konopi zostały potwierdzone jedynie w badaniach eksperymentalnych na zwierzętach (Hall i Solowij, 1998) przy zastosowaniu znacznie większej ekspozycji na dym niż w przypadku palaczy marihuany. Kolejnym problemem, na który uwagę zwracają badania, jest niska waga urodzenia u noworodków. Dzieci matek, które używały marihuany w trakcie ciąży, mają niższą wagę urodzeniową i są mniejsze w porównaniu do dzieci matek, które nie używały konopi (Hollister, 1998).

W badaniach potwierdzono również szkodliwy wpływ marihuany na zachowanie kierowcy w ruchu ulicznym, które może być przyczyną wypadków. Marihuana, podobnie jak inne środki zmieniające świadomość, zwiększa ryzyko wystąpienia wypadku (Smiley i in., 1981; Stein i in., 1983; McBay, 1986; Soderstrom i in., 1988). Jednak oszacowanie wpływu używania marihuany chociażby na zdolność prowadzenia pojazdów jest trudne i zależy od indywidualnych predyspozycji użytkownika. Według badań eksperymentalnych, dawka 10-15 mg THC, w czasie jednej godziny od momentu spożycia, powoduje zmiany w świadomości, które skutkują zaburzeniami poznawczymi upośledzającymi zdolność do kierowania pojazdem. Taka ilość THC znajduje się średnio w jednym „skręcie” i odpowiada od 0,5 do 1 promila alkoholu. Bezpośrednie efekty spożycia konopi, które wpływają na zdolność

prowadzenia pojazdów, na ogół mijają w ciągu 24 godzin (Simon, 2004).

Z kolei testy drogowe pokazują, że marihuana w małym stopniu wpływa na zdolność kierowania pojazdem i wpływ ten jest mniejszy niż w przypadku niskich i średnich dawek alkoholu, a także wielu legalnych leków. Są ponadto badania, które pokazują, iż w przeciwieństwie do alkoholu, który powoduje wzrost zachowań agresywnych na drodze, marihuana sprawia, że kierowca jest raczej bardziej ostrożny (Hall, Room, 1995; Stein, 1983). Badania śmiertelnych przypadków wśród kierowców wykazują, że jeśli w ich krwi zostaje wykryte THC, to jednocześnie najczęściej jest tam też wykryty alkohol.

Zdrowie psychiczne

Istnieją dowody kliniczne i eksperymentalne przemawiające za tym, że długotrwałe używanie konopi może prowadzić do subtelnego upośledzenia wyższych funkcji poznawczych, m.in. pamięci, uwagi czy złożonego procesu selekcji i integracji informacji (Kleiber i Kovar 1997; Hall i Room, 1995; Hall i Solowij 1998; Page i in., 1988; Solowij i in., 1991, 1995; Tennent i Groesbeck, 1972). Udokumentowano również negatywny wpływ konopi na pamięć krótkoterminową oraz zdolność koncentracji (Tennent i Groesbeck, 1972; Hall i Room, 1995; Hall i Solowij, 1998).

Jeżeli chodzi o wpływ marihuany na zaburzenia i choroby psychiczne, to substancja ta zażywana w bardzo dużych dawkach może wywoływać trwałą psychozę z przewagą objawów, takich jak: splątanie, amnezja, złudzenia, halucynacje, lęki, pobudzenie i hipomania (Chopra, Smith, 1974; Edwards, 1976; Thomas, 1996). Jest to jednak niezwykle rzadkie zjawisko (Johnson, Smith, Taylor, 1988; Philips i in., 2002). U niektórych osób można było zaobserwować silne zaburzenia lękowe oraz niekiedy przykre stany depresyjne spotęgowane

cierpieniem emocjonalnym i brakiem poczucia celu w życiu (Thomas, 1993; Weil, 1970). Większość z tych objawów dotyczy głównie niedoświadczonych użytkowników marihuany bądź osób, które spożyły jednorazowo duże dawki (Tennent, Groesbeck, 1972). Długoletnie używanie marihuany może być także częstą przyczyną anhedonii i zaburzeń nastroju (Dornbush, 1974; Kolansky, Moore, 1971).

Badania epidemiologiczne wskazały na współwystępowanie problemu zażywania konopi i schizofrenii (Andreasson i in., 1987; Arsenault i in., 2002), nie jest jednak jasne, czy występuje tu związek przyczynowo-skutkowy (Williams i in., 1996). W tych rzadkich przypadkach, kiedy doszło do rozwinięcia schizofrenii, poprzedzało ją regularne zażywanie konopi indyjskich przez co najmniej rok (Allebeck i in., 1993; Jablensky i in., 1991). Zaobserwowano również, iż nawrót do stanu psychotycznego zdarza się wcześniej i częściej wśród osób używających konopi indyjskich (Linszen, Dingemans, Lenior, 1994). W populacji generalnej występowanie schizofrenii ocenia się na poziomie ok. 1%. Badania pokazują, że wśród osób zażywających marihuane, odsetek ten jest dwukrotnie większy, wynosi ok. 2% (Allebeck i in., 1993; Jablensky i in., 1991).

Jedną z głównych obaw co do psychologicznych następstw chronicznego używania konopi dotyczy ich niekorzystnego wpływu na motywację osób dorosłych. Dowody na istnienie „zespołu amotywacyjnego” u dorosłych są oparte na opisach przypadków i doniesieniach z obserwacji (Kolansky i Moore, 1971; Millman i Sbriglio, 1986). Wyniki badań kontrolowanych i laboratoryjnych są mniej jednoznaczne w tym względzie, niewielka liczba badań potwierdza jednak istnienie takiego zespołu (Mathew, 1993; Jones, 1984). Syndrom amotywacyjny u użytkowników marihuany objawia się głównie zanikiem woli do wykonywania prostych i codziennych czynności, apatią,

Wczesne i wielokrotne używanie przetworów konopi w okresie dorastania zwiększa ryzyko przewlekłego ich używania. Zażywanie konopi w sposób długoterminowy powoduje, że palenie staje się częścią rutyny życia. Wśród populacji osób palących marihuane przez kilka lat, obserwuje się stosunkowo niskie dochody, wyższe bezrobocie i tendencję do izolacji społecznej. Osoby palące marihuane przez wiele lat, zgłaszają też niższy poziom satysfakcji z życia. Przejawiają więcej zachowań o charakterze antyspołecznym niż użytkownicy eksperymentalni i rekreacyjni.

poczuciem pustki i nudą oraz ogólnym spłyceniem doznań na poziomie emocjonalnym (Martin-Sanchez i in., 2009; Brook i in., 2011).

Badania z wykorzystaniem standaryzowanych kryteriów diagnostycznych przyniosły dowody na istnienie zespołu uzależnienia od konopi, który charakteryzuje się utratą kontroli nad używaniem substancji, koncentracją na zażywaniu substancji, kompulsywnym przymusem zażywania oraz doświadczaniem pewnych trudności w zakresie funkcjonowania psychospołecznego (Anthony i Helzer, 1991; Miller i Gold, 1989). Jak w przypadku innych substancji psychoaktywnych, ryzyko uzależnienia jest najwyższe wśród osób, które w wywiadzie deklarują codzienne zażywanie konopi indyjskich. Zespół uzależnienia od konopi może wystąpić u osób chronicznie biorących duże dawki tego środka. Mocne dowody doświadczalne wskazują, że u osób takich może wytworzyć się tolerancja na subiektywne skutki zażywania. Dane dowodzą też, że niekiedy może wystąpić zespół odstawienia jako reakcja na nagłe zaprzestanie używania konopi, choć zespół ten ma przebieg znacznie łagodniejszy i mniej wyraźny niż w przypadku odstawienia alkoholu bądź innych narkotyków (Jones i Benowitz, 1976). Objawy ewentualnego zespołu odstawienia konopi (drażliwość, stany lękowe, drżenia kończyn, wzmożonej potliwości, nudności i zaburzenia snu) występują w związku z używaniem bardzo dużych dawek. Istnieją kliniczne i epidemiologiczne dowody na to, że u osób biorących duże dawki konopi, mogą pojawić się problemy z kontrolowaniem ilości zażywanego środka (Adams, Martin, 1996). Ponadto, osoby takie mogą trwać przy swym nałogu pomimo odnoszonych niekorzystnych konsekwencji (Jones, 1984; Roffman i in., 1988).

Spoleczne konsekwencje zażywania przetworów konopi

Wczesne i wielokrotne używanie przetworów konopi w okresie dorastania zwiększa ryzyko przewlekłego używania konopi. Spożywanie konopi w sposób długoterminowy powoduje, że palenie staje się częścią rutyny życia. Wśród populacji osób palących marihuanę przez kilka lat obserwuje się stosunkowo niskie dochody, wyższe bezrobocie i tendencję do izolacji społecznej. Osoby palące marihuanę przez wiele lat, zgłaszają też niższy poziom satysfakcji z życia (DiNitto i Choi,

2010). Ponadto, osoby używające konopi długotrwale przejawiają więcej zachowań o charakterze antyspołecznym niż użytkownicy eksperymentalni i rekreacyjni (Perkonig i in., 2008).

