



# Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 1 (28) 2005

Zróżnicowanie terytorialne  
rozpowszechnienia  
narkomanii w Polsce



Skala rozpowszechnienia  
(wskaźnik na 100 tys. osób)

– 13,0
13,1 - 26,0
26,1 - 39,0
39,1 - 52,0
52,1 +

*Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 roku  
z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń  
zachowania spowodowanych używaniem substancji  
psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta*

## SPIS TREŚCI

### NARKOMANIA W POLSCE W 2003 ROKU

#### Dane lecznictwa stacjonarnego

*Janusz Sierostawski* ..... str. 3

### RAPORT MIĘDZYNARODOWEGO

#### ORGANU KONTROLI ŚRODKÓW

ODURZAJACYCH ZA 2004 ROK ..... str. 22

### WSTĘPNA OCENA KRAJOWEGO

#### PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA

#### NARKOMANII NA LATA 2002 - 2005

*Janusz Sierostawski,*

*Katarzyna Okulicz-Kozaryn* ..... str. 31

### CHOROBY ZAKAŻNE W ZWIĄZKU

#### Z UŻYCIEM NARKOTYKÓW

#### - monitorowanie zjawiska

*Agnieszka Marchel* ..... str. 37

### POLSKO - NIEMIECKA UMOWA BLIŹNIACZA

*Michał Kidawa* ..... str. 40

### OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na program specjalistycznego

szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji

uzależnienia od narkotyków zatwierdzany

i certyfikowany przez Ministra Zdrowia ..... str. 43

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii już po raz trzeci przygotowało i wydało **Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym „Gdzie szukać pomocy?”**, który jest kontynuacją wydań z lat 2000 i 2002. Obecne wydanie jest znacznie poszerzone. Oprócz aktualizacji i weryfikacji istniejącej bazy danych dotyczących placówek ambulatoryjnych, stacjonarnych, oddziałów detoksykacyjnych, placówek prowadzących badania na obecność wirusa HIV, programów metedonowych, dodatkowo zamieszczone zostały placówki prowadzące hostele i mieszkania readaptacyjne dla osób, które pomyślnie zakończyły leczenie w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Informator jest bezpłatny. W formie książkowej jest udostępniany na pisemną prośbę zainteresowanych instytucji oraz w wersji elektronicznej na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii [www.narkomania.gov.pl/informator.htm](http://www.narkomania.gov.pl/informator.htm)

Zachęcamy Państwa do współtworzenia informatora i przesyłania informacji o wszelkich zmianach adresowych, a także informacji o nowych placówkach. Każda placówka, która pragnie uaktualnić swoje dane lub dodać nowe, proszona jest o pobranie ze strony Krajowego Biura pliku kwestionariusz.zip, a następnie przesłanie go drogą pocztową na adres Biura wraz z aktualną pieczęcią placówki i podpisem osoby upoważnionej.

## NARKOMANIA W POLSCE W 2003 ROKU

### Dane lecznictwa stacjonarnego\*

Jak co roku prezentujemy dane statystyczne stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego odnoszące się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń (X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów – rozpoznania nr F11-F16, F18, F19). To sformułowanie zaczerpnięte z języka diagnostyki medycznej odpowiada, z pewnymi zastrzeżeniami, używanemu w naukach społecznych terminowi „narkomania“, rozumianemu jako regularne używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń w sposób powodujący już poważne problemy. Dane statystyczne lecznictwa obejmują pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Pozwalają one, z pewnymi zastrzeżeniami, na śledzenie trendów w ilościowym rozwoju zjawiska. Przedmiotem tego komunikatu będzie przedstawienie danych statystycznych lecznictwa psychiatrycznego w części dotyczącej problemu substancji za 2003 rok na tle danych z lat ubiegłych.

Lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i lecznictwo psychiatryczne stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego systemu sprawozdawczości są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z lecznictwa stacjonarnego

są zatem dokładniejsze – nie są one obciążone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu skoncentrujemy się na danych lecznictwa stacjonarnego, bowiem – jak się wydaje – lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Rok 2003 jest siódmym rokiem obowiązywania w Polsce X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10), która zastąpiła stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję (ICD 9). Efektem zmiany klasyfikacji było znaczne ograniczenie porównywalności danych w szeregach czasowych. Zarówno ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu Rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany zaburzyły możliwość śledzenia trendów i skłaniają do dużej ostrożności w ich interpretacji. Na problemy wynikające ze zmiany klasyfikacji nałożyły się zakłócenia związane ze strajkami lekarzy, jakie nastąpiły w latach 1997-1998. Często stosowaną wówczas formą protestu była odmowa kompletnego wypełniania kart statystycznych. Stąd w danych za tamte lata znaleźć można luki. Wprawdzie część owych luk udało się później uzupełnić, ale i tak dane z tego okresu są obciążone pewnych błędem.

Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 2003 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się „uzależnienie od leków“

\* dostępne także na stronie [www.narkomania.gov.pl/epidemiologia.htm](http://www.narkomania.gov.pl/epidemiologia.htm)

(304.0-304.9), „nadużywanie leków bez uzależnienia“ (305.2-305.9) oraz „psychozy lekowe“ (292). Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków“. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie uzależnienia nie tylko od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również od wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od leków uspokajających i nasennych czy morfiny, ale również od takich substancji jak opiaty domowego wyrobu (tzw. „kompot“), marihuana, amfetamina czy nawet substancje wziewne – np. kleje. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia – nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten temat są pełniejsze, tzn. obarczone mniejszą liczbą braków danych, a tym samym chociaż lepsze, to nie do końca porównywalne z poprzednio zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą z perspektywy analiz epidemiologicznych zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii „opiaty łączone z innymi środkami“. W efekcie większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami,

a była to zawsze bardzo pokaźna grupa licząca ok. 30-50%, wpada do kategorii „używanie różnych środków“. Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z poprzednimi latami. Można się spodziewać, że część lekarzy mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii „opiaty łączone z innymi środkami“, zamiast „uzależnienia mieszanego“, wybierze „uzależnienie od opiatów“.

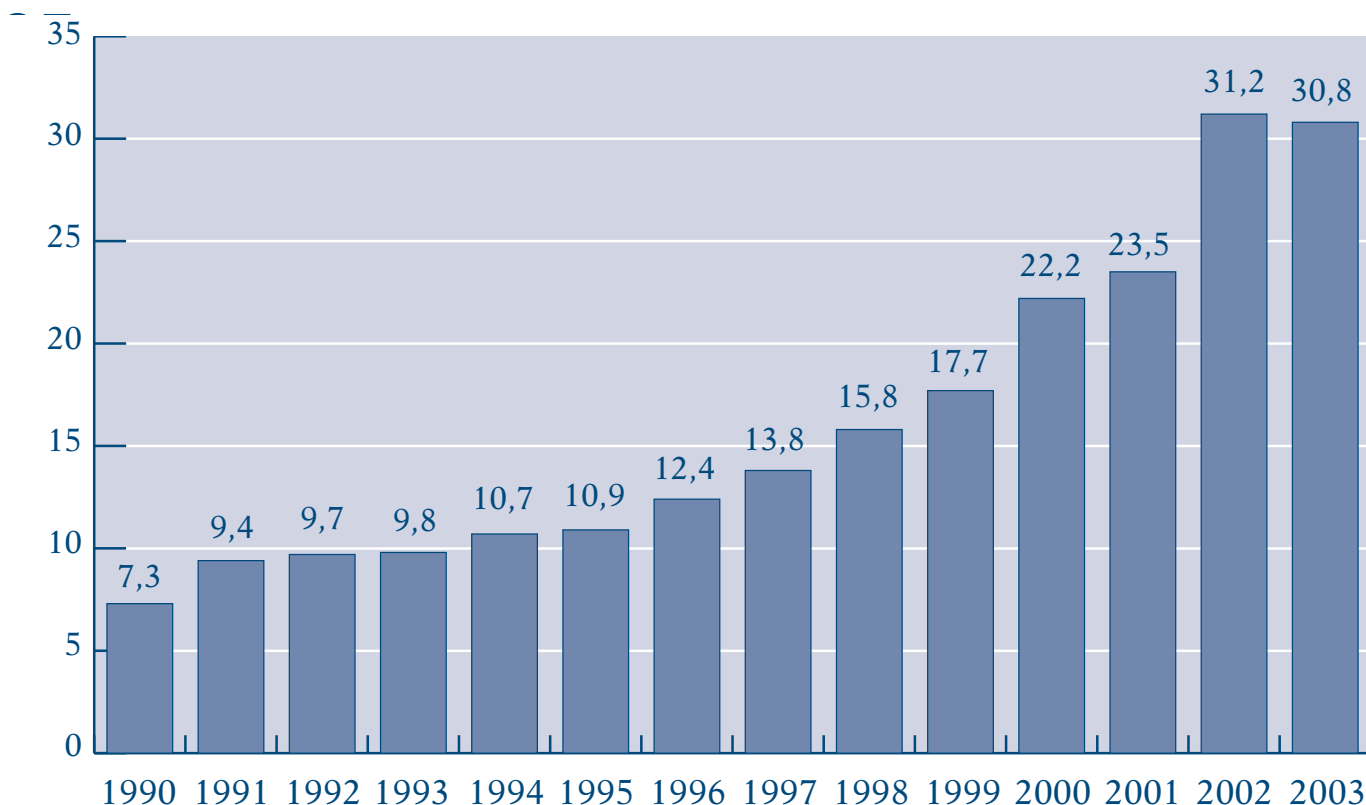
Przystępując do analizy danych warto pamiętać, że leczenie psychiatryczne ambulatoryjne i leczenie psychiatryczne stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Dane za 2003 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1997-2002, a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych posłużą tu dwa wskaźniki. Pierwszy to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły czy też kontynuowały w następnym roku. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków, nie notowanych wcześniej w leczeniu, a więc bliższy jest temu, co dzieje się w populacji.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 2003 r. przyjęto do leczenia stacjonarnego 11 778 osób (*tabela 1*). Oznacza to spadek o 1,2% w stosunku do 2002 r., kiedy to przyjęto 11 915 osób. Spadek ten stanowi przełom w trendzie wzrostowym notowanym od początku lat dziewięćdziesiątych

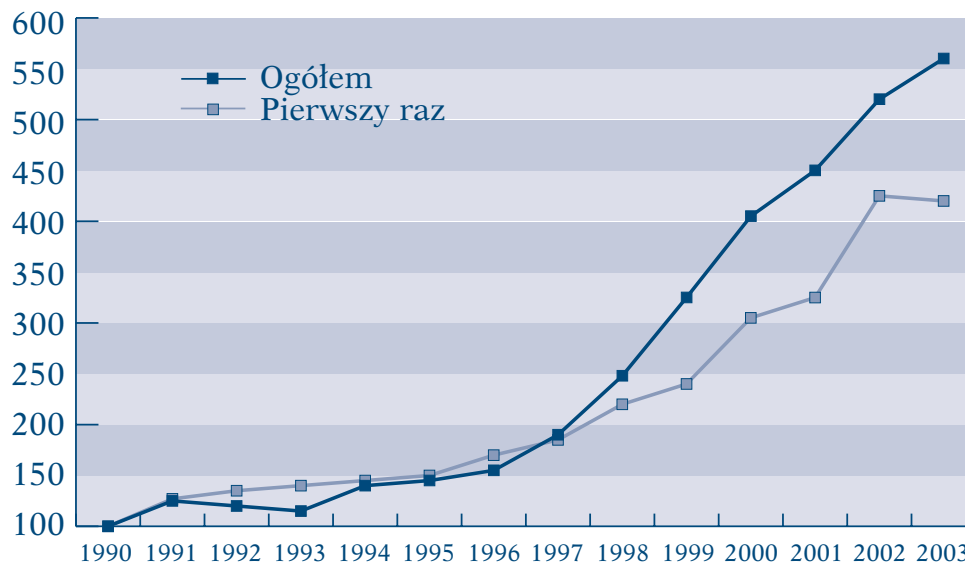
**Tabela 1.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Lata	Liczba osób	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,3
1991	3614	9,4
1992	3710	9,7
1993	3783	9,8
1994	4107	10,7
1995	4223	10,9
1996	4772	12,4
1997	5336	13,8
1998	6100	15,8
1999	6827	17,7
2000	8590	22,2
2001	9096	23,5
2002	11915	31,2
2003	11778	30,8

**Wykres 1.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



**Wykres 2.** Dynamika wskaźników przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100)



**Tabela 2.** Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Lata	Pierwszorazowi	Wszyscy	Odsetek pierwszorazowych
1990	1260	2803	45,0
1991	1593	3614	44,1
1992	1547	3710	41,7
1993	1505	3783	39,8
1994	1693	4107	41,2
1995	1759	4223	41,7
1996	1980	4772	41,5
1997	2438	5336	45,7
1998	3115	6100	51,1
1999	4040	6827	59,2
2000	5075	8590	59,1
2001	5617	9096	61,8
2002	6537	11915	54,9
2003	6693	11778	56,8

(wykresy 1 i 2). Wskaźnik zgłaszalności do leczenia w ostatnich latach wzrastał nierównomiernie. Na przykład między 2000 a 2001 rokiem zwiększył się o 6%, a między 2001 i 2002 r. aż o 32,7%. Nie wiadomo zatem, czy obecny spadek stanowi trwałé odwrócenie trendu, czy jest przejawem jego fluktuacji. Na rozstrzygnięcie tej kwestii poczekać trzeba, aż dostępne będą dane za 2004 r.