Badania koncentrujące się na analizie związku pomiędzy paleniem marihuany a edukacją szkolną oraz późniejszym funkcjonowaniem zawodowym, są niejasne. Część badań pokazuje, iż nie ma istotnego związku pomiędzy zażywaniem konopi i problemami w zakresie adaptacji społecznej, choćby takimi, jakie istnieją w szkole lub w miejscu pracy (Fergusson i Horwood, 1997; Fergusson i Horwood, 2001; Fergusson i in., 2003). Część wskazuje zaś na istnienie korelacji pomiędzy paleniem marihuany a słabszymi wynikami w nauce (Kandel i Davies, 1996) czy mniej rzetelnym wykonywaniem pracy zawodowej (Thomas, 1996; Kandel i Davies, 1996).

Niektóre z doniesień empirycznych pokazują, iż użytkownicy marihuany mają też więcej problemów rodzinnych oraz problemów w relacjach partnerskich (Kandel i Davies, 1996). Potwierdzono empirycznie pozytywną korelację pomiędzy używaniem narkotyków, przedwczesną seksualną aktywnością a zarazem wczesnym małżeństwem, nie zawsze opartym na głębokich relacjach emocjonalnych (Newcombe i Bentler, 1988). Długoletni użytkownicy konopi mieli tendencję do budowania sieci społecznej, w której przyjaciele i współmałżonek lub partner byli także osobami zażywającymi konopie (Kandel, 1984; Kandel, 1988).

Mniej uwagi poświęca się wpływowi marihuany na rozwój stosunków społecznych. Newcombe i Bentler (1988) zbadali związek między używaniem narkotyków i stopniem społecznego poparcia oraz doświadczania samotności. Przekrojowe analizy danych wykazały, że osoby zażywające jakiegokolwiek narkotyki, w tym konopie, częściej niż inni zgłaszają brak wsparcia oraz poczucie osamotnienia (Newcombe i Bentler, 1988). Opisane powyżej problemy społeczne dotyczą głównie wieloletnich użytkowników konopi. Część badań empirycznych pokazuje jednak, że nawet wieloletni użytkownicy konopi potrafią żyć w całkowitej integracji ze społeczeństwem (Rubin i Comitas, 1975). Tak duża rozbieżność w wynikach badań empirycznych wskazuje na istnienie skomplikowanego modelu zależności między analizowanymi zmiennymi.

Zjawisko przemocy, będącej wynikiem działania marihuany, jest raczej stosunkowo rzadkie. Efekt uspokajający, który następuje wkrótce po spożyciu

marihuany, nie sprzyja zachowaniom agresywnym. Badania potwierdzają, że w przeciwieństwie do kokainy, cracku lub alkoholu spożywanie konopi zazwyczaj nie koreluje ze wzrostem brutalnych przestępstw w różnych sytuacjach (Berke i Hernton, 1974).

Większość przestępstw jest związanych nie z farmakologicznymi właściwościami THC, ale ma związek z nielegalnym statusem konopi. Statystyki policyjne konfiskat narkotyków wykazują, że najczęściej to policja wykrywa przetwory konopi. W 2008 roku przechwycono 114 kg haszyszu, prawie 500 kg marihuany i przejęto prawie 20 tys. uprawianych nielegalnie roślin konopi (KBPN, 2010).

Podsumowanie

Przetwory konopi, w Polsce przede wszystkim marihuana, należą do najpopularniejszych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Mimo to ich rozpowszechnienie jest stosunkowo niewielkie. Ogromna większość konsumentów używa jej eksperymentalnie lub okazjonalnie i nie ponosi poważniejszych konse-

Tabela 2. Ranking substancji według ich wyniku całkowitego, z uwzględnieniem średniej uzyskanej na każdej z trzech podskal

Nazwa substancji	Szkody fizyczne (średnia)	Uzależnienie (średnia)	Szkody społeczne (średnia)
Heroina	2,78	3,00	2,54
Kokaina	2,33	2,39	2,17
Barbiturany	2,23	2,01	2,00
Metadon uliczny	1,86	2,08	1,87
Alkohol	1,40	1,93	2,21
Ketamina	2,00	1,54	1,69
Benzodiazepiny	1,63	1,83	1,65
Amfetamina	1,81	1,67	1,50
Nikotyna	1,24	2,21	1,42
Buprenorfina	1,60	1,64	1,49
Konopie	0,99	1,51	1,50
Rozpuszczalniki	1,28	1,01	1,52
4 MTA	1,44	1,30	1,06
LSD	1,13	1,23	1,32
Methylphenidate – lek do leczenia ADHD	1,32	1,25	0,97
Sterydy metaboliczne	1,45	0,88	1,13
GHB	0,86	1,19	1,30
Ecstasy	1,05	1,13	1,09
Poppersy	0,93	0,87	0,97
Khat	0,50	1,04	0,85

Źródło: Nutt i in., 2007.

kwencji zdrowotnych i społecznych. Badania pokazują, że wiele osób zaprzestaje zażywania konopi bez żadnej interwencji w okresie wczesnej dorosłości (pomiędzy 23. a 30. rokiem życia) (Price i in., 2001). Cunningham (2000) szacuje, że prawdopodobnie połowa osób uzależnionych od konopi indyjskich, które zaprzestały zażywania tej substancji, zrobiła to bez korzystania z leczenia.

W opublikowanym przez „Lancet” rankingu (przygotowanym przez niezależne grupy ekspertów) dwudziestu substancji, marihuana znalazła się w grupie substancji o najniższej szkodliwości dla zdrowia somatycznego, według potencjału uzależniającego trafiła na dziesiąte miejsce, niżej niż większość substancji nielegalnych oraz alkohol i nikotyna, i podobnie na dziesiąte miejsce, jeśli chodzi o szkody społeczne, znacznie niżej niż alkohol (Nutt i in., 2007).

Negatywne efekty oddziaływania marihuany można podzielić na doraźne (efekt utrzymuje się krótko) i długoterminowe czy przewlekłe. Efekty doraźne, które wzbudzają największe obawy, to występujące bardzo rzadko krótkoterminowe psychozy narkotyczne lub ataki paniki, zwiększone ryzyko spowodowania wypadku, w szczególności w czasie prowadzenia pojazdów mechanicznych lub pracy w niebezpiecznych warunkach, a wśród młodych ludzi – negatywny wpływ na osiągnięcia szkolne (Hall i in., 2001; Hall i in., 1994). Część badań pokazuje, że długotrwałe zażywanie konopi może być związane z podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby układu oddechowego oraz na zaburzenia o podłożu psychicznym, takie jak depresja czy zaburzenia psychiczne. Dodatkową obawę stanowi możliwość rozwinięcia się uzależnienia. Jednak potencjał toksyczny marihuany i jej aktywnego składnika THC jest niski. Do dziś nie stwierdzono przypadku zgonu spowodowanego używaniem konopi (Van Laar i in., 2003).

Innym problemem jest penalizacja posiadania narkotyków na własny użytek, która sprawia, że młodzi ludzie wchodzi w konflikt z prawem z powodu posiadania lub udzielania innym niewielkich ilości narkotyku. W wielu krajach Unii Europejskiej poszukuje się rozwiązań prawnych ograniczających kryminalizację zjawiska, które polegają na odstąpieniu od karania za posiadanie narkotyków.

Bibliografia do artykułu jest dostępna w redakcji.

Jaka jest skala przestępczości narkotykowej? Czy liczba przestępstw rośnie w ostatnich latach, a może spada? Jaki odsetek skazanych na karę pozbawienia wolności z powodu narkotyków to osoby, które otrzymały bezwzględną karę więzienia? Na te i inne pytania dotyczące przestępczości narkotykowej odpowiada poniższy artykuł, który przedstawia ostatnie dane policji i Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczące przestrzegania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW – TRENDY ORAZ ROZMIARY ZJAWISKA CZ. I

Artur Malczewski

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

Zwalczaniem przestępczości narkotykowej w policji zajmuje się kilka służb:

- Centralne Biuro Śledcze (CBS) Komendy Głównej Policji (KGP), które działa przede wszystkim w obszarze zwalczania zorganizowanych grup przestępczych, produkujących i przemycających narkotyki w znacznych ilościach na skalę międzynarodową. CBS pełni w policji wiodącą rolę w zakresie szkoleniowym i strategiczno-koncepcyjnym.
- Ogniwa Służby Kryminalnej terenowych jednostek policji są odpowiedzialne w całym pozostałym zakresie za prowadzenie rozpoznania, pracę operacyjną i realizację czynności procesowych na podległym terenie. Powyższe jednostki podejmują działania przede wszystkim w zakresie zwalczania lokalnych ośrodków produkcji narkotyków, ich dystrybucji i posiadania. W ramach Pionu Kryminalnego działają struktury antynarkotykowe.
- Ogniwa Służby Prewencyjnej jednostek terenowych są odpowiedzialne za realizację podstawowych zadań rozpoznawczych i represyjnych, w toku rutynowych czynności prewencyjnych. Zajmują się również przedsięwzięciami profilaktycznymi w ramach podejmowanych przez siebie programów i kontaktów ze społeczeństwem.
- Biura Ruchu Drogowego są odpowiedzialne za zapobieganie narkomanii i przestępczości narkotykowej wśród kierowców.

Oprócz policji, zwalczaniem przestępczości związanej z narkotykami, zwłaszcza zaś podejmowaniem działań operacyjno-rozpoznawczych, zajmuje się jeszcze kilka innych służb państwowych: Agencja Bezpieczeństwa

Wewnętrznego, Straż Graniczna, Służba Celna, Żandarmeria Wojskowa.

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

W Polsce przestępstwa związane z narkotykami dzieli się na dwie zasadnicze grupy:

- pospolite przestępstwa kryminalne przewidziane w kodeksie karnym i innych ustawach karnych (np. rozboje, kradzieże, w tym także z włamaniem, fałszerstwa) oraz
- przestępstwa określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku, polegające np. na nielegalnej produkcji, przemyśle, wprowadzaniu do obrotu i posiadaniu środków odurzających i psychotropowych, a także prowadzeniu niedozwolonych upraw roślin, które służą do produkcji narkotyków. W artykule zostanie omówiona druga grupa przestępstw.

Policyjne dane dotyczące przestępstw narkotykowych rejestrowane są w bazie policyjno-prokuratorskiej TEMIDA, która odnotowuje przypadki łamania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Podstawowymi jednostkami statystycznymi, jakimi posługuje się policja, są podejrzani, postępowania wszczęte i zakończone oraz przestępstwa stwierdzone. Tylko w przypadku przestępstw stwierdzonych możemy określić rodzaj substancji, z powodu której popełniono przestępstwo. Do bazy raportowana jest jedna główna substancja nielegalna. Takich informacji nie mamy w przypadku postępowań wszczętych. Dane dotyczące łamania ustawy narkotykowej przekazywane są do policyjnej bazy na odpowiednich drukach statystycznych. Informacje te pozwalają na przeprowadzanie analizy trendów oraz zróżnicowania terytorialnego.

Przestępstwa stwierdzone

Dane zawarte na wykresie 1. przedstawiają przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku. Po raz pierwszy od 1999 roku, w 2007 roku odnotowaliśmy spadek liczby przestępstw narkotykowych i to aż o 10%, tendencja utrzymała się w 2008 roku (dalszy spadek o 9%). W 2009 roku liczba przestępstw stwierdzonych wzrosła prawie do poziomu z 2006 roku, tj. do 68 288. W następnym roku przekroczona została najwyższa dotychczasowa wartość 70 202 z 2006 roku. W 2010 roku odnotowano 72 375 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a w 2011 roku rekordową liczbę, tj. 74 535. Najwięcej czynów karalnych w 2010 roku zarejestrowano z art. 62, który dotyczy posiadania narkotyków – 35 064 (48% wszystkich przestępstw). W strukturze przestępstw z 2010 roku dominują również te z art. 58 i 59 (udzielenie narkotyków) i stanowią one razem 42% przestępstw stwierdzonych (30 803 przestępstwa). W sumie zatem tylko

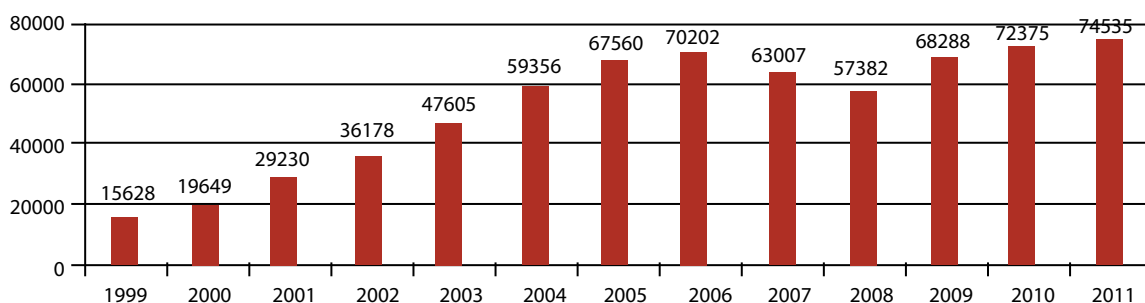
trzy artykuły ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii odpowiadają za 90% przestępstw stwierdzonych. W 2011 roku liczba przestępstw wzrosła o 3%, co oznacza kontynuację trendu wzrostowego, rozpoczętą w 2009 roku.

Przyjrzyjmy się, jakiego rodzaju przestępstwa miały przede wszystkim wpływ na zwiększenie się liczby czynów karalnych. W 2011 roku odnotowano 2629 przestępstw więcej z art. 58, 59 i 62 niż w 2010 roku. Zwiększyła się również liczba przestępstw z art. 63 (nielegalna uprawa) i art. 61 (produkcja i przemyt prekursorów). Podobnie jak w 2010 roku, przestępstwa z art. 58 i 59 stanowiły 42% wszystkich przestępstw z ustawy, a z art. 62 – 49%. Szczegółowe dane zawiera tabela 1. Analizując rodzaj substancji psychoaktywnej, z powodu której odnotowano najczęściej przestępstw, to należy przyznać pierwszeństwo przetworom konopi, czyli przeważanie marihuany, ale również haszyszowi. Stanowiły one 70% wszystkich przestępstw w 2011 roku. Co piąte przestępstwo zostało popełnione z powodu amfetaminy (19%), a opiatów niecałe 2%.

Podejrzani

W latach 1999–2006 każdego roku wzrastała liczba osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku. Analizując dynamikę zmiany liczby osób podejrzanych z powodu posiadania narkotyków, to w tym zakresie odnotowano duży wzrost (2,5-krotny), który nastąpił między rokiem 2000 a 2001. Rok 2000 był pierwszym pełnym rokiem obowiązywania nowelizacji ustawy z 1997 roku. Istotną zmianą wprowadzoną tym aktem prawnym było usunięcie ust. 4 z art. 48, mówiącego o odstępcie od karaniam, jeżeli osoba posiadała nieznaczną ilość narkotyku na własny użytek. W 2007 roku po raz pierwszy zmniejszyła się zarówno liczba przestępstw stwierdzonych, jak i osób podejrzanych z usta-

Wykres 1. Przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku w latach 1999–2011



Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 1. Przestępstwa stwierdzone z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku w latach 1998–2011

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nielegalna uprawa (Art. 26; Art. 49.1; Art. 63.1)	1195	615	814	663	653	687	886	875	726	562	625	688	1122	1145
Nielegalny wyrób (Art. 27; Art. 40.1 & 2; Art. 53)	574	361	400	408	319	297	350	456	270	198	183	174	202	181
Wyrób, przechowywanie przyrządów (Art. 28; Art. 41; Art. 54)	190	143	152	292	230	230	220	144	127	137	118	192	422	254
Nielegalny przywóz, wywóz lub tranzyt (Art. 29; Art. 42; Art. 55)	252	406	383	295	336	354	795	643	486	537	697	880	803	752
Nielegalne wprowadzanie do obrotu (Art. 30; Art. 43; Art. 56)	1957	1714	1417	1809	1931	2064	2323	2814	2627	3268	2431	2969	3797	3484
Nielegalne udzielanie lub nakłanianie do zażywania (Art. 31; Art. 45 & Art. 46; Art. 58 & Art. 59)	10762	10305	13278	18873	20482	25036	28351	31332	30940	26845	22507	28981	30803	31650
Produkcja, przemysł lub obrót prekursorami (Art. 47; Art. 61)	88	61	66	115	104	159	178	151	107	121	189	126	68	114
Posiadanie środków odurzających (Art. 48; Art. 62)	1380	1896	2815	6651	11960	18681	26163	30899	34778	31260	30548	34122	35064	36846
Nielegalny zbiór mlecza makowego, opium, słomy makowej, żywicy lub ziela konopi (Art. 49.2; Art. 63.2)	112	113	83	78	73	69	42	49	34	31	39	41	42	54
Zabór w celu przywłaszczenia mlecza makowego, opium, słomy makowej, żywicy lub ziela konopi (Art. 50; Art. 64)	22	14	241	24	14	17	15	31	41	17	25	42	16	18
Niepowiadomienie o popełnieniu przestępstwa (Art. 46.a; Art. 60)				22	76	11	33	163	55	19	11	40	20	20
Promocja i reklama (Art. 68)								3	11	12	9	33	16	17
Łącznie	16532	15628	19649	29230	36178	47605	59356	67560	70202	63007	57382	68288	72375	74535

Źródło: Komenda Główna Policji.

wy o przeciwdziałaniu narkomanii. Trend spadkowy utrzymał się także w 2008 roku. W 2009 roku odnotowujemy niewielki wzrost liczby osób podejrzanych o 1,2%, podobnie w 2010 roku – wzrost o 2,5%. W 2011 roku policja zatrzymała największą liczbę osób podejrzanych – 29 146 osób, co oznacza 2,5 przestępstwa stwierdzonego na osobę. Liczba podejrzanych wzrosła o 8,5%. Przyjrzyjmy się, z powodu jakich artykułów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii policja zatrzymywała osoby. Najwięcej podejrzanych odnotowano z art. 62 – 72% wszystkich osób (70% w 2010 roku), z art. 58 – 7% podejrzanych (8% w 2010 roku), a z art. 59 – 11% (11% w 2010 roku). W sumie te trzy artykuły dały razem 90% wszystkich osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2011 roku. Wśród osób podejrzanych z ustawy 15% stanowiły osoby nieletnie i podobnie jak w całej populacji osób, także wśród nich dominowały przestępstwa z art. 62 (68%).