Nieco inny obraz otrzymujemy, gdy analizujemy przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2). W początkach lat dziewięćdziesiątych udział pacjentów pierwszorazowych wśród przyjętych ogółem malał z 45% w 1990 r. do 40% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%. Oznacza to, że tempo wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 r. przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W następnych latach także obserwujemy wzrost: w 1998 r. odsetek ten wyniósł 51,1%, a 1999 r. – 59,2%. W 2000 r. nastąpiło zahamowanie wzrostu odsetka pacjentów pierwszorazowych na poziomie 59,1%. W 2001 r. udział pacjentów leczących się

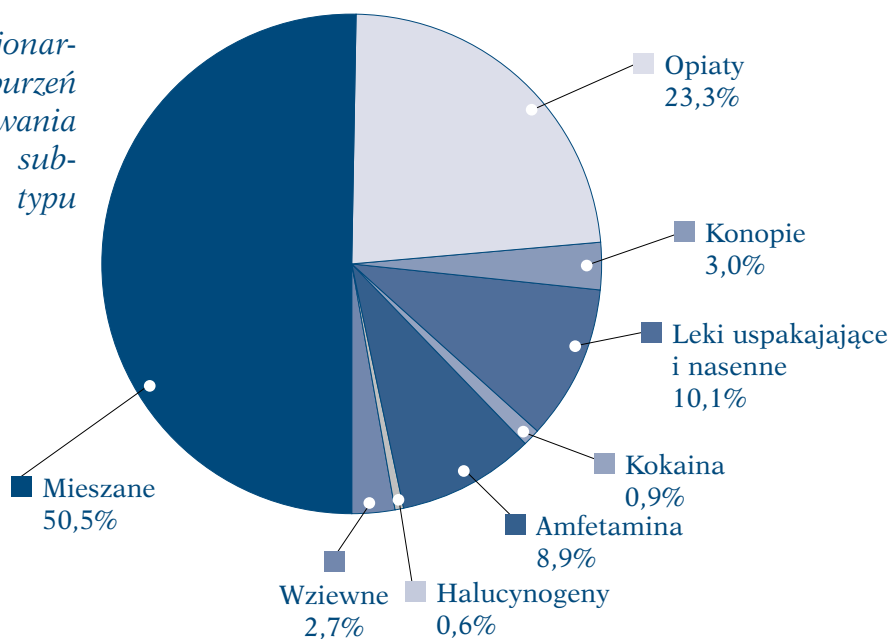
pierwszy raz w życiu znowu wzrósł, zaś w 2002 r. spadł i to poniżej wartości z 1999 r. Rok 2003 przyniósł ponowny wzrost odsetka do poziomu 56,8%. Stało się tak za sprawą lekkiego wzrostu liczby pacjentów pierwszorazowych przy spadku liczby pacjentów ogółem.

Warto zauważyć, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu.

Dynamikę wskaźników zgłaszalności do stacjonarnego leczenia oraz zgłaszalności pierwszorazowej prześledzić można na wykresie 2. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, przy czym po 1995 r. wzrost wyraźnie się nasilił. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej o dynamice wyższej niż wskaź-

### Wykres 3.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji



nik przyjętych ogółem. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 2003 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. ponad czterokrotnie, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad pięciokrotnie.

W 2003 r. jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 3 najliczniejszą pozostaje grupa osób z problemem opiatów (23%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (10%), środków z grupy amfetamin (9%), substancji wziewnych (3%) i przetworów konopi (3%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Struktury diagnoz według typu środka unaocniają słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Ponad połowa osób znajduje się w kategorii „mieszane“ i „nieokreślone“. O środkach używanych przez tę grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powiedzieć poza tym, że w przypadku większości pacjentów jest ich więcej niż jeden. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997-2003 (tabela 3) pokazuje na pewne zmiany. W latach 1997-1999 były one niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,7% w 1999 r. W 2000 r. odnotować trzeba spadek odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 5,8% i praktycznie stabilizację w 2001 r. na poziomie 6,0%. W kolejnych latach następuje wzrost tego odsetka do 8,1% w 2002 r. i 8,9% w 2003 r. W latach 1997-2001 notuje się niewielki spadek odsetka osób z problemem opiatów z 43 do 40%. W 2002 r. odsetek ten zmniejszył się radykalnie, bo do poziomu 30%, w 2003 r. nastąpił dalszy spadek do wartości 23,3%. Przez cały okres w miarę systematycznie spada odsetek osób nadużywających substancji wziewnych. Wzrastały natomiast

odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych – od 31% w 1997 r. do 50,4% w 2003 r.

Porównanie danych z lat 1997-2001 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem. Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmowali również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a w latach dziewięćdziesiątych coraz częściej amfetaminę. Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiatów. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych na wykresie 4 w 2003 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Zahamowanie trendu spadkowego liczby nadużywających substancji wziewnych. Trend wzrostowy został zapoczątkowany w 1994 r., w latach 1995-1997 tempo wzrostu było szczególnie szybkie, w 1998 r. trochę osłabło. W 1999 r. rozpoczął się spadek, który uległ przyspieszeniu w 2001 r. W 2002 r. liczba leczonych trochę wzrosła, a w 2003 r. spadła do poziomu niższego niż w 2001 r.
- Lekkie osłabienie trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1997 r. Wcześniej, w latach 1991-1996 przeważała lekka tendencja spadkowa. W 1997 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźnika, skala wzrostu w latach 1998 i 1999 była nieco mniejsza. W 2000 r.

**Tabela 3.** Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

#### Liczby pacjentów

Lata	Opiaty	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Konopie	Amfetamina	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	2313	449	46	70	204	70	535	1649
1998	2569	509	45	110	367	75	564	1861
1999	2652	573	52	164	459	91	455	2381
2000	3383	769	50	246	502	62	449	3129
2001	3674	724	19	269	544	61	340	3465
2002	3609	1074	98	409	966	62	397	5300
2003	2745	1187	107	356	1054	74	321	5934

#### Odsetki pacjentów

Lata	Opiaty	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Konopie	Amfetamina	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	43,3	8,4	0,9	1,3	3,8	1,3	10,0	30,9
1998	42,3	8,3	0,7	1,8	6,0	1,2	9,2	30,5
1999	38,8	8,4	0,8	2,4	6,7	1,3	6,7	34,9
2000	39,4	9,0	0,6	2,9	5,8	0,7	5,2	36,4
2001	40,4	8,0	0,2	3,0	6,0	0,7	3,7	38,1
2002	30,3	9,0	0,8	3,4	8,1	0,5	3,3	44,5
2003	23,3	10,1	0,9	3,0	8,9	0,6	2,7	50,4

nastąpiło ponowne przyspieszenie wzrostu, a w 2001 r. – lekki spadek. W 2002 r. liczba leczonych wzrosła bardziej niż w 2000 r., zaś w 2003 r. wzrost był nieco mniejszy.

- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r. wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż w latach poprzednich, w 2000 r. nastąpiło lekkie

osłabienie skali wzrostu. W 2002 r. tempo wzrostu było znacznie większe niż w latach poprzednich, w 2003 r. znowu osłabło.

- Zahamowanie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przyspieszył w 1997 r. W 2000 r. notujemy dalsze przyspieszenie skali wzrostu, w 2001 r. jego osłabienie, zaś w 2002 r.

dalsze przyspieszenie. W 2003 r. liczba pacjentów leczonych z powodu problemów związanych z używaniem konopi lekko spadła, jednak do poziomu wyższego niż w 2001 r. Liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest niemal trzykrotnie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy.

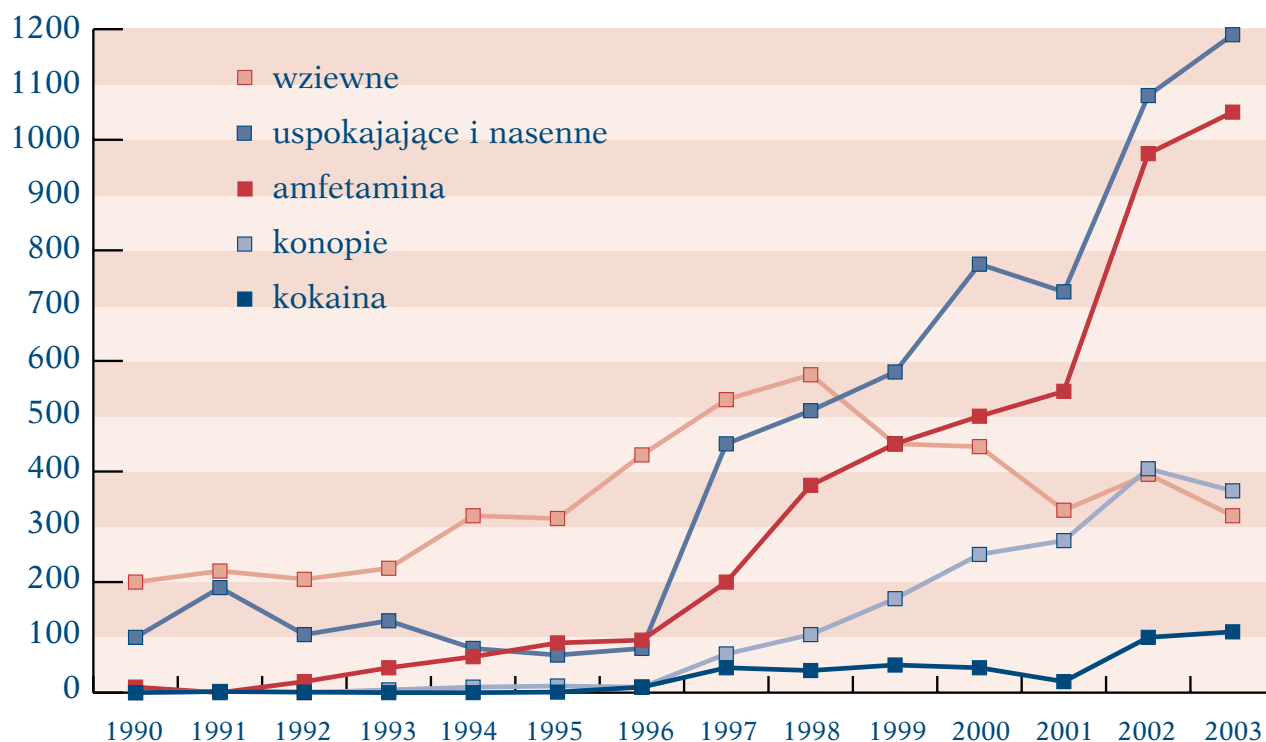
- Stabilizacja liczby osób nadużywających kokainy. Do 1996 r. spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 r. ich liczba skokowo wzrosła. Od 1998 r. notowano stabilizację, przerwana spadkiem w 2001 r. i wzrostem w 2002 r. W 2003 r. notujemy stabilizację na poziomie wyższym niż w końcówce lat dziewięćdziesiątych.

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. W latach 1997-2000 obserwujemy

**Tabela 4.** Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Lata	Mężczyźni		Kobiety	
	N	%	N	%
1997	3936	73,8	1400	26,2
1998	4519	74,1	1581	25,9
1999	5209	76,3	1618	23,7
2000	6702	78,0	1888	22,0
2001	7006	77,0	2090	23,0
2002	8633	76,8	2608	23,2
2003	8952	76,0	2826	24,0

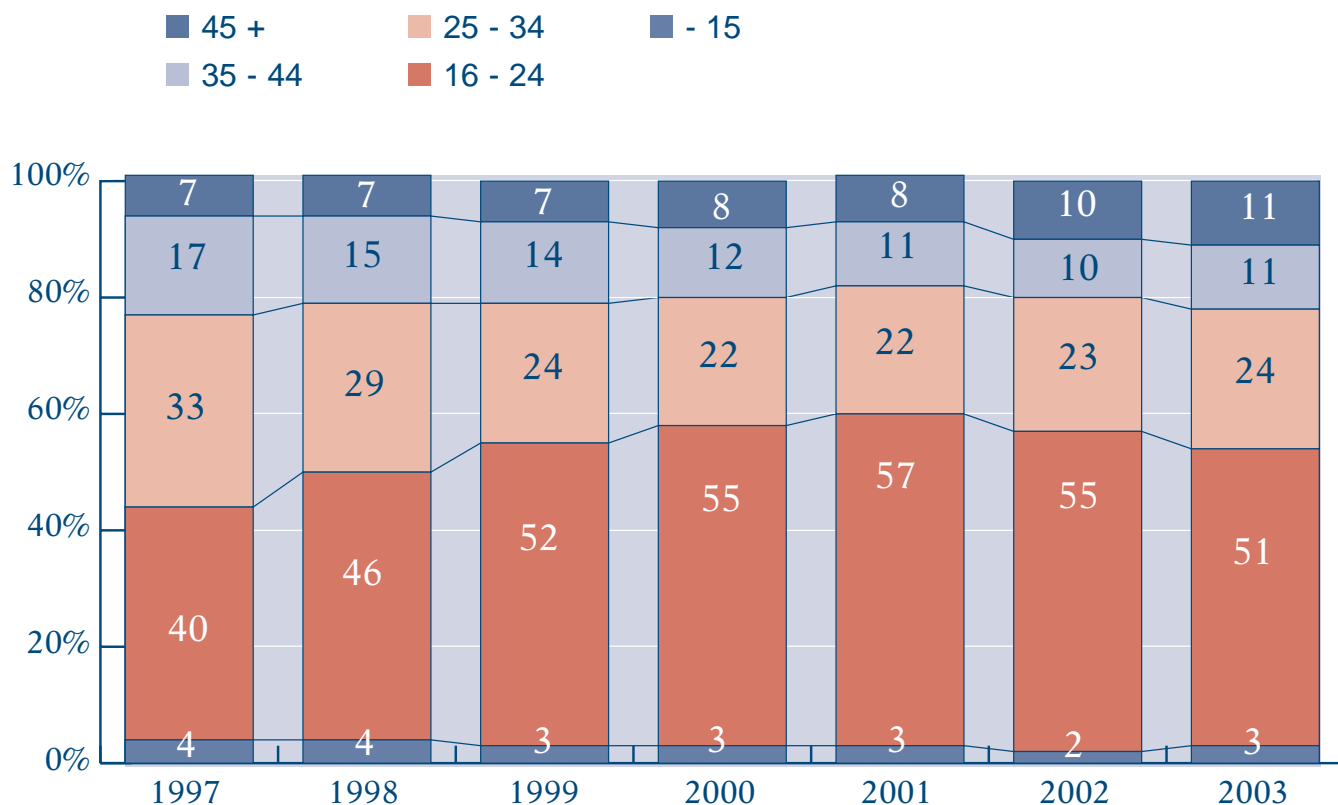
**Wykres 4.** Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1990-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych — wybrane typy środków wg liczby pacjentów



**Tabela 5.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

Struktura wieku	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
- 15	3,6	3,6	3,6	2,9	2,8	2,3	2,6
16-19	15,2	18,6	15,2	24,2	24,9	23,7	19,8
20-24	24,5	27,1	24,5	30,5	31,6	31,6	31,3
25-29	18,2	16,9	18,2	14,3	14,8	15,4	16,7
30-34	14,8	12,1	14,8	7,9	7,1	7,2	7,7
35-39	10,1	8,6	10,1	6,7	5,8	5,3	5,5
40-44	6,9	6,1	6,9	5,5	4,9	4,9	5,1
45 +	6,7	7,0	6,7	7,9	8,1	9,6	11,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Wykres 5.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg wieku



bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i co się z tym wiąże spadek odsetka kobiet. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 4 kobiety stanowiły w 2000 r. ok. 22% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze w 1997 r. – 26%. W latach 2000-2003 odnotować trzeba odwrócenie się trendu. Od 2001 r. odsetek kobiet powoli, ale konsekwentnie rośnie. W 2003 r. wyniósł on 24%.

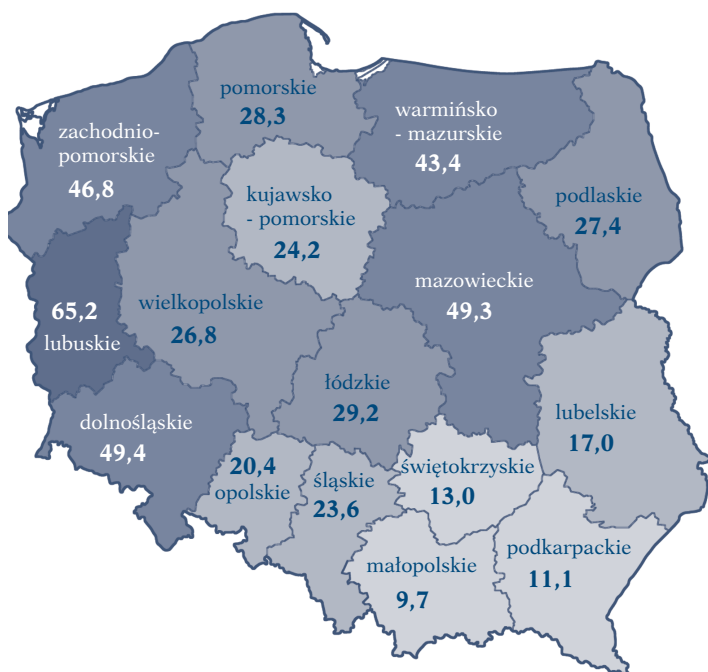
Znacznie większe zmiany obserwuje się

natomiast w strukturze wieku (tabela 5, wykres 5). W latach 1997-2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lat i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wynosił już 57%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 97-98%. W 2002 r. nastąpiła

**Tabela 6.** Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg miejsca zamieszkania pacjenta

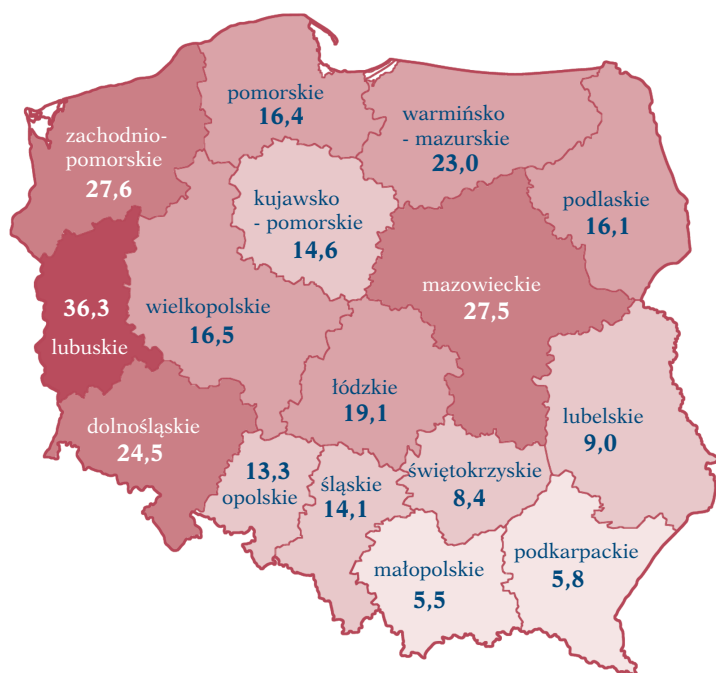
Województwo	Liczby osób w 2003 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2003 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2002 r.	Wskaźniki zmiany 2002 = 100	Wskaźniki zmiany 1990 = 100
POLSKA	11778	30,8	31,2	99	420
Dolnośląskie	1432	49,4	50,4	98	266
Kujawsko-pomorskie	501	24,2	21,0	115	360
Lubelskie	373	17,0	14,7	116	389
Lubuskie	657	65,2	76,6	85	487
Łódzkie	758	29,2	23,6	124	671
Małopolskie	315	9,7	7,9	123	384
Mazowieckie	2531	49,3	54,4	91	659
Opolskie	215	20,4	18,1	113	265
Podkarpackie	232	11,1	10,0	111	305
Podlaskie	330	27,4	20,7	132	311
Pomorskie	619	28,3	24,8	114	324
Śląskie	1114	23,6	20,9	113	286
Świętokrzyskie	168	13,0	10,4	125	343
Warmińsko-mazurskie	620	43,4	42,5	102	554
Wielkopolskie	900	26,8	23,1	116	662
Zachodniopomorskie	794	46,8	41,4	113	544
Brak danych i obcokrajowcy	219				

**Rysunek 1.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (wskaźnik na 100 000 mieszkańców)



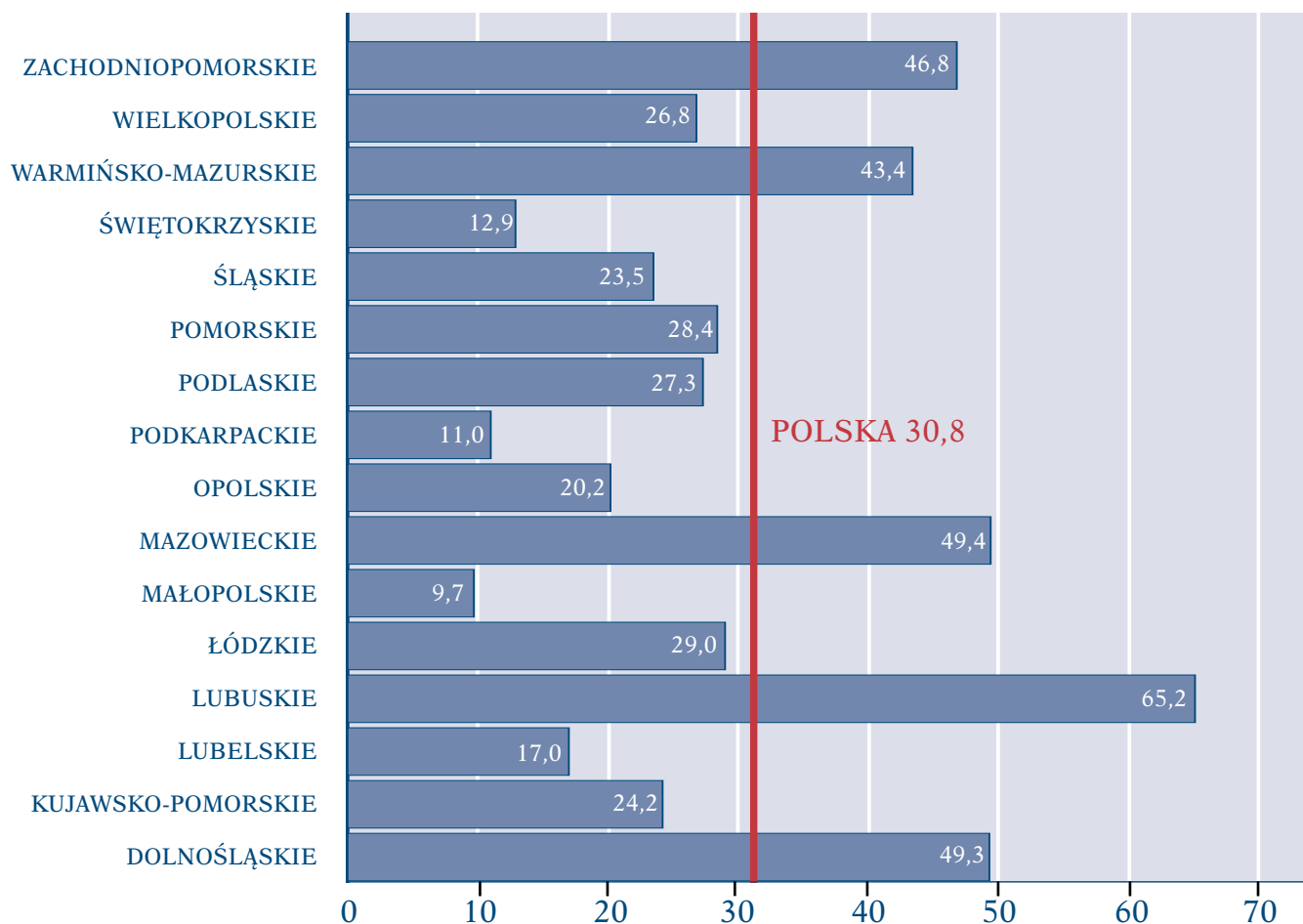
Przedziały wskaźników	Liczba województw
- 13,0	3
13,1 - 26,0	4
26,1 - 39,0	4
39,1 - 52,0	4
52,1 +	1