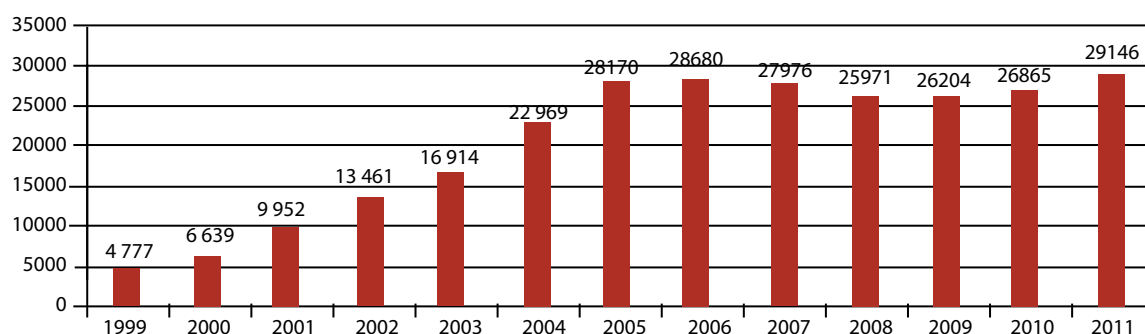
Przestępczość narkotykowa na poziomie województw

W 2011 roku policja stwierdziła 74 535 przestępstw w całym kraju, jednakże w zależności od województwa liczby przestępstw mogą się znacznie różnić. Najwięcej przestępstw w 2011 roku zostało stwierdzonych w województwie wielkopolskim 11 878 (16% wszystkich przestępstw), podobnie jak w 2010 roku, kiedy odnotowano 12 855 przestępstw (18% wszystkich stwierdzonych przestępstw). Na drugim miejscu rejestrujemy województwo śląskie 8372 (11% wszystkich przestępstw, w 2010 roku 8628, 12% wszystkich przestępstw), a na trzecim mazowieckie 8348 (12% wszystkich przestępstw, w 2010 roku 8699 – 12% wszystkich przestępstw). Ujawnienie większości przestępstw w województwie mazowieckim jest efek-

tem działania Komendy Stołecznej Policji, która w 2011 roku stwierdziła 5322 przestępstwa, czyli ponad połowę wszystkich w województwie mazowieckim. Najmniej przestępstw odnotowano w województwie podlaskim 1379 (w 2010 roku 1179, mniej niż 2% wszystkich przestępstw), podkarpackim 1599 (w 2010 roku 1392) i opolskim 1624 (w 2010 roku 1711). W celu porównania sytuacji województw, mających różną liczbę ludności, liczba przestępstw została przedstawiona w postaci wskaźników na 100 tys. mieszkańców. Najwyższy wskaźnik stwierdzono w województwie lubuskim – 349 osób na 100 tys. (300 w 2010 roku), w wielkopolskim – 347 osób na 100 tys. (376 w 2010 roku) oraz dolnośląskim – 287 osób na 100 tys. (191 w 2010 roku), a najniższy w województwie podkarpackim – 76 (66 w 2010 roku) i lubelskim – 101 (88 w 2010 roku).

Przyjrzymy się liczbie podejrzanych, która, jak to zostało wspomniane, jest mniejsza od liczby przestępstw. Na jednego podejrzanego przypadało średnio 2,5 przestępstwa stwierdzonego w 2011 roku, w którym odnotowano 29 146 podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Najwięcej osób łamiących zapisy ustawy narkotykowej zarejestrowano w województwie mazowieckim 5190 (4678 osób w 2010 roku), dolnośląskim 3299 (3325 w 2010 roku) oraz śląskim 3050 (2610 w 2010 roku), a najmniej w podlaskim 743 (648 w 2010 roku) podkarpackim 697 (544 osoby w 2010 roku) oraz opolskim 643 (669 w 2010 roku). Biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, na czele rankingu uplasowało się województwo lubuskie – 141 osób na 100 tys. mieszkańców (125 w 2010 roku), dolnośląskie 115 (116 w 2010 roku) oraz zachodniopomorskie 104 (97 w 2010 roku), czyli województwa zachodniej Polski. Biorąc pod uwagę liczbę przestępstw i podejrzanych, należy zwrócić uwagę, że np. wzrost liczby przestępstw

Wykres 2. Podejrzani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku w latach 1999–2011



Źródło: Komenda Główna Policji.

stwierdzonych nie musi oznaczać również wzrostu liczby podejrzanych. Dla przykładu w województwie dolnośląskim nastąpił duży wzrost liczby przestępstw stwierdzonych z 5507 w 2010 roku do 8258 w 2011 roku, z równoczesnym niewielkim zmniejszeniem się liczby osób podejrzanych z 3325 w 2010 roku do 3299 w 2011 roku. Oznacza to, że wzrost liczby przestępstw jest spowodowany wzrostem średniej liczby przestępstw na jednego podejrzanego, która w 2010 roku wyniosła 1,6, a w 2011 roku już 2,5 przestępstwa na osobę w województwie dolnośląskim.

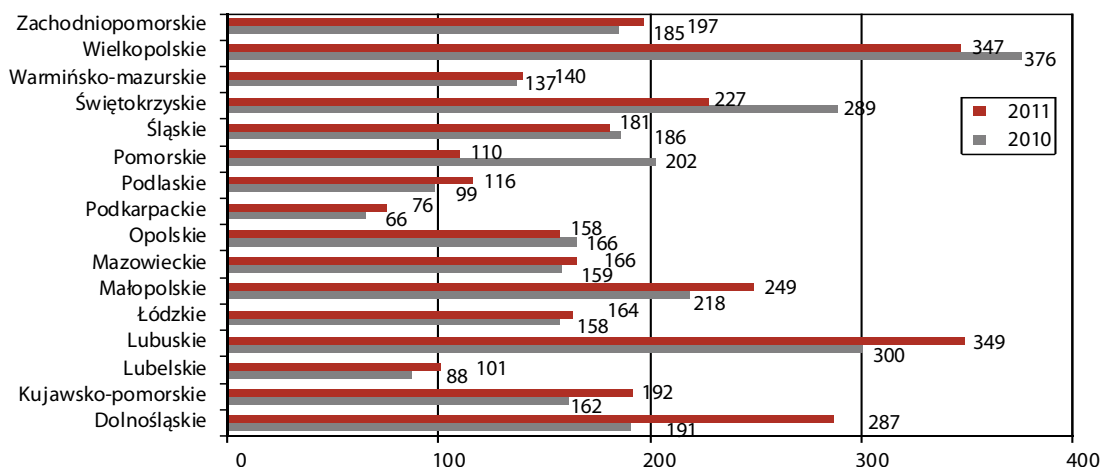
Skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Sprawy karne za naruszenie przepisów ustawy są rozpatrywane przez sądy rejonowe, właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Zestawienie danych o prawomocnych wyrokach skazujących oraz skazanych na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu lub bez zawieszenia w latach 1997–2010 zawarte są w tabeli 2. Przedstawione dane pochodzą ze statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości. Trudno jest je analizować w zestawieniu z danymi policyjnymi, ponieważ osoba podejrzana o popełnienie przestępstwa, wobec której wszczęto postępowanie, może zostać skazana kilka lat później. Analizując ostatnie dostępne dane, należy odnotować, że w 2010 roku rejestrujemy wzrost liczby osób skazanych z ustawy do 20 601 osób, i powrót do wartości z roku 2008. Najwięcej skazanych od 1997 roku odnotowano w 2007 roku – 20

801. W strukturze wszystkich skazanych, odsetek skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii niewiele się zmniejszył (do 4,75% w 2010 roku). Jest to efekt przede wszystkim bardziej dynamicznego wzrostu wszystkich skazanych w 2010 roku, których liczba wyniosła 432 891 osób, rok wcześniej 415 272. Należy podkreślić, że liczba wszystkich skazanych osiągnęła najwyższą wartość od roku 2005. Przyjrzyjmy się danym w tabeli 2., dotyczącym skazań z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku oraz w przypadku pierwszych danych z ustawy o zapobieganiu z 1985 roku. Spośród wszystkich skazanych w 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, tj. 14 837 osób, karę pozbawienia wolności zasądono w przypadku 72%. Odsetek ten jest niewiele mniejszy od danych z 2009 roku. W tym roku na karę pozbawienia wolności skazano 74% wszystkich skazanych za przestępstwa narkotykowe. Wśród tych osób nie wszyscy otrzymali karę pozbawienia wolności. Takich osób było w 2010 roku 2278, co oznacza wzrost liczby bezwzględnej w stosunku do 2009 roku (2188). Jednakże odsetek osób skazanych na karę pozbawienia wolności w zawieszeniu do wszystkich skazanych na karę więzienia zwiększył się w niewielkim stopniu w porównaniu do 2009 roku (17%) i wyniósł w 2010 roku 18%.

Największy odsetek, dwukrotnie większy, odnotowano w 2001 roku. Spośród 3802 osób skazanych na karę pozbawienia wolności, 73% otrzymało karę bez zawieszenia. Dane dotyczące proporcji osób skazanych na bezwzględną karę więzienia przedstawia wykres 5. Przyjrzyjmy się,

Wykres 3. Wskaźnik liczby przestępstw w 2010 i 2011 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku – wg województw (wskaźnik na 100 tys.)



Źródło: Komenda Główna Policji.

z jakich powodów osoby były skazywane w 2010 roku na karę pozbawienia wolności z ustawy z 2005 roku. Najwięcej osób skazanych było z art. 62 (posiadanie). W 2010 roku z tego artykułu skazano 7963 osoby (54% wszystkich skazanych prawomocnie na karę pozbawienia wolności), spośród nich 7,6% otrzymało karę pozbawienia wolności bez zawieszenia (659 osób). Drugim w kolejności artykułem, z powodu którego orzeczono karę pozbawienia wolności, był art. 59 (udzielanie narkotyku w celu korzyści). W 2010 roku z tego artykułu skazano na karę pozbawienia wolności 2924 osoby (20% wszystkich skazanych prawomocnie na karę pozbawienia wolności). Spośród 2924 osób 20% otrzymało karę więzienia bez zawieszenia. W mniejszym stopniu skazywano osoby z art. 58 (udzielanie) – 1446 osób, w tym 76 bez zawieszenia (5%), z art. 56 1265 (52% bez zawieszenia).

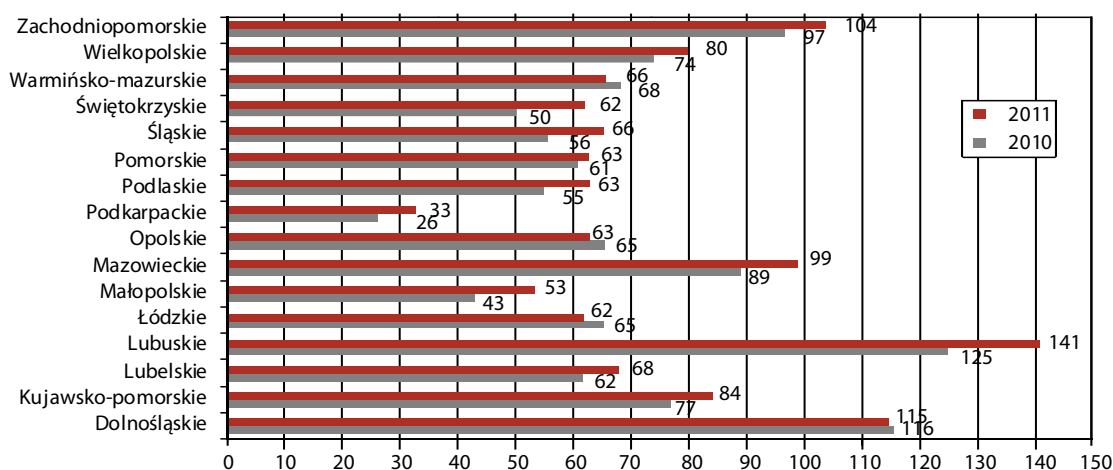
Analizując zróżnicowanie terytorialne, można stwierdzić, że najwięcej skazanych prawomocnie (ponad 2000 osób) było w województwie mazowieckim i dolnośląskim. W celu porównania sytuacji dane zostały przeliczone na wskaźnik na 100 tys. Najwyższe wskaźniki miały województwo lubuskie (114), dolnośląskie (88) oraz zachodniopomorskie (73). W tych województwach skazanych zostało ponad 70 osób na 100 tys. mieszkańców. Najniższe wskaźniki zarejestrowano w województwie podkarpackim (20) i małopolskim (35 osób). Porównując dane z 2009 i 2010 roku, należy odnotować duży wzrost skazanych w województwie lubuskim z 87 do 114 osób.

Przemyt oraz produkcja narkotyków

Przez terytorium Polski przebiegają główne szlaki przemytu narkotyków. Nielegalne substancje przemywane są przez nasz kraj w tranzycie albo bezpośrednio docierają na rynki zachodnioeuropejskie. Zniesienie granic po wejściu Polski do strefy Schengen ułatwiło przemyt polskiej amfetaminy do Europy. Ponadto, duża migracja zarobkowa Polaków do Anglii, Irlandii jest wykorzystywana przez grupy przestępcze do przemytu amfetaminy. Polska amfetamina trafia m.in. do Niemiec, Francji, Szwecji oraz Anglii i Irlandii. Narkotyki przemywane są do krajów skandynawskich (przede wszystkim amfetamina) drogą morską z polskich portów, ukryte w ciężarówkach TIR lub specjalnych skrytkach w samochodach osobowych. Grupy przestępcze mają swoich rezydentów w krajach skandynawskich, co ułatwia im przemyt narkotyków. Na rynek Europy Zachodniej amfetamina oprócz samochodów czy ciężarówek trafia z wykorzystaniem kolei. Amfetamina z Polski jest przemywana również w formie płynnej, np. w 2010 roku policja wykryła 1679 ml amfetaminy w płynie. Firmy kurierskie i pocztowe wykorzystywane są do przemytu amfetaminy do USA i Australii.

Kokaina przemykana jest do Polski drogą morską, np. w kontenerach, i powietrzną z Ameryki Południowej. Nasi obywatele, ale również innych krajów, wykorzystywani są jako kokainowi kurierzy. Tak zwaną metodą na połyk mogą przewieźć w spe-

Wykres 4. Liczba podejrzanych w 2010 i 2011 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku – wg województw (wskaźnik na 100 tys.)



Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 2. Liczba skazanych prawomocnie przez sądy ogółem i skazanych z ustaw o przeciwdziałaniu narkomanii według miejsca popełnienia czynu w 2010 roku, w tym na karę pozbawienia wolności w latach 1997–2010