**Rysunek 2.** Przyjęci po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (wskaźnik na 100 000 mieszkańców)



Przedziały wskaźników	Liczba województw
- 8,0	2
8,1 - 16,0	5
16,1 - 24,0	5
24,1 - 32,0	3
32,1 +	1

**Wykres 6.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



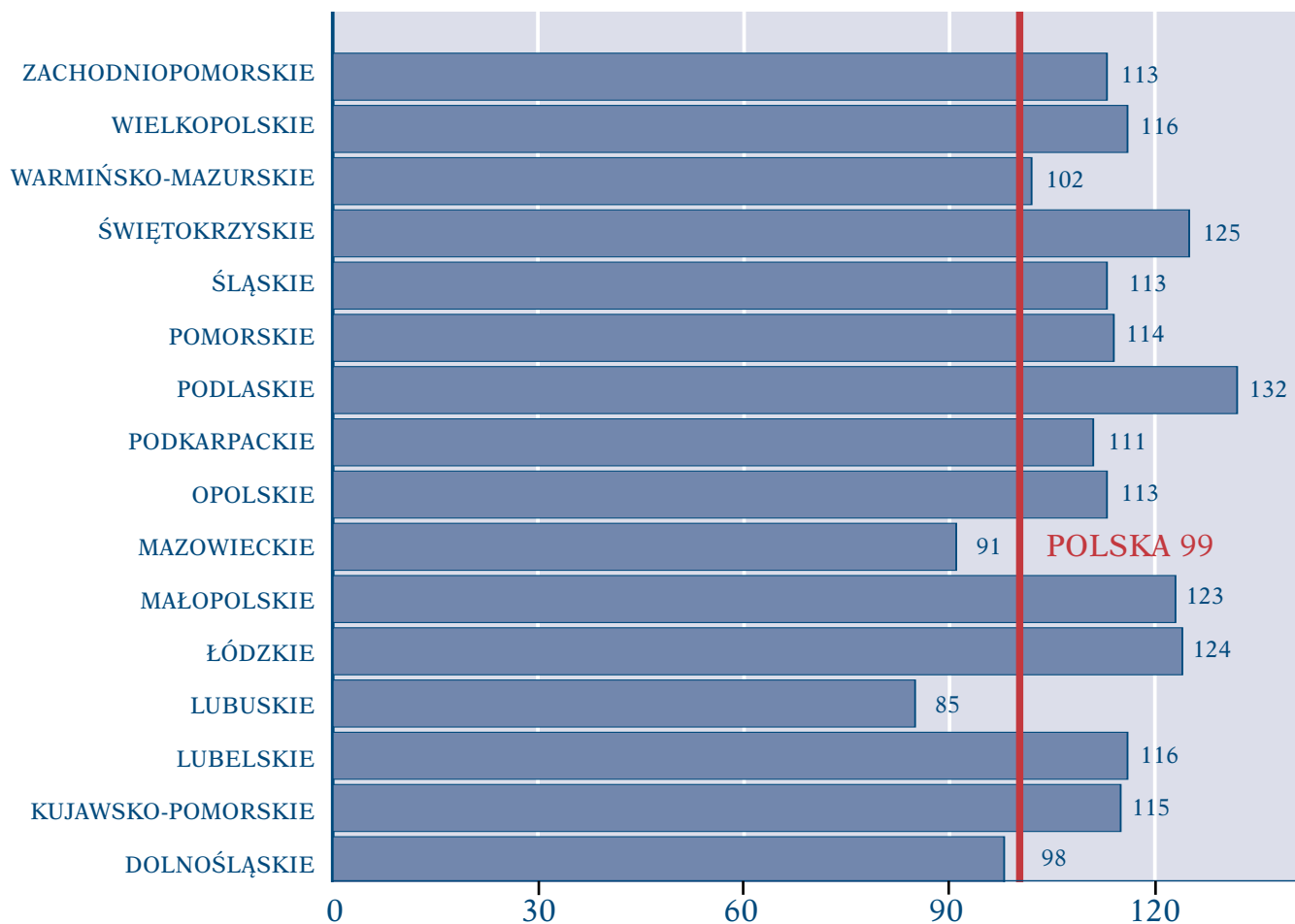
zmiana opisanej wyżej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16-24 spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 r. Jednocześnie wzrosły trochę odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 25-34 lata. W 2003 r. obserwujemy kontynuację tej tendencji: odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat spadł do poziomu 51%, zaś udział najstarszych (powyżej 44 roku życia) zwiększył się do 11%.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska.

Odwrócenie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji rozmiarów zjawiska.

Przez cały analizowany okres utrzymuje się stały, stosunkowo niewielki odsetek osób poniżej 15 roku życia (2-4%). Nie potwierdza to potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci. Nawet jeśli po narkotyki zaczyna sięgać młodzież poniżej szesnastego roku życia, to do regularnego, problemowego używania skłaniającego do podjęcia leczenia stacjonarnego dochodzi zwykle po przekroczeniu piętnastego roku życia.

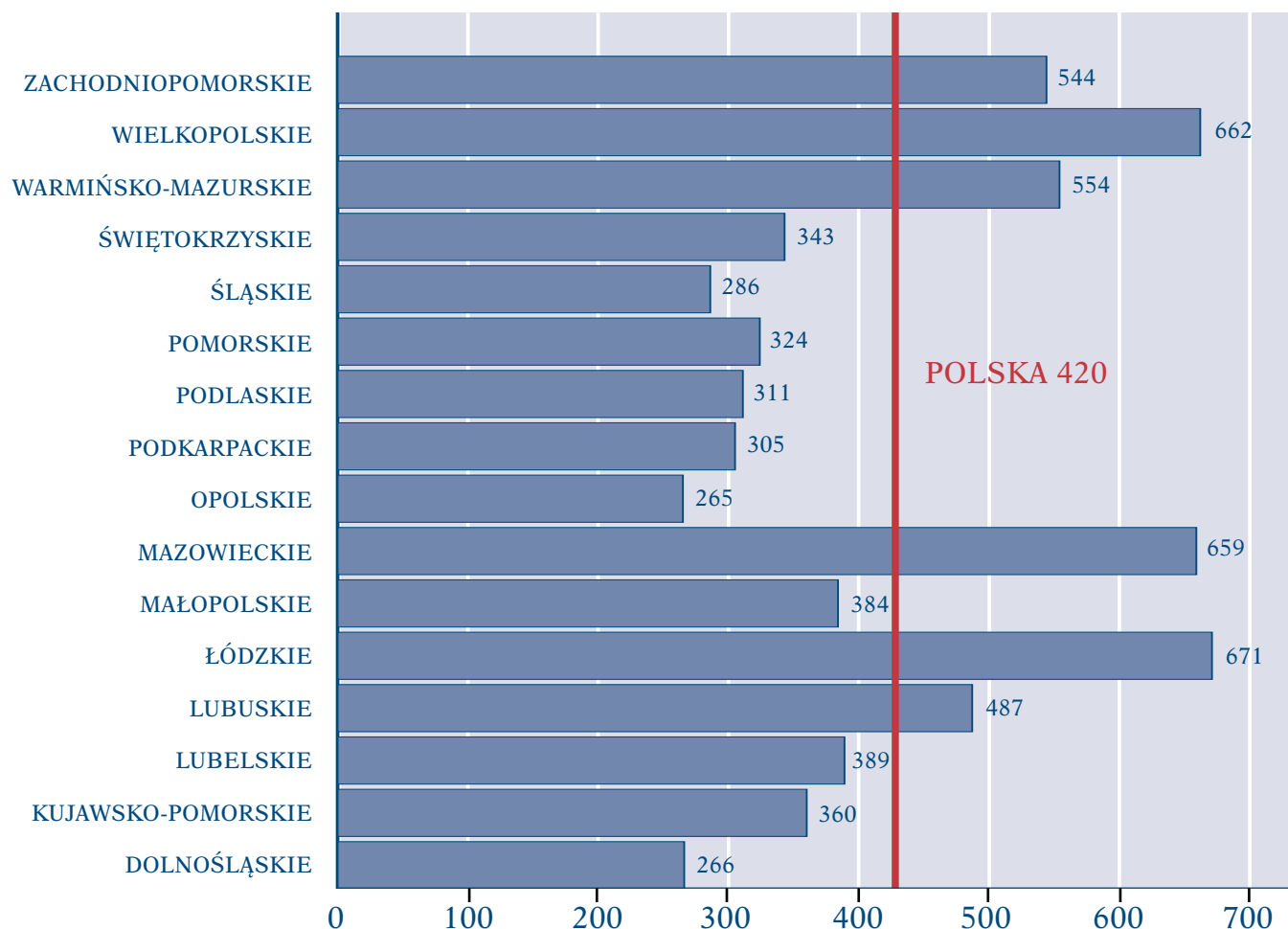
**Wykres 7.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 2002 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (2002 = 100)



Podobnie, jak w latach ubiegłych, w 2003 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 6 i na wykresie 6 odnotować trzeba znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (lubuskie – 65,2) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (małopolskie – 9,7). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca

zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: mazowieckie (49,3), dolnośląskie (49,4), zachodniopomorskie (46,8) i warmińsko-mazurskie (43,4). Wszystkie one z wyjątkiem mazowieckiego położone są w zachodniej bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski. W liczbach bezwzględnych najlicz-

**Wykres 8.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1990 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (1990=100)



niej reprezentowane są województwa: mazowieckie (2531 osób), dolnośląskie (1432 osób) i śląskie (1114 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Dane zawarte w przedostatniej kolumnie tabeli 6 i na wykresie 7 pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 2002 r. i 2003 r. Spadek wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach ubyło narkomanów. Paradoksalnie w większości województw obserwujemy wzrost

wskaźnika. Spadek nastąpił tylko w trzech województwach – największy w lubuskim, następnie w mazowieckim i najmniejszy w dolnośląskim. W pozostałych województwach odnotować trzeba wzrost. Z największym wzrostem mamy do czynienia w województwach: podlaskim (o 32%), świętokrzyskim (o 25%) i łódzkim (o 24%). Najmniejszy wzrost obserwujemy w województwie warmińsko-mazurskim (o 2%).

Warto zauważyć, że we wszystkich trzech województwach, w których nastąpił spadek, w 2002 r. wskaźniki były dużo wyższe niż średnia krajowa. Także województwo

**Tabela 7.** Przyjęci po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg miejsca zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba pacjentów pierwszorazowych	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na tys. mieszkańców	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2002 = 100
POLSKA	6693	56,8	17,5	102
Dolnośląskie	710	51,7	24,5	93
Kujawsko-pomorskie	302	61,5	14,6	101
Lubelskie	197	55,0	9,0	117
Lubuskie	366	56,2	36,3	81
Łódzkie	496	66,5	19,1	122
Małopolskie	178	58,0	5,5	129
Mazowieckie	1412	58,6	27,5	84
Opolskie	140	68,3	13,3	121
Podkarpackie	120	54,3	5,8	109
Podlaskie	194	61,0	16,1	132
Pomorskie	357	59,3	16,4	114
Śląskie	664	61,7	14,1	116
Świętokrzyskie	108	65,9	8,4	140
Warmińsko-mazurskie	328	54,4	23,0	106
Wielkopolskie	555	63,8	16,5	113
Zachodniopomorskie	467	63,7	27,6	113
Brak danych i obcokrajowcy				99

o najniższym wzroście mieści się w czołówce województw o najwyższym rozpowszechnieniu narkomanii. Jednocześnie największe procentowe wzrosty nastąpiły w województwach, gdzie notowano niskie rozpowszechnienie. To tłumaczy lekki spadek wskaźnika ogólnopolskiego przy wzroście wskaźników w większości województw.

Spadek w trzech województwach z nawiązką zrównoważył wzrosty we wszystkich pozostałych.

W zmianach z 2003 r. można dostrzec ślady tendencji polegającej na wyrównywaniu się poziomów rozpowszechnienia. W jakim stopniu będzie ona trwała pokażą dane z lat następnych.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie *tabeli 6* i na *wykresie 8*. Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1990 r. i 2003 r. Dane za 1990 r. zostały przeliczone na układ nowego podziału administracyjnego kraju obowiązujący od 1999 r. Zabieg taki pozwala śledzić sytuację epidemiologiczną na terenach, które weszły w skład nowych województw. Dzięki temu możemy dostarczyć władzom wojewódzkim danych do lepszego rozumienia i przewidywania rozwoju sytuacji na ich terenie. Porównanie zmian w ostatnich trzynastu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 420%, z jednej strony spotykamy województwo, gdzie wzrost był niemal siedmiokrotny (łódzkie – 671%,), z drugiej strony województwa, gdzie liczba pacjentów zwiększyła się nieco ponad dwu i półkrotnie (opolskie – 265%, dolnośląskie – 266%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o znikomym obecnie nasileniu zjawiska, ale nie jest to reguła bez wyjątków. Przykładami odstępstw od niej może być województwo łódzkie, gdzie wskaźnik wzrósł w badanym okresie najsilniej, a jednak nadal utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie – nieco niższym niż średnia ogólnopolska. Z drugiej strony w województwie dolnośląskim mamy do czynienia ze wskaźnikiem znacznie przekraczającym średnią dla kraju, a wzrost wskaźnika w ostatnich trzynastu latach należał do najniższych w kraju. Przykłady te pokazują, że o poziomie zagrożenia epidemiologicznego decyduje nie tylko rozwój sytuacji w obecnej dekadzie, ale także poziom wyjściowy z początku dekady osiągnięty w latach wcześniejszych.

Zróżnicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia, ale także wskaźnik przyjęć pierwszorazowych. Jak wynika z danych zgroma-

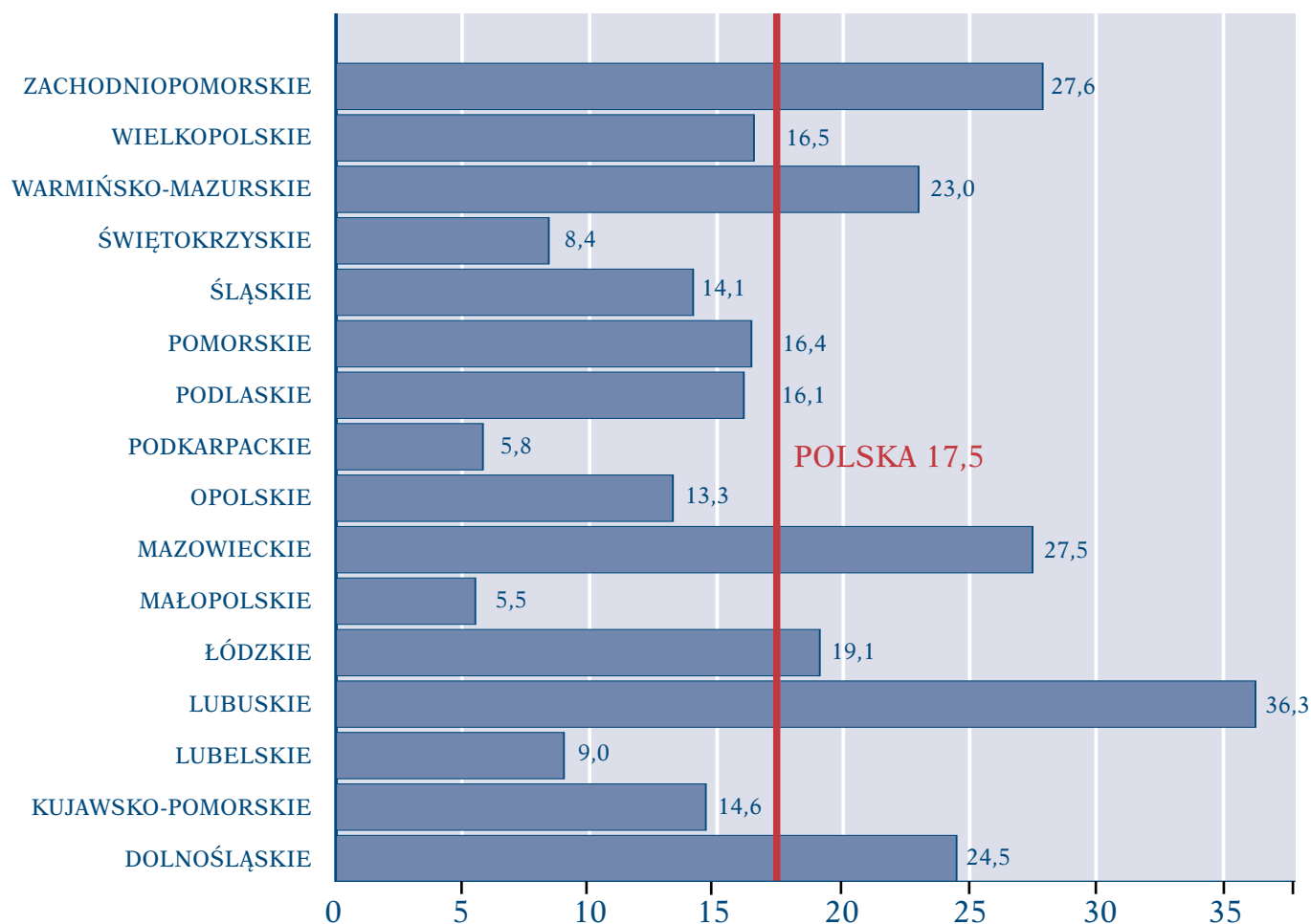
dzonych w *tabeli 7* i zobrazowanych na *wykresie 9* najwyższymi wskaźnikami przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: lubuskie (36,3), mazowieckie (27,5), dolnośląskie (24,5), zachodniopomorskie (27,6) oraz warmińsko-mazurskie (23,0), czyli województwa, gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem były najwyższe. Wprawdzie rozkład wskaźników przyjęć pierwszorazowych nie odbiega zasadniczo od rozkładu przyjętych ogółem, to jednak jak przekonują dane z drugiej kolumny *tabeli 7* odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród wszystkich rozkładają się wedle innej zasady. Najwyższy odsetek pojawia się w województwie opolskim (68,3%), kolejne województwa pod tym względem to łódzkie (66,5%) oraz świętokrzyskie (65,9%). Województwa o najniższych odsetkach pacjentów pierwszorazowych, wśród pacjentów ogółem to dolnośląskie (51,7%), podkarpackie (54,3%) oraz warmińsko-mazurskim (54,4%). Warto zauważyć, że w żadnym województwie odsetek pacjentów pierwszorazowych nie spada poniżej 50%.

Znacznemu zróżnicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 2002 r. i 2003 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie *tabeli 7*.

Najsilniej wzrosła liczba pacjentów pierwszorazowych w województwie świętokrzyskim – o 40%. Znaczny wzrost odnotować też trzeba w województwach: podlaskim (o 32%), małopolskim (o 29%), łódzkim (o 22%) oraz opolskim (o 21%). W sumie wskaźnik ten uległ zwiększeniu w trzynastu województwach. W trzech województwach nastąpił spadek, tj. w lubuskim, mazowieckim oraz dolnośląskim. Rozkład zmian wskaźnika przyjęć pierwszorazowych nie odbiega znacznie od rozkładu zmian wskaźnika przyjęć ogółem. W większości województw oba wskaźniki zmieniają się w podobny sposób.

Znacznemu zróżnicowaniu terytorial-

**Wykres 9.** Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



nemu podlegają też wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia.

Dane z tabeli 8 obrazują zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet wśród przyjętych do leczenia. W 2003 r. odsetek kobiet waha się od 16% w województwie lubelskim do 35% w województwie świętokrzyskim. Zmiany odsetka kobiet w latach 2000-2003 w poszczególnych województwach nie układają się w czytelne tendencje. Jedynie w woje-

wództwach mazowieckim i lubuskim obserwujemy stały trend wzrostowy. W pozostałych województwach mamy do czynienia ze zmiennymi tendencjami.

Dane z tabeli 9 przedstawiają zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Największa frakcja niepełnoletnich występuje w województwach kujawsko-pomorskim (15,4%) i opolskim (18%), a najmniejsza w lubelskim (7%). W poszczególnych województwach obserwujemy różni-

**Tabela 8.** *Odsetek kobiet wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg miejsca zamieszkania pacjenta*

Województwo	2000	2001	2002	2003
POLSKA	22,0	23,0	23,2	24,0
Dolnośląskie	19,7	17,8	19,7	21,8
Kujawsko-pomorskie	21,2	24,9	23,4	23,0
Lubelskie	15,2	19,3	17,6	16,1
Lubuskie	16,3	18,4	18,6	21,3
Łódzkie	25,0	26,1	30,7	29,4
Małopolskie	26,6	31,1	28,1	34,3
Mazowieckie	17,4	17,9	20,2	21,0
Opolskie	22,1	24,8	19,7	25,1
Podkarpackie	29,5	30,1	23,8	19,8
Podlaskie	20,4	20,5	19,6	19,7
Pomorskie	31,7	32,0	28,3	27,6
Śląskie	24,7	27,4	25,6	25,3
Świętokrzyskie	35,2	51,3	40,0	34,5
Warmińsko-mazurskie	22,2	24,5	22,9	25,5
Wielkopolskie	29,4	31,8	33,0	28,0
Zachodniopomorskie	28,5	28,7	24,9	26,7

cowane tendencje. Konsekwentny trend spadkowy występuje w województwie łódzkim. Tendencja spadkowa nastąpiła także na poziomie całego kraju z 14 do 10%.

Podsumowując prezentacje danych za 2003 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na zahamowanie trendu wzrostowego zjawiska.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają takie środki, jak amfetamina i przetwory konopi. Równolegle

do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia: zachodnią część kraju, województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. Na wyjątkową uwagę zasługuje województwo lubuskie, gdzie od lat notuje się zdecy-

**Tabela 9.** *Odsetek osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg miejsca zamieszkania pacjenta*

Województwo	2000	2001	2002	2003
POLSKA	13,9	12,8	11,0	10,4
Dolnośląskie	8,7	8,6	8,5	9,0
Kujawsko-pomorskie	14,8	14,9	21,4	15,4
Lubelskie	12,9	9,6	7,7	7,0
Lubuskie	14,7	14,2	8,0	11,0
Łódzkie	17,7	14,3	10,3	10,3
Małopolskie	5,3	10,0	8,6	8,3
Mazowieckie	17,5	13,3	10,7	9,7
Opolskie	24,0	19,4	21,2	17,7
Podkarpackie	7,0	4,8	10,5	5,2
Podlaskie	18,8	14,2	17,6	15,5
Pomorskie	16,3	11,1	10,9	11,8
Śląskie	11,0	15,0	10,4	10,2
Świętokrzyskie	5,7	10,1	14,8	13,7
Warmińsko-mazurskie	18,4	18,7	15,2	12,6
Wielkopolskie	6,1	13,3	10,8	8,8
Zachodniopomorskie	15,7	13,9	11,5	12,5

dowanie najwyższe wskaźniki przyjętych ogółem i przyjętych pierwszy raz w życiu. Przedmiotem szczególnej uwagi powinny stać się też województwa: podlaskie, świętokrzyskie, łódzkie i małopolskie, gdzie notuje się najsilniejszy wzrost wskaźników w czasie ostatniego roku. Chociaż województwa te należą do terenów o raczej niskim rozpowszechnieniu zjawiska, to jednak wysoka dynamika wskaźników w ostatnim roku sugeruje ryzyko zmiany tej

sytuacji. Wydaje się, że na terenach tych zintensyfikowania wymagają zarówno działania profilaktyczne, jak programy pomocy – leczenie i redukcja szkód.

**Janusz Sierostawski**  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii*  
Warszawa

## RAPORT MIĘDZYNARODOWEGO ORGANU KONTROLI ŚRODKÓW ODURZAJACYCH ZA 2004 ROK

### Wprowadzenie

Niniejszy raport Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających jest analizą sytuacji w dziedzinie międzynarodowej kontroli narkotyków i potencjalnych zagrożeń wynikających z nieprzestrzegania i niewypełniania postanowień międzynarodowych konwencji antynarkotykowych\*. Jak co roku INCB wskazuje luki i słabe strony funkcjonowania systemu kontroli oraz formułuje rekomendacje dotyczące usprawnienia systemu na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Raport powstał na podstawie informacji udzielanych INCB przez poszczególne państwa oraz danych uzyskanych z organów ONZ i innych organizacji międzynarodowych zajmujących się monitorowaniem problemu narkotyków i narkomanii, między innymi WHO, EMCDDA, WCO.

### Rola Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających

Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (International Narcotics Board - INCB) jest niezależną instytucją, która monitoruje wdrażanie uchwalonych przez Narody Zjednoczone międzynarodowych konwencji antynarkotykowych. INCB został powołany do życia w 1968 roku zgodnie z postanowieniami Jednolitej konwencji o środkach odurzających, która obowiązuje od 1961 roku. INCB jest sukcesorem organów działających na mocy dawnych konwencji antynarkotykowych, przyjętych jeszcze przez Ligę Narodów.

INCB jest organem, który nie podlega ani rządowi, ani Narodom Zjednoczonym.

Członkowie INCB, którzy są wybierani przez Radę Gospodarczą i Społeczną NZ (ECOSOC), pełnią swe funkcje jako osoby fizyczne, a nie jako przedstawiciele państw. Trzech członków musi mieć doświadczenie w dziedzinie medycyny, farmakologii lub farmaceutyki. Tych członków wybiera się z listy ekspertów wytypowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Pozostałych dziesięciu członków jest wybieranych z listy ekspertów nominowanych przez rządy państw członkowskich NZ.

INCB współpracuje z Biurem Narodów Zjednoczonych do Spraw Narkotyków i Przestępczości, a także z wieloma innymi międzynarodowymi organami, które zajmują się kontrolą środków odurzających, w tym z Komisją Środków Odurzających, Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Międzynarodową Organizacją Policji Kryminalnej (Interpol) oraz Światową Organizacją Celną (World Customs Organization).

Funkcje INCB zostały określone w następujących dokumentach: Jednolitej konwencji o środkach odurzających z 1961 roku wraz z poprawkami zawartymi w Protokole z 1972 roku, Konwencji o substancjach psychotropowych z 1971 roku oraz Konwencji Narodów Zjednoczonych przeciwko nielegalnemu handlowi środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku.

### Zgodnie z tymi ustaleniami, INCB:

- bada, czy rządy stosują się do międzynarodowych porozumień antynarkotykowych i – w razie potrzeby – zaleca udzielenie poszczególnym rządowi technicznego lub finansowego wsparcia;

\* Raporty Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających dostępne są na stronie INCB pod adresem: [www.unic.un.org/incb/raporty.php#04](http://www.unic.un.org/incb/raporty.php#04)

- współpracuje z rządami, aby zapewnić odpowiednią podaż narkotyków używanych do celów medycznych i naukowych, a także by zapobiec przedostawaniu się narkotyków pochodzących z legalnych źródeł do nielegalnych kanałów dystrybucji;
- identyfikuje słabości krajowych i międzynarodowych systemów kontroli;
- bada substancje chemiczne używane w celu nielegalnej produkcji środków odurzających, aby ocenić, czy należy je poddać międzynarodowej kontroli;
- administruje systemem kwalifikacji środków odurzających oraz dobrowolnego testowania substancji psychotropowych i monitoruje legalne działania za pośrednictwem międzynarodowego systemu raportowania przewidzianego w międzynarodowych konwencjach;
- monitoruje i wspiera kroki, które podejmują rządy, aby zapobiec wykorzystywaniu substancji chemicznych do nielegalnej produkcji środków odurzających;
- w przypadku ewidentnych naruszeń konwencji domaga się od rządów wyjaśnień i proponuje im środki zaradcze.

Przypadki naruszeń konwencji INCB może również zgłosić Komisji Środków Odurzających oraz Radzie Gospodarczej i Społecznej.

Międzynarodowe konwencje antynarkotykowe zobowiązują INCB do składania rocznych raportów ze swej działalności. Roczny raport zawiera analizę aktualnej sytuacji w dziedzinie kontroli narkotyków na świecie, zwraca uwagę na luki i wady w zakresie kontroli i przestrzegania konwencji na poziomie krajowym oraz przedstawia zalecenia dotyczące poprawy sytuacji zarówno w skali krajowej, jak i międzynarodowej. Raporty opierają się na informacjach przekazywanych INCB przez rządy i międzynarodowe organy. Uzupełnieniem rocznych raportów są szczegółowe raporty techniczne na temat środków odurzających, substancji psychotropowych i chemikaliów (prekursorów), które mogą

służyć do nielegalnej produkcji takich środków.

**INCB wskazuje na znaczenie łączenia strategii redukcji popytu na narkotyki i ich podaży oraz zaleca tworzenie mechanizmów koordynujących politykę kontroli narkotyków w poszczególnych krajach**

Pierwszy rozdział raportu INCB poświęcony jest łączeniu strategii ograniczania podaży i popytu oraz zaleceniom koordynacji polityki kontroli narkotyków. Dotychczasowe strategie przewycięzania problemów związanych z popytem na narkotyki i podażą narkotyków wzywały do zachowania równowagi pomiędzy działaniami służącymi ograniczeniu obu tych zjawisk. Co prawda zrównoważone podejście daje całkiem dobre efekty, ale – jak stwierdza tegoroczny raport INCB – strategie redukcji popytu i podaży przynoszą ograniczone korzyści, jeśli są realizowane oddzielnie.

INCB domaga się zapewnienia bardziej wszechstronnej współpracy pomiędzy programami redukcji podaży i popytu w skali lokalnej, regionalnej i międzynarodowej. W celu integracji i zwiększenia skuteczności tych programów INCB zaleca stworzenie mechanizmów koordynujących politykę przeciwdziałania narkomanii w poszczególnych krajach.

Autorzy zawartej w raporcie wielo-  
poziomowej analizy zależności pomiędzy popytem i podażą zwracają uwagę na to, że „gdy jakiś środek uzależniający staje się bardziej dostępny, wzrasta prawdopodobieństwo, że spora liczba osób zagrożonych uzależnieniem, która zetknie się z danym narkotykiem, zdecyduje się go wypróbować.” Na zwiększenie popytu – zdaniem autorów raportu – wpływa również niska cena narkotyków oraz brak odpowiedniej wiedzy na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych wśród osób decydujących się na sięgnięcie

po dany narkotyk. Te kwestie wymagają więc z jednej strony działań represyjnych zmierzających do zmniejszenia dostępności narkotyków, z drugiej zaś strony działań edukacyjnych i szeroko zakrojonych działań profilaktycznych skierowanych do określonych grup odbiorców (dzieci z grup ryzyka, rodziców, uczniów).

Niezrozumienie implikacji towarzyszących związkom pomiędzy popytem a podażą narkotyków może prowadzić do powstania sytuacji przypominających epidemię. Taka sytuacja zaistniała w Stanach Zjednoczonych w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, kiedy to ludzie zaczęli sięgać po crack, nową i tańszą postać kokainy. Ówczesna masowa konsumpcja tego środka pokazuje, w jaki sposób podaż może wykreować popyt.

W raporcie znajdujemy informacje o tym, że stale wzrasta liczba państw, które dostrzegają znaczącą rolę ograniczania popytu na narkotyki i traktują ją jako jeden z głównych elementów polityki antynarkotykowej. Sprawozdania do UNODC składa 89% państw, co wskazuje, że w latach 2000-2002 realizowano tam narodowe strategie dotyczące ograniczania popytu.

Osoby odpowiedzialne za kreowanie polityki przeciwdziałania narkomanii powinny ustalić, jakie rodzaje rynków narkotykowych istnieją na danym obszarze. W ten sposób będą mogły opracować strategie ograniczania podaży i popytu adekwatne do potrzeb i sytuacji występującej na danym obszarze.

INCB rekomenduje, by regularnie prowadzone były badania i analiza realizowanych programów w celu uzyskania rzetelnych, opartych na wiedzy naukowej informacji dotyczących skuteczności prowadzonych działań.

Ponadto w celu osiągnięcia równowagi w zakresie kontroli środków odurzających na szczeblu krajowym i regionalnym INCB wzywa do szerszej koordynacji i wymiany

informacji, danych, działań operacyjnych podejmowanych przez organy ścigania oraz programów ograniczania popytu. INCB zachęca również do organizowania multidyscyplinarnych szkoleń z udziałem przedstawicieli takich sektorów, jak opieka socjalna, edukacja, wymiar sprawiedliwości oraz zdrowie publiczne. Takie szkolenia umożliwią ich uczestnikom lepsze poznanie roli różnych sektorów w sferze przeciwdziałania narkomanii oraz stałą wymianę informacji pomiędzy instancjami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi.

INCB zwraca również uwagę na problem nielegalnych upraw. Według autorów raportu w ślad za likwidacją nielegalnych upraw roślin służących do wytwarzania środków odurzających muszą iść alternatywne programy rozwoju. Tylko pod tym warunkiem likwidowanie nielegalnych upraw przyniesie trwałe korzyści. Uzupełnieniem takich działań powinno być ograniczanie popytu nastawione na świadczenie różnych form leczenia osobom uzależnionym. W takich środowiskach ograniczanie się do edukacyjnych programów zapobiegania narkomanii byłoby niewystarczające. Działania w tym zakresie wymagają wzmożonej współpracy międzynarodowej oraz wsparcia finansowego, technicznego i politycznego dla państw, w których realizowane są alternatywne programy rozwoju, m.in. państw Ameryki Południowej i Afganistanu.

**Rośnie nielegalna sprzedaż leków przez internet**

**INCB wzywa rządy, by ukróciły działalność nielegalnych internetowych aptek**

W swoim raporcie INCB po raz kolejny wyraża zaniepokojenie nielegalną sprzedażą internetową leków objętych międzynarodową kontrolą. Ubiegły rok zaznaczył się stopniowym wzrostem nielegalnej elek-

tronicznej sprzedaży i przemytu pocztą leków zawierających środki odurzające oraz substancje psychotropowe. Takie farmaceutyki stały się dla nielegalnie działających internetowych aptek zdecydowanie największym źródłem dochodów. Sprzedaż środków odurzających i psychotropowych substancji bez obowiązkowych recept jest w działających bez zezwolenia internetowych aptekach rutynową praktyką.

Do środków sprzedawanych nielegalnie za pośrednictwem internetu zaliczają się zarówno preparaty o wysokim potencjale uzależnienia – takie jak niektóre opioidy (np. oksykodon), środki pobudzające (amfetaminy) i benzodiazepiny (np. alprazolam i diazepam) – jak i substancje, które mogą powodować skutki fatalne dla zdrowia, jeśli są spożywane bez właściwego nadzoru lekarza (np. fentanyl i secobarbital).

Autentyczność i jakość leków sprzedawanych nielegalnie przez internet jest często wątpliwa – spotyka się nawet podrabiane farmaceutyki. W wielu państwach zakup tych preparatów bez ważnej recepty jest również sprzeczny z prawem. Ponadto koszty zakupu leków w działających bez zezwolenia aptekach internetowych są często znacznie wyższe w porównaniu z zakupami w tradycyjnych, legalnych aptekach i – w przypadku braku recepty – nie podlegają refundacji przez krajowe systemy ochrony zdrowia. Poza zaostrzeniem działań policyjnych wymierzonych przeciwko tej przestępczej działalności raport domaga się także od władz państwowych intensyfikacji starań służących budzeniu w opinii publicznej świadomości potencjalnych zagrożeń związanych z nielegalnym zakupem przez internet.

INCB proponuje, by kraje przekazywały sobie wzajemnie informacje i stworzyły mechanizm szybkiego przesyłania danych dotyczących konkretnych przypadków. Uzupełnieniem takiego systemu musi być ograniczenie dostaw leków do działających

bez zezwolenia aptek internetowych.

Druga część raportu poświęcona jest opisowi działań podejmowanych przez państwa będące stronami konwencji dotyczących implementacji ich postanowień.

Jednolita konwencja z roku 1961 jest dzisiaj podstawowym aktem prawnym międzynarodowej kontroli narkotyków, który zastąpił wszystkie wcześniejsze akty prawa międzynarodowego w tym zakresie. Konwencja dotyczy kontroli produkcji środków odurzających naturalnych lub półsyntetycznych.

Kolejna konwencja, przyjęta w 1972 roku objęła kontrolą substancje psychotropowe o charakterze czysto syntetycznym, będące przede wszystkim produktami przemysłu farmaceutycznego.

Podstawową cechą Jednolitej konwencji z 1961 roku jak i Konwencji o substancjach psychotropowych z roku 1972 jest to, że każda z nich w swym zakresie zajmuje się przede wszystkim prewencyjną kontrolą legalnej produkcji i wytwarzania środków odurzających oraz handlu nimi mającą zapobiegać dostawaniu się ich do kanałów nielegalnego obrotu. Dla realizacji tego celu konwencje określają, jakie substancje stanowią środki odurzające i substancje psychotropowe. Decydują o tym stosowne wykazy środków i substancji stanowiące załączniki do każdej z konwencji.

Mechanizm kontroli legalnego obrotu tymi środkami to w skali międzynarodowej przede wszystkim system maksymalnych limitów produkcyjnych przyznawanych poszczególnym państwom. Handel ten musi być uzasadniony potrzebami medycznymi i naukowymi, połączony z systemem sprawozdawczości i zezwoleń eksportowych oraz importowych. Na szczeblu krajowym obowiązuje kontrola upraw roślin, z jakich produkuje się substancje odurzające oraz konieczność uzyskiwania zezwoleń na produkcję i wyrób tych środków, jak też

prowadzenie sprzedaży detalicznej na recepty lekarskie.

Trzecia konwencja ONZ o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, sporządzona w 1988 roku w Wiedniu zmierza do większej harmonizacji krajowych uregulowań prawnych dotyczących środków odurzających i substancji psychotropowych, do zacieśnienia współpracy międzynarodowej w zwalczaniu nielegalnego handlu narkotykami oraz w sprawach z tym związanych, jak ekstradycja, międzynarodowa pomoc prawna, kontrola prekursorów.