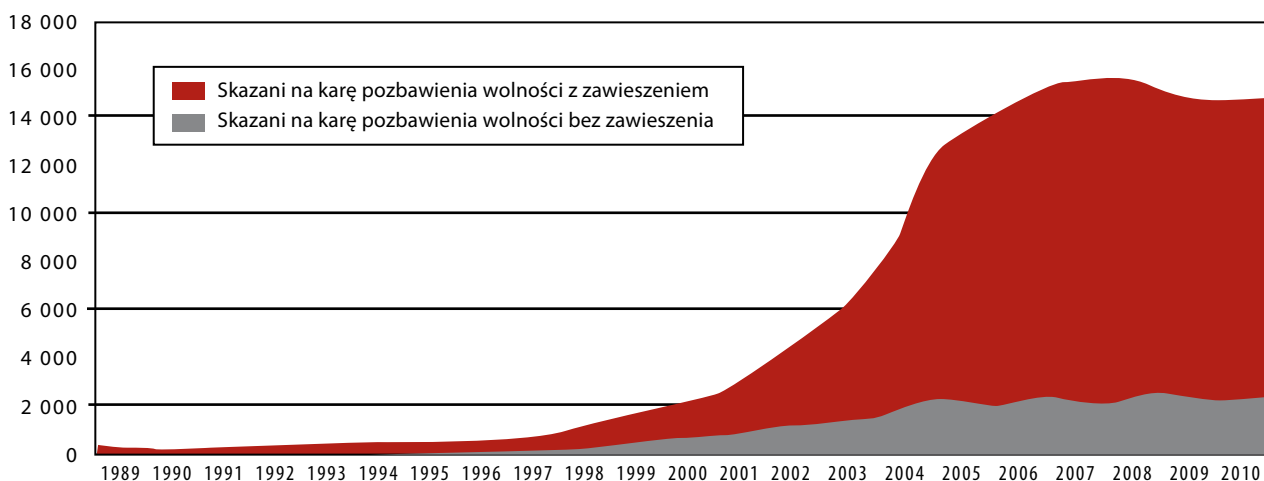
Rok	Liczba skazanych prawomocnie przez sądy i skazanych z ustaw o przeciwdziałaniu i zapobieganiu narkomanii			Liczba skazanych prawomocnie na karę pozbawienia wolności		
	ogółem	z ustaw o przeciwdziałaniu narkomanii	odsetek skazanych z ustaw	skazani ogółem	bez zawieszenia	z zawieszeniem
1997	210600	1457	0,69	629	165	464
1998	219064	1662	0,76	1173	252	921
1999	207607	2264	1,09	1865	420	1445
2000	222815	2878	1,29	2428	572	1856
2001	315013	4300	1,36	3802	1024	2778
2002	365326	6407	1,75	5417	1282	4133
2003	415533	9815	2,36	7785	1489	6296
2004	512969	16608	3,30	12417	2308	10109
2005	503909	20164	4,00	14249	2085	12164
2006	462937	20381	4,40	15383	2355	13028
2007	426377	20801	4,87	15475	2118	13357
2008	421051	20631	4,89	15165	2390	12775
2009	415272	20024	4,82	14739	2188	12551
2010	432891	20601	4,75	14837	2278	12559

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

cialnie przygotowanych kapsułek prawie 1 kg kokainy. Do przemytu kokainy drogą powietrzną wykorzystywany jest również bagaż ze specjalnymi skrytkami. Heroina trafia do Polski przede wszystkim z Afganistanu, przemykana szlakiem bałkańskim (Turcja – Bułgaria – Rumunia – Węgry) lub jedwabnym (kraje byłego ZSRR). Z Polski trafia na rynek niemiecki i angielski.

Ecstasy przemykana jest do Polski z Holandii i Belgii. Z Holandii trafia do Polski także marihuana (Raczkowski, 2009, s. 116-118). W ostatnich latach odnotowuje się wzrost krajowych upraw konopi indyjskich prowadzonych przez zorganizowane grupy przestępcze. Specjalizują się w nich osoby narodowości wietnamskiej. Ponadto, marihuana uprawiana jest coraz częściej przez użytkowników narkotyków na własne

Wykres 5. Liczba skazanych prawomocnie na karę pozbawienia wolności z ustaw o przeciwdziałaniu i zapobieganiu narkomanii według miejsca popełnienia czynu w latach 1989–2010



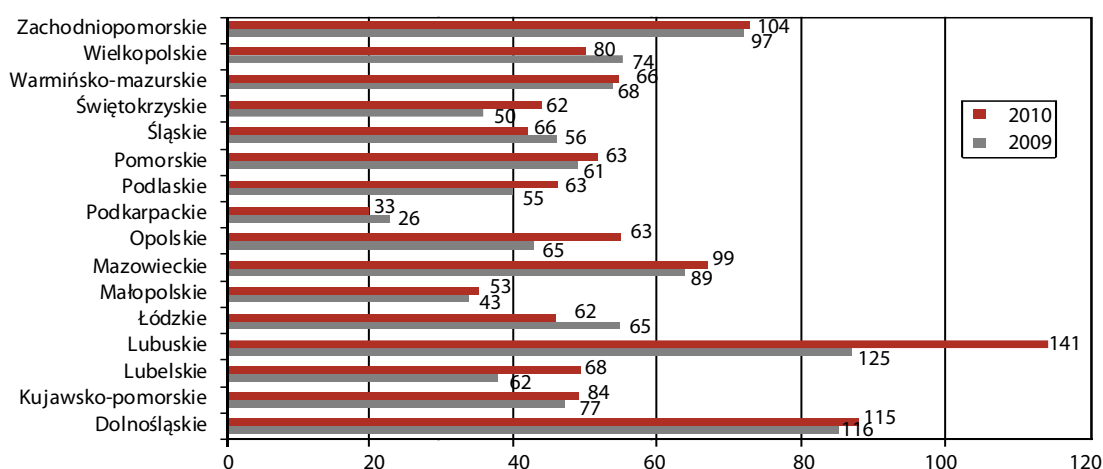
Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

potrzeby. Można zatem wysnuć tezę, że marihuana używana na polskim rynku jest w coraz większym stopniu produktem krajowym. Heroina na nielegalnym rynku w Polsce pochodzi i z krajowej produkcji, która jednak w dużym stopniu została ograniczona przez wprowadzenie upraw maku niskomorfinowego, i z przemytu, który zdecydowanie dominuje. O krajowej produkcji świadczą ujawnienia „kompotu”, który produkowany jest wyłącznie w Polsce i zabezpieczenia słomy makowej służącej do jego wytwarzania. Amfetamina dostępna na polskim rynku wytwarzana jest w krajowych laboratoriach przez zorganizowane grupy przestępcze. Polska, obok Belgii i Holandii, jest jednym z czołowych producentów amfetaminy w Europie. Amfetamina z polskich laboratoriów dominuje na krajowym rynku stymulantów. W ostatnich latach pojawia się również w Polsce metaamfetamina, która jest dominującym stymulantem tylko w jednym kraju w Europie – w Czechach, ale w ostatnim czasie pojawia się też w krajach skandynawskich. Otwartą kwestią jest, czy metaamfetamina będzie w naszym kraju równie popularna jak amfetamina. W Polsce nie ma ograniczeń w sprzedaży leków zawierających pseudoefedrynę, z której domowym sposobem można otrzymać metaamfetaminę, dlatego grupy przestępcze mogą nie być zainteresowane wprowadzaniem na nasz rynek substancji psychoaktywnej, którą można otrzymać w tak łatwy sposób. W 2011 roku zostały ujawnione dwa laboratoria produkujące metaamfetaminę z pseudoefedryny.

Konfiskaty narkotyków

Ujawnieniami narkotyków w Polsce zajmuje się kilka służb: policja, Służba Celna (usytuowana w Ministerstwie Finansów), Straż Graniczna, Żandarmeria Wojskowa, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Służba Więzienna na terenie jednostek penitencjarnych. Wszystkie te instytucje nie wypracowały jeszcze wspólnego systemu zbierania i raportowania danych, co utrudnia oszacowanie ilości narkotyków skonfiskowanych na poziomie całego kraju. Ponieważ w niektóre z ujawnień zaangażowane są co najmniej dwie instytucje, a czasami nawet trzy, trudno jest uniknąć podwójnego liczenia tych samych zabezpieczeń przy określaniu całkowitej ilości ujawnionych narkotyków w kraju. Najwięcej nielegalnych substancji psychoaktywnych konfiskuje policja oraz Straż Graniczna; suma zabezpieczeń policji (Centralne Biuro Śledcze oraz policja kryminalna) przedstawiona jest jako całkowita ilość ujawnionych narkotyków. Ze względu na bardzo duże wahania ilości skonfiskowanych jednorazowo narkotyków oraz dużą rolę czynnika losowego, analiza trendu jest bardzo utrudniona. Jedna duża konfiskata może spowodować znaczny wzrost ujawnień ilości substancji nielegalnych w danym roku. Należy też pamiętać, że część narkotyków zabezpieczonych przez polskie służby miała docelowo trafić poza granice naszego kraju. W tabeli 3. zostały przedstawione ujawnienia narkotyków przez policję oraz Straż Graniczną. Przyjrzyjmy się ostatnim dostępnym danym. W 2011 roku rejestrujemy spadek

Wykres 6. Wskaźnik skazanych prawomocnie w 2009 i 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wg województw (średnia dla Polski 53 w 2010 roku)



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

ilości ujawnionego haszyszu (59 kg) oraz marihuany (1265 kg). Trzeba jednak podkreślić, że w 2010 roku służby odpowiedzialne za redukcję podaży zabezpieczyły rekordowe ilości przetworów konopi. Pomimo zmniejszenia się ilości ujawnionej marihuany, konfiskata za rok 2011 jest jedną z większych w ostatniej dekadzie. W przypadku amfetaminy (395 kg) i kokainy (78 kg) również zostały zabezpieczone mniejsze ilości niż w roku 2010. Z kolei dwukrotnie wzrosły ujawnienia heroiny (51 kg), a prawie trzykrotnie ecstasy (75 tys. tabletek). Oprócz danych zawartych w tabeli 3., policja i Straż Graniczna ujawniły szereg innych substancji nielegalnych. Z grupy opiatów zabezpieczono 4674 cm³ „kompotu” oraz 12241 cm³ metadonu. W płynie ujawniono także 243 ml GHB. Ze środków stymulujących policja ujawniła 53 kg mefedronu, 325 g metedronu, 40 kg khat oraz 610 g efedryny. W 2009 roku na mocy ustawy narkotykowej zdelegalizowano pierwszy syntetyczny kanabinoid JWH-018, w kolejnym roku następne substancje z grupy syntetycznych kanabinoidów. Nowe substancje psychoaktywne znalazły się zatem w wykazie ujawnionych substancji psychoaktywnych. W 2010 roku ujawniono 1596,6 g syntetycznego THC i 11 621 opakowań zawierających syntetyczne kanabinoidy. W 2011 roku policja odnotowała 2844 g tego środka. Ponadto, służby odpowiedzialne za redukcję podaży zabezpieczyły 423 g grzybów halucynogennych. W 2011 roku zlokalizowano 31 nielegalnych upraw maku wysokomorfinowego (w 2010 roku 53) o łącznym areale 18 tys. m².

Zabezpieczenia marihuany

Ujawnienia nielegalnych upraw konopi odnotowywane są w statystykach służb zajmujących się walką z nielegalnym rynkiem narkotyków. Zdecydowana większość upraw wykrywana jest przez policję. Dane policji z lat

2006–2011 dotyczące ujawnień nielegalnych upraw marihuany w ramach zwalczania handlu detalicznego (przedstawione w tabeli 4.) raportowane są w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. W wyniku działań policji kryminalnej w 2010 roku ujawniono 505 upraw marihuany (183 uprawy gruntowe, 130 w pomieszczeniach zaadaptowanych oraz 192 w mieszkaniach). W województwie łódzkim zabezpieczono najwięcej upraw konopi, tj. 53 (15 upraw gruntowych, 15 w pomieszczeniach zaadaptowanych – szklarnie, wiaty i piwnice, oraz 23 w mieszkaniach), i zatrzymano 82 podejrzanych. Niewiele mniej ujawniono w województwie małopolskim – 50 plantacji (15 upraw gruntowych, 10 w pomieszczeniach zaadaptowanych i 25 w mieszkaniach) i zatrzymano 47 podejrzanych. Najmniej upraw marihuany wykryto w województwie kujawsko-pomorskim (13) i pomorskim (18 upraw). Największą liczbę podejrzanych w 2010 roku odnotowano w grupie wiekowej 23-30 lat: 199 sprawców (Sikora, Safjański, Gołębiwski, 2011).

W 2011 roku odnotowano największą liczbę nielegalnych upraw – 609 (382 w pomieszczeniach oraz 227 upraw gruntowych) o łącznej powierzchni 10 593 m². Dane z 2011 roku dotyczące areалу nielegalnej powierzchni upraw pochodzą tylko z Biura Kryminalnego KGP.

Narkotyki syntetyczne

Amfetamina produkowana jest w Polsce przede wszystkim metodą Leucarta, a jej wytwarzaniem i dystrybucją najczęściej zajmują się zorganizowane grupy przestępcze, które organizują, wyposażają i zaopatrują nielegalne laboratoria. Policja odnotowuje zmiany w modus operandi grup przestępczych, które zaczęły dzielić poszczególne etapy produkcji amfetaminy. Niewątpliwie taka organizacja produkcji utrudnia pracę policji.

Tabela 3. Ilość ujawnionych narkotyków w Polsce w latach 2002–2011

Rodzaj narkotyku	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Haszysz (kg)	794,516	46,568	41,495	19,292	35,401	33,128	114,681	17,142	85,445	59,139
Marihuana (kg)	794,516	233,164	232,646	227,124	401,659	352,934	492,725	883,053	1501,801	1265,403
Heroina (kg)	585,705	6,913	255,214	41,151	155,401	123,623	78,915	85,873	24,871	51,359
Kokaina (kg)	423,48	800,558	28,029	16,871	21,932	160,981	28,710	117,491	111,084	78,121
Amfetamina (kg)	172,588	203,299	242,034	344,578	333,038	423,65	356,196	421,65	534,299	394,77
Metaamfetamina (kg)					0,163	5,712	0,124	10,069	1,234	0,517
Ecstasy (sztuki)	64452	102520	272198	492531	145344	610383	651 985	218616	26984	75082
LSD (listki)	797	20602	34288	2226	1453	327	353	642	1353	0

Źródło: Centrum Informacji KBPN.

W ostatnich latach nie ujawniono produkcji MDMA, MDA czy MDEA, ale konfiskowane są urządzenia do tabletkowania. Są one najprawdopodobniej wykorzystywane do produkcji tabletek na bazie amfetaminy, PMMA czy metaamfetaminy (Raczkowski, 2009, s. 113-114).

W 2011 roku w ramach ograniczania krajowej produkcji amfetaminy funkcjonariusze policji, w szczególności przedstawiciele Centralnego Biura Śledczego, prowadzili wiele działań operacyjnych skierowanych na zwalczanie zorganizowanych grup przestępczych zajmujących się produkcją amfetaminy. Zlikwidowano łącznie 50 grup przestępczych, które parały się produkcją narkotyków, a także 13 nielegalnych laboratoriów (9 amfetaminy, 2 mefedronu i 2 metaamfetaminy). W 2011 roku policja przeprowadziła profilowanie amfetaminy oraz BMK. Przebadano 1081 próbek amfetaminy oraz 6 próbek BMK, z czego 13 spraw profili amfetaminy powiązano z 84 zabezpieczeniami – spośród 327 ekspertyz przekazanych przez Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji. Policja uczestniczyła w trzech międzynarodowych operacjach zwalczania przemytu prekursorów:

- współpraca z Europolem oraz policją Holandii, Niemiec i Belgii, związana z przemytem z Polski do Holandii chemikaliów służących do produkcji amfetaminy oraz MDMA,
- współpraca z policją Niemiec oraz Holandii w zakresie przesyłki niejawnie nadzorowanej, w związku z przemytem chemikaliów oraz prekursorów z Chin i Indii do Europy,
- współpraca z policją z Łotwy, Litwy, Holandii oraz Niemiec w zakresie przesyłki niejawnie nadzorowanej, w związku z przemytem prekursorów z Łotwy do Holandii.

Bibliografia

Raczkowski K. (red.), „Narkotyki: organizacja przestępczości i system przeciwdziałania”, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.

Sikora A., Safjański M., Gołębiowski J., „Produkcja narkotyków z surowców naturalnych w Polsce”, Kwartalnik Policyjny 2(16)/2011.

Dane z bazy policyjnej TEMIDA.

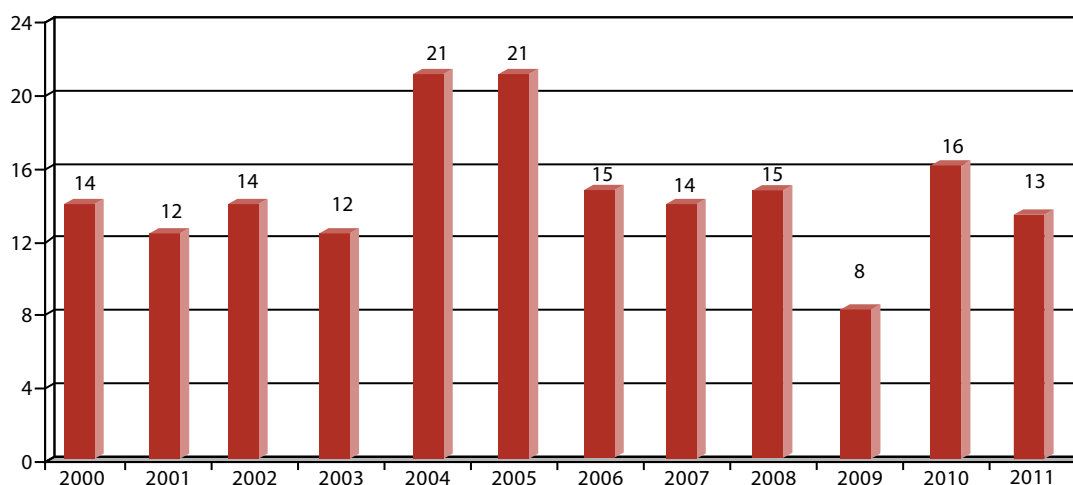
Dane z Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczące skazań z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 4. Liczba ujawnień przez policję nielegalnych upraw marihuany w latach 2006–2011

	Liczba ujawnionych upraw	Areal ujawnionych upraw (m ²)	Liczba ujawnionych roślin marihuany
2006	10	b.d.	5899
2007	128	7408	23900
2008	123	18435	16335
2009	422	31246	97928
2010	583	24415	68584
2011	609	10593	43232

Źródło: Informacja o realizacji KPPN – KGP.

Wykres 7. Liczba nielegalnych laboratoriów zlikwidowanych w latach 2000–2011



Źródło: Informacja o realizacji KPPN – KGP.