W 2004 roku 180 państw ratyfikowało konwencję z 1961 roku, 175 państw konwencję z 1971 roku, i 170 państw jest stroną konwencji z 1988 roku.

#### **INCB informuje o postępie w dziedzinie ograniczania nielegalnego obrotu prekursorami**

W dorocznym raporcie ogłoszonym 2 marca 2005 roku Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających wzywa rządy, by w większym stopniu zadbały o wzajemną wymianę w pełni aktualnych informacji na temat konfiskaty i wycieku kluczowych substancji chemicznych służących do produkcji heroiny, kokainy oraz środków pobudzających z grupy amfetamin.

Współpracując z rządami różnych krajów, INCB stara się zapobiec wyciekowi tych kluczowych substancji poza legalne kanały dystrybucji. Jedną z podjętych przez INCB międzynarodowych inicjatyw jest projekt o kryptonimie „Pryzmat” (Project Prism), w ramach którego udało się wytropić kanały przerzutu chemikaliów pomiędzy Polską a Chinami i przeprowadzić kontrolowaną dostawę z Irlandii do Holandii. Powyższe działania doprowadziły do zaareztowania osób zajmujących się nielegalnym handlem sub-

stancjami używanymi do produkcji ecstasy. Tylko w tym ostatnim przypadku skonfiskowano prekursorzy potrzebne do produkcji 80 milionów tabletek tego środka odurzającego. Do innych międzynarodowych inicjatyw INCB należą operacje „Purpura” i „Topaz”, które mają zapobiegać przedostawaniu się do nielegalnego obrotu kluczowych prekursorów heroiny i kokainy.

W czasie ostatnich dwóch lat INCB pomógł rządowi przesłodzić wiele transakcji, czego efektem było ponad 430 konfiskat, oraz niedoszłych lub faktycznych wycieków substancji służących do produkcji narkotyków. W niektórych przypadkach doszło również do wykrycia tajnych laboratoriów, rozbicia sieci nielegalnego handlu oraz za aresztowania handlarzy narkotyków.

W 2004 roku działania prowadzone w ramach projektu „Pryzmat” skupiały się na monitorowaniu obrotu prekursorami ecstasy, zapobieganiu wyciekowi niektórych leków zawierających efedrynę, wykrywaniu nielegalnych wytwórni amfetaminy w Europie oraz ustalaniu pochodzenia sprzętu używanego przez nielegalne wytwórnie.

Z uwagi na to, że w wielu przypadkach przemytem narkotyków i nielegalnym obrotem chemikaliami zajmują się te same grupy przestępcze, INCB zwraca się do rządów z zaleceniem, by w sposób szczególny zadbały o gromadzenie, analizę i wymianę informacji wywiadowczych.

Ponadto INCB uczestniczy w ramach operacji „Topaz” w budowie instytucjonalno-prawnego potencjału Afganistanu i w ten sposób wspiera wysiłki podejmowane w celu ograniczenia produkcji heroiny w tym kraju. Działania z zakresu budowy instytucjonalno-prawnego potencjału mają na celu śledzenie obrotu chemikaliami, a w szczególności handlu bezwodnikiem octowym – kluczowym surowcem do produkcji heroiny, na który nie istnieje w tym kraju prawnie

uzasadnione zapotrzebowanie. Bezwodnik octowy trafia na rynek afgański w wyniku przemytu z sąsiednich krajów.

## **Przegląd sytuacji w poszczególnych regionach świata**

Ostatnia część raportu opisuje sytuację uzależnień i handlu narkotykami w poszczególnych regionach świata, działania podejmowane przez kraje w celu odpowiedzi na ten problem oraz wizyty i misje INCB w poszczególnych państwach.

### **Afryka**

Największym problemem na całym kontynencie jest nadal przemyt i używanie konopi indyjskich, ale w wielu krajach afrykańskich odnotowano również wzrost spożycia kokainy, heroiny i stymulantów z grupy amfetamin oraz handlu nimi.

Coraz powszechniejsza metoda zażywania narkotyków drogą dożylną może pogorszyć i tak dramatyczną sytuację w zakresie HIV/AIDS na tym kontynencie.

Brak odpowiednich środków kontroli, z którym boryka się większość państw afrykańskich, sprzyja nadużywaniu substancji psychotropowych wyciekających poza legalne kanały dystrybucji.

Kraje afrykańskie mają ograniczone możliwości instytucjonalne i techniczne przeciwdziałania problemowi narkomanii w efektywny i kompleksowy sposób, co ma ujemny wpływ na ich narodowe strategie kontroli środków odurzających.

Większość krajów afrykańskich nie posiada odpowiednich rozwiązań prawnych i niezbędnych mechanizmów administracyjnych, które umożliwiałyby kontrolę obrotu prekursorami. Taka sytuacja może w poważny sposób utrudnić monitorowanie obrotu tymi chemikaliami w skali międzynarodowej.

Z problemem narkomanii, zwłaszcza wśród dzieci-bojowników, wciąż boryka się wiele krajów Afryki, które do niedawna były areną

zewnętrznych i wewnętrznych konfliktów.

### **Ameryka Północna i Ameryka Łacińska**

Region północnoamerykański jest największym na świecie rynkiem zbytu środków odurzających pochodzących z nielegalnych źródeł. Poważnym problemem w tym regionie świata są również – występujące na szeroką skalę – handel i nielegalna produkcja tych środków. Coraz groźniejszym zjawiskiem wydaje się ponadto nadużywanie lub niewłaściwe stosowanie leków na receptę. Jednocześnie państwa tego regionu przeznaczają ogromne zasoby na walkę z trapiącymi ich problemami narkotykowymi – zarówno na własnym terytorium, jak i na terenie innych krajów.

W Kanadzie w grudniu 2003 roku przeprowadzono pierwsze od dziesięciu lat ogólnokrajowe badanie ankietowe na temat narkomanii. Badanie stanowi pierwszy krok w kierunku wypełnienia zaleceń INCB, mówiących o konieczności gromadzenia przez poszczególne państwa wyczerpujących aktualnych danych na temat ich wewnętrznej sytuacji w tym zakresie.

W wyniku działań organów ścigania, w tym operacji prowadzonych przez Stany Zjednoczone wspólnie z innymi państwami, rozbito osiem dużych międzynarodowych sieci handlu narkotykami, a siedmiu kolejnym zadano poważne straty.

Choć z opublikowanych niedawno oficjalnych danych wynika, że skala narkomanii wśród całej populacji Stanów Zjednoczonych utrzymuje się na poziomie z 2002 roku, znacząco zmalała skala nadużywania środków odurzających przez uczniów amerykańskich szkół średnich. To pierwszy przypadek poprawy sytuacji w tej grupie populacji od ponad dziesięciu lat. Istniejące dane pozwalają również sądzić, że młodzi Amerykanie stali się bardziej świadomi różnych czynników ryzyka związanego z zażywaniem narko-

tyków, zwłaszcza konopi indyjskich. Pojawienie się tego pozytywnego trendu można częściowo przypisać skuteczności kampanii informacyjnych prowadzonych w środkach masowego przekazu.

Region Ameryki Środkowej i wysp Morza Karaibskiego wciąż boryka się z prowadzonym na dużą skalę handlem kokainą oraz wysokim spożyciem tego narkotyku. W krajach tego regionu pojawiły się poważne problemy towarzyszące zjawisku narkomanii.

Dziewięćdziesiąt procent kokainy wyprodukowanej w Ameryce Południowej trafia do odbiorców drogą morską, głównie przez region Morza Karaibskiego. W 2003 roku przetransportowano w ten sposób 590 z około 655 ton rocznej produkcji. Istniejące dane pozwalają sądzić, że spożycie kokainy w Ameryce Środkowej i na wyspach Morza Karaibskiego wykazuje tendencję rosnącą. Spożycie heroiny w Ameryce Środkowej i na wyspach Morza Karaibskiego jest stosunkowo niskie, ale sytuacja zaczyna się zmieniać z uwagi na wzrost handlu narkotykami w tym regionie świata. Kobiety stanowią coraz większy odsetek narkomanów w Ameryce Środkowej i na wyspach Morza Karaibskiego.

Kwestia kontroli narkotyków w Ameryce Południowej ma nadal istotne znaczenie polityczne – nie tylko dla krajów tego regionu, ale również dla reszty świata. Władze kilku krajów południowoamerykańskich osiągnęły znaczące sukcesy w walce z sieciami handlarzy narkotyków, o czym świadczy między innymi konfiskata coraz większych partii środków odurzających.

Handel narkotykami oraz towarzyszące mu zjawiska – pranie pieniędzy i korupcja – są nadal zagrożeniem dla stabilnej sytuacji w Ameryce Południowej. Handlarze narkotyków wciąż próbują zastraszać oskarżycieli publicznych, potwierdzając po raz kolejny bliskie związki pomiędzy handlem narkotykami a zorganizowaną

przestępczością.

W Boliwii wciąż dochodzi do otwartych starć pomiędzy hodowcami krzewu koki a rządem, który stara się ograniczyć powierzchnię upraw tej rośliny. W Peru odnotowano wzrost częstotliwości i gwałtowności tych konfliktów.

Zważywszy, że wiele upraw krzewu koki znajduje się na terenach dotkniętych ubóstwem, INCB wyraża przekonanie, że środki służące ograniczaniu ubóstwa mają niesłychanie istotne znaczenie dla osiągnięcia trwałej redukcji produkcji liści koki i innych środków odurzających na kontynencie południowoamerykańskim.

### Azja

W Azji południowo-wschodniej ubiegły rok był kontynuacją spadku nielegalnej produkcji maku. Znacząco zmalała powierzchnia upraw tej rośliny w Demokratycznej Republice Laosu i w Myanmar. Spadła również średnia wydajność nielegalnej produkcji opium w tym regionie. Tajlandia przestała być ważnym źródłem nielegalnej produkcji opium i heroiny.

We wschodniej i południowo-wschodniej części kontynentu poważnym problemem pozostaje nielegalne wytwarzanie, handel i spożycie stymulantów z grupy amfetamin, zwłaszcza metamfetaminy.

W kilku krajach wschodniej i południowo-wschodniej Azji osoby nadużywające opiatów coraz częściej sięgają po heroinę zamiast opium. Heroinę preferują także osoby zażywające narkotyki drogą dożylną, co rodzi obawy dotyczące dalszego rozprzestrzeniania się epidemii HIV/AIDS w wielu krajach tego regionu. Osoby dzielące się sprzętem do iniekcji są wciąż najliczniejszą grupą pod względem nowych zakażeń HIV/AIDS w Chinach i Wietnamie. Także w Indiach i Nepalu zastępowanie opium heroiną jest przyczyną wzrostu liczby nowych zakażeń wskutek dożylnego zażywania narkotyków.

W Azji zamieszkuje ponad 2/3 światowej

populacji osób nadużywających amfetaminy, a 95% z tej grupy osób to mieszkańcy wschodniej i południowo-wschodniej części kontynentu.

Ubiegły rok był kontynuacją wzrostu dostępności środków odurzających i skali narkomanii w południowej Azji. Przyczyny tego trendu to: bliskość obszarów, z których pochodzi gros światowej produkcji opiatów (Złotego Półksiężycza i Złotego Trójkąta), szeroko rozpowszechnione uprawy konopi indyjskich oraz coraz częstsze przypadki wycieku leków poza legalne kanały dystrybucji.

Produkcja opium w Afganistanie oraz jej wpływ na pokój i bezpieczeństwo nadal stanowią główny problem, jeśli chodzi o rynek narkotyków w zachodniej Azji. W samym Afganistanie nielegalna produkcja środków odurzających i towarzyszące jej praktyki osiągnęły w 2004 roku rekordowo wysoki poziom, co może zdestabilizować sytuację w tym kraju. W ostatnich latach w Afganistanie odnotowano również wzrost skali narkomanii oraz wzrost liczby osób zażywających heroinę drogą dożylną.

W 2003 roku nastąpił – trwający do dzisiaj – powrót do nielegalnych upraw maku lekarskiego w Pakistanie.

W środkowej części kontynentu nieustającym źródłem niepokoju jest handel i spożycie opiatów pochodzących z Afganistanu, a także nielegalny obrót bezwodnikiem octowym, substancją używaną do produkcji heroiny. Ocenia się, że w 2004 roku 1/3 zbiorów maku lekarskiego uprawianego w Afganistanie została wyeksportowana z tego kraju przez terytorium takich państw jak Kazachstan i Tadżykistan.

Sytuację w tym podregionie pogarsza tranzyt ogromnych ilości afgańskiej heroiny przeznaczonej na rynek rosyjski i rynki innych krajów europejskich.