KONFERENCJA: NARKOTYKI – NARKOMANIA. POLITYKA, NAUKA I PRAKTYKA. PERSPEKTYWY WSPÓŁPRACY

Piotr Jabłoński

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od kilku miesięcy prowadzi przygotowania do zorganizowania w dniach 6-8 listopada 2012 roku konferencji poświęconej problematyce narkotyków i narkomanii widzianej zarówno z perspektywy działań zogniskowanych na ograniczaniu popytu na substancje psychoaktywne (profilaktyka, leczenie i rehabilitacja, redukcja szkód powodowanych przez narkotyki, działania reintegracyjne i interwencje socjalno-społeczne), jak i zagadnień związanych z ograniczaniem podaży (aktywność instytucji egzekwujących prawo).

I Ogólnopolska Konferencja „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Perspektywy Współpracy” ma zainaugurować tradycję organizowania co dwa lata spotkań, które będą służyły z jednej strony jako interdyscyplinarna, otwarta dla wszystkich interesariuszy platforma wymiany informacji, z drugiej zaś jako narzędzie tworzenia skutecznych form działań antynarkotykowych. Uczestnikami i beneficjentami tych wydarzeń mają być osoby i instytucje zaangażowane w przeciwdziałanie uzależnieniom w naszym kraju.

W programie tegorocznej konferencji uwzględnione zostaną zagadnienia właściwe nie tylko dla instytucji centralnych, ale również problematyka dotycząca samorządu terytorialnego oraz społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacji pozarządowych.

Planowany cykl spotkań służyć ma promowaniu polityki narkotykowej opartej na podejściach intersektorowych oraz na badaniach naukowych i dobrych praktykach. Stąd też konferencje będą organizowane pod wspólnym tytułem „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka”, natomiast zmianom będą ulegały podtytuły – każdorazowo podkreślające główne przesłanie spotkania. W tym roku Komitet Naukowy konferencji przyjął za temat wiodący „Perspektywy Współpracy”, mając na uwadze potrzebę promowania działań zintegrowanych, opartych na współpracy, owocującej powstawaniem wartości dodanej oraz na zrównoważonym podejściu do zagadnienia uzależnień.

W toku prac nad konferencją powołany został jej Komitet Naukowy, w skład którego wchodzi: prof. Czesław Czabała, dr Piotr Jabłoński, prof. Krzysztof Krajewski, prof. Zofia Mielecka-Kubień, dr Jacek Moskalewicz, dr Krzysztof Ostaszewski, prof. Marcin Wojnar i prof. Joanna Zamecka.

Komitet wypracował i zalecił do realizacji program spotkania, który będzie obejmował następujące sesje plenarne:

- Zjawisko narkomanii w Polsce. Najnowsze dane.
- Instrumenty współpracy i praktyka w obszarze redukcji podaży.
- Profilaktyka i terapia.
- Reakcja prawno-karna na problem narkotyków i narkomanii w Polsce.
- Prawa pacjenta i etyka w pracy z uzależnionym.
- Współpraca w przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce.

Przewidujemy również czas na prace zespołów problemowych.

Nad praktyczną realizacją konferencji czuwa Rada Programowa, złożona z przedstawicieli następujących instytucji: Ministerstwa Sprawiedliwości – Barbary Wilamowskiej, Centralnego Biura Śledczego – Ilony Kieres-Salomońskiej, Centralnego Zarządu Zakładów Karnych – Andrzeja Majcherczyka, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: Bogusławy Bukowskiej, Kamili Gryn, Artura Malczewskiego, Doroty Olszewskiej, Anny Radomskiej i Janusza Sierosławskiego oraz przedstawiciela Fundacji „Res Humanae” – Mateusza Liwskiego. Rada Programowa wspiera również wyłonionego w drodze konkursu realizatora technicznego konferencji, którym jest Fundacja „Res Humanae”.

Zgodnie ze wstępnymi założeniami, spotkanie ma zgromadzić około 150 specjalistów, delegowanych do udziału w nim przez instytucje i organizacje zaangażowane w problematykę uzależnień w naszym kraju. Patronat nad Konferencją przyjęła powołana przez Prezesa Rady Ministrów Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

ZĄŻYJ DAWKĘ SWOICH PRAW



żądać, aby już w protokole zatrzymania znalazł się wniosek o umorzenie postępowania i że zatrzymany powinien otrzymać kopię tego dokumentu. Innym razem od funkcjonariuszy policji otrzymuje propozycję dobrowolnego poddania się karze, z której nie powinien skorzystać; słyszy o możliwości umorzenia postępowania przez prokuratora, i tego powinien wprost zażądać; dowiadyuje się też o możliwości skorzystania z pomocy prawnej, którą oferuje m.in. Rzecznik Praw Osób Uzależnionych. Oprócz tego, zarówno w grze, jak i na stronie znalazł się element profilaktyczny. Jedną ze scen skłania do zastanowienia się nad niebezpieczeństwami związanymi z używaniem narkotyków (brak zastanowienia kończy grę). W dziale „Test” opisano owe niebezpieczeństwa i zamieszczono kilka pytań sprawdzających ewentualne symptomy nadużywania narkotyków.

Na koniec należy zaznaczyć, że proponowana gra nie jest propozycją unikania odpowiedzialności czy omijania prawa, ale poucza o prawach osób używających narkotyków i posiadających ich niewielkie ilości.

Podejście to jest zasadne również z punktu widzenia samego ustawodawcy, który w uzasadnieniu do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, podkreśla nastawienie na walkę z handlarzami i przestępczością zorganizowaną, a nie z użytkownikami.

Głównym obszarem działania Polskiej Sieci ds. Polityki Narkotykowej i Stowarzyszenia JUMP'93 jest kształtowanie prawa narkotykowego i pomoc osobom używającym narkotyków. Przedstawiciele Sieci uczestniczą w procesach legislacyjnych, prowadzą debatę publiczną na tematy związane z ustawodawstwem i lecnictwem uzależnień oraz aktywnie pracują nad rozwojem programów substytucyjnych w Polsce.

Ostatni projekt sygnowany przez PSPN i JUMP'93 to gra internetowa mówiąca o ryzyku posiadania i używania narkotyków i uświadamiająca, jakie prawo przysługuje w Polsce osobie zatrzymanej za posiadanie niewielkich ilości narkotyków.

Gra jest aplikacją flashową otwieraną przez YouTube (do znalezienia pod hasłem „Zażyj dawkę swoich praw”). Składa się na nią kilka epizodów, stanowiących odrębne interaktywne animacje. Pierwsza przedstawia „imprezę jakich wiele”, na której dwoje młodych ludzi zostaje zatrzymanych za posiadanie marihuany. Następne dotyczą kolejnych etapów procedury, przez którą przechodzą osoby złapane z narkotykami, jak zatrzymanie, spisanie protokołu, przesłuchanie, szukanie pomocy prawnej itd. Na koniec każdego epizodu użytkownik może zdecydować o dalszym działaniu bohaterów, wybierając jedno z dwóch proponowanych rozwiązań. W zależności od wyboru, zostaje on przeniesiony do następnego epizodu lub – w przypadku podjęcia złej decyzji – kończy grę. Gra kończy się krótkim, pokazanym w kilku fotkach z przyszłości, streszczeniem konsekwencji, jakie przynosi zaniechanie działania i, w rezultacie, wyrok. Decyzje właściwe prowadzą w końcu do umorzenia postępowania karnego za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek.

Jednoliniowa fabuła gry (możliwość wyboru tylko jednej odpowiedzi, aby nie skończyć) ogranicza nieco warstwę informacyjną, jednak gwarantuje klarowność komunikatu – przedstawiona jest jedna, standardowa i najbardziej skuteczna możliwość prowadzenia sprawy.

Scenki w grze są bardzo proste graficznie, a od strony merytorycznej nastawione na pokazanie praktyki działania. Proces zatrzymania i zdarzeń po nim następujących przedstawiony jest krok po kroku, tak jak ma to miejsce w rzeczywistości.

Po każdym etapie, niezależnie od wyboru, użytkownik otrzymuje krótką informację o przysługujących mu w danej sytuacji prawach. Oprócz tego kierowany jest na stronę Sieci, gdzie znajduje się szersze omówienie przepisów i procedur prowadzenia spraw o posiadanie narkotyków.

Informacje te umieszczone są w zakładce GRA – „Poznaj swoje prawa”, gdzie znalazła się informacja o art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dopuszczającym umorzenie postępowania. Z kolei w dziale „Informator prawny” omówiono art. 72 te same ustawy. Odwiedzający otrzymuje też propozycje programów pomocowych. Użytkownik aplikacji, przeglądając ją, dowie się, co robić, jak się zachowywać i o czym pamiętać, aby mieć jak największe szanse na umorzenie postępowania. Dowie się na przykład, że należy