Ubiegły rok był w środkowej Azji przedłużeniem wzrostu liczby osób zakażonych HIV/AIDS, do czego przyczyniła się w głównej mierze praktyka dożylnego

zażywania narkotyków. W skali ogólnoswiatowej jest ona przyczyną około 10% nowych zakażeń tym wirusem, podczas gdy w krajach środkowej Azji odsetek nowych zakażeń spowodowanych wstrzykiwaniem narkotyków sięga od 60 do 90%.

Kraje półwyspu Arabskiego są coraz częściej wykorzystywane do tranzytu heroiny i konopi indyjskich z Azji do Europy oraz tranzytu prekursorów chemicznych w odwrotnym kierunku. Innym problemem jest dla tych krajów wzrost skali nadużywania opiatów oraz szeroko już rozpowszechnionych narkotyków syntetycznych.

Sytuacja na rynku narkotykowym w Iraku może ulec pogorszeniu. Sprzyjają temu takie czynniki jak rozpad państwowych struktur kontroli środków odurzających, geograficzne położenie kraju oraz jego obecnie niestabilna sytuacja polityczna i gospodarcza. Stałym zagrożeniem dla Iraku jest skomplikowany układ zależności pomiędzy terroryzmem, zorganizowaną przestępczością, korupcją oraz handlem narkotykami.

## **Europa**

Konopie indyjskie są najczęściej zażywanym środkiem odurzającym w Europie (i w innych regionach świata). W ciągu ostatnich 12 miesięcy sięgnęło po ten narkotyk około 28,8 miliona mieszkańców Europy, czyli 5,3% całej populacji kontynentu. Lata 2003 i 2004 były okresem dalszego wzrostu spożycia konopi w Europie Wschodniej, gdzie zażyło tego narkotyku 3,6% populacji osób dorosłych, czyli 8,5 miliona ludzi.

W ciągu ostatniej dekady wzrost spożycia konopi indyjskich dotyczył prawie wszystkich krajów europejskich. W publicznej dyskusji na temat używania konopi mówi się jednak więcej o rzekomych korzyściach stosowania tego narkotyku niż związanych z tym zagrożeniach. Wzrostowa tendencja w zakresie spożycia konopi wydaje się związana z postawą tych osób,

które propagują pogląd, że używanie konopi jest nieszkodliwe.

W Europie spożycie kokainy rośnie nieprzerwanie od 1998 roku, przy czym w ostatnich latach tempo tego wzrostu jest znacząco słabsze. Spożycie kokainy w krajach Europy Wschodniej jest nadal znacząco niższe niż w Europie Zachodniej. Ocenia się, że na rynek europejski trafia rocznie ponad 200 ton kokainy spoza kontynentu. Główne szlaki przemytu tego narkotyku wiodą przez Belgię, Holandię, Hiszpanię i Wielką Brytanię.

Po trzech kolejnych latach obfitych zbiorów maku w Afganistanie handel heroiną w Europie wykazuje nieznaczną tendencję wzrostową. W większości krajów Europy Zachodniej spożycie heroiny nie zmienia się lub spada, ale rośnie w krajach Europy Wschodniej i krajach należących do Wspólnoty Niepodległych Państw (WNP). Według oficjalnych szacunków, w Rosji liczba osób zażywających heroinę przekroczyła milion, co oznacza, że pod tym względem jest to obecnie największy rynek w Europie.

Szlak bałkański nadal odgrywa dominującą rolę w przemyśle heroiny do Europy. Osiemdziesiąt procent heroiny sprzedawanej w Europie trafia na ten rynek północną i południową odnogą tego szlaku.

Dzielenie się sprzętem do iniekcji ma wciąż znaczący wpływ na rozprzestrzenianie się HIV/AIDS w Europie. Przodują pod tym względem kraje nadbałtyckie i kraje członkowskie WNP, gdzie odsetek nowych zakażeń spowodowanych dożywotnim zażywaniem narkotyków sięga 80-90%.

Podczas gdy poziom spożycia amfetamin i MDMA (ecstasy) w Europie Zachodniej ustabilizował się, coraz większe znaczenie pod względem produkcji i spożycia tych środków odgrywa Europa Wschodnia, gdzie stają się one szybko popularnym, preferowanym narkotykiem.

Polska przedstawiana jest jako jeden z głównych producentów amfetaminy. Podkreśla się również fakt wzrostu wykrywalności przez policję nielegalnych laboratoriów oraz ilości konfiskowanych narkotyków. Wyprodukowana w Polsce amfetamina przemycana jest do Niemiec, Norwegii, Szwecji, na Ukrainę oraz do krajów nadbałtyckich. Polska wymieniana jest obok UK, Hiszpanii i Republiki Czech jako jeden z krajów europejskich charakteryzujących się wysokim wskaźnikiem używania amfetaminy. Należy wziąć pod uwagę większe zainteresowanie w innych krajach UE zażywaniem kokainy i ecstasy i tym samym niskimi wskaźnikami dotyczącymi używania amfetaminy. Polska charakteryzuje się w odróżnieniu od nowych państw członkowskich UE (np. Estonii) oraz Rosji i Ukrainy znacznie niższą liczbą iniekcyjnych użytkowników narkotyków zakażonych wirusem HIV.

### **Oceania**

Spożycie heroiny w Australii spadło do poziomu niższego niż w okresie poprzedzającym niedobór podaży tego narkotyku na początku 2001 roku. Zdecydowana większość (90%) heroiny spożywanej w Australii pochodzi z Azji południowo-wschodniej. Wskutek spadku podaży heroiny w Australii wzrosło w tym kraju spożycie innych narkotyków. W Australii i Nowej Zelandii odnotowano znaczący wzrost nielegalnej produkcji i spożycia stymulantów z grupy amfetamin. Większość wyspiarskich krajów Oceanii jest wciąż zagrożona problemem narkomanii. Decydują o tym dwa powody: tranzytowy przemyt narkotyków i nadużywanie stymulantów z grupy amfetamin.

*Opracowanie na podstawie raportu Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających za 2004 rok*

## **WSTĘPNA OCENA KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2002-2005**

### **Wprowadzenie**

Prace nad ewaluacją Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005 podjęto w 2003 r. Przewidziano dwa etapy ewaluacji – ocenę cząstkową po dwóch latach realizacji Programu oraz ocenę końcową po jej zakończeniu.

Prace te przebiegają według następującego schematu:

- doprecyzowanie Programu – przeformułowanie struktury celów i zadań, tak aby możliwa była ocena relacji między nimi,
- dobór wskaźników dla celów i zadań oraz ich pomiar,
- analiza stopnia realizacji poszczególnych zadań oraz osiągnięcia poszczególnych celów,
- próba powiązania wskaźników zadań i celów – próba formułowania hipotez o wpływie działań na realizację celów.

Dokonanie pełnej oceny Programu zawierającej próbę pomiaru jego efektów będzie możliwe po jego zakończeniu, obecnie można jedynie podjąć próbę oceny samego Programu, stopnia realizacji poszczególnych zadań oraz stopnia zbliżenia się do osiągnięcia poszczególnych celów. Do tego też zatem ogranicza się niniejszy raport.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii ma ogromny zasięg i już z założenia integruje w skali kraju zdecydowaną większość działań skierowanych na zapobieganie narkomanii. W ramach Programu sformułowane zostały 64 zadania, a do ich realizacji wskazano 8 ministerstw, 17 innych instytucji centralnych oraz władze samorządowe województw, powiatów i gmin. Podjęcie Krajowego Programu przez poszczególne ministerstwa

czy urzędy centralne oznaczało w praktyce zaangażowanie wielu podległych im czy przez nich nadzorowanych instytucji i oddziałów lokalnych.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005 został przyjęty przez Radę Ministrów w lipcu 2002 r. i opublikowany na jesieni 2002 r. Dotarł on zatem do instytucji odpowiedzialnych za jego realizację w ostatnich miesiącach 2002 r. W efekcie ocena realizacji Programu po dwóch latach jest w istocie oceną niewiele ponad rocznej jego realizacji.

Wstępna ocena Programu na lata 2002-2005 powinna okazać się przydatna w pracach nad sformułowaniem Programu na lata 2006-2010. Analiza struktury i zawartości Programu, jak również przegląd pierwszych doświadczeń w jego realizacji mogą przyczynić się do lepszego zbudowania kolejnego programu.

### **Analiza struktury i zawartości programu**

Analiza struktury i zawartości Programu prowadzi do identyfikacji następujących silnych i słabych stron Programu.

#### **Silne strony Programu**

- Wyraźnie sformułowane założenia – perspektywa zdrowia publicznego
- Zrównoważone podejście
- Realizm w wyznaczaniu celów
- Struktura zorientowana na cel
- Hierarchiczne uporządkowanie celów
- Kompleksowość
- Ewaluacja

#### **Słabe strony Programu**

- Brak przejrzystości struktury Programu:
  - niejasne relacje między celami szcze-

- głównymi całego Programu a celami głównymi poszczególnych obszarów,
- nie w pełni czytelna hierarchia celów,
  - nie zawsze jasne relacje między celami a zadaniami.
- Brak powiązań między obszarami, tzn. profilaktyką, leczeniem i ograniczaniem podaży.
  - Zbyt duża liczba zbyt szczegółowych zadań w jednych obszarach, zbyt mała w innych – niejasna struktura zadań.
  - Brak uzasadnień powiązania celów oraz doboru zadań.
  - Terminologia – brak definicji kluczowych pojęć.
  - Wskaźniki – nie zawsze jest jasne powiązanie wskaźników z celami i zadaniami, niedostępność niektórych wskaźników.
  - Brak mechanizmów koordynacji, np. schematów współpracy różnych instytucji przy realizacji poszczególnych zadań.
  - Brak koordynacji z innymi programami, które w części dotyczą problematyki narkotyków, np. Narodowym Programem Zdrowia, Programem Zapobiegania HIV czy Krajowym Programem Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przystępności wśród Dzieci i Młodzieży.
  - Brak precyzyjnego wskazania źródeł finansowania realizacji zadań przez instytucje pozabudżetowe, takie jak na przykład Instytut Psychiatrii i Neurologii czy środki masowego przekazu.

### Ocena realizacji programu

Podstawowym źródłem danych do oceny realizacji Programu są coroczne sprawozdania z jego wdrażania przygotowywane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii na podstawie informacji napływających od resortów i instytucji odpowiedzialnych za poszczególne zadania. Dane sprawozdawcze nie są kompletne. W 2002 r. jeden zarząd województwa oraz zarządy dwóch kas chorych nie przekazały informacji o realizacji programu. W 2003 r. podjęto

trud zebrania informacji nie tylko od instancji ogólnopolskich i wojewódzkich, ale również od władz samorządowych powiatów i gmin, które także są odpowiedzialne za realizację kilku zadań programu. Uzyskano informacje jedynie od 307 powiatów (82%) i 1667 gmin (67%).

Danych uzupełniających na tym etapie ewaluacji dostarczają wyniki monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, a zatem dane statystyczne instytucji reagujących na problem narkotyków i narkomanii oraz wyniki badań w tym zakresie. Pozwalają one na przybliżoną ocenę dynamiki zjawiska, a tym samym, z licznymi zastrzeżeniami, na próbę formułowania hipotez co do oceny efektów programu.

### Profilaktyka

Celem ogólnym działań w dziedzinie profilaktyki jest zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki. Cel ten ma zostać osiągnięty między innymi przez zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych oraz zwiększenie liczby i różnorodności programów profilaktycznych. Jak wskazują informacje zawarte w sprawozdaniach z realizacji KPPN, dynamika działań w tym zakresie jest znaczna. Świadczy o tym uwzględnianie przez samorządy kwestii związanych z profilaktyką uzależnień w lokalnych i regionalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych oraz finansowanie różnego rodzaju działań profilaktycznych.

W realizacji programów zapobiegania narkomanii szczególnie aktywne są środowiska oświatowe. Na poziomie centralnym zostały też opracowane standardy szkolnych programów profilaktycznych, które są obecnie upowszechniane. Na szeroką skalę są również prowadzone szkolenia różnych grup zawodowych, których celem jest zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów działań profilaktycznych.

Poważnym mankamentem programów

i szkoleń realizowanych w ramach KPPN jest brak informacji na temat ich przebiegu i efektów. Również niewiele wiadomo na temat zawartości merytorycznej lokalnych strategii rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W związku z tym właściwie nie ma podstaw do twierdzenia, że realizacja wyżej wymienionych działań przyczynia się do osiągnięcia celu ogólnego obszaru profilaktyki, jakim jest zahamowanie popytu na narkotyki. Badania ewaluacyjne, których rozwijanie i promocja jest jednym z celów szczegółowych w dziedzinie profilaktyki, są generalnie słabo zaawansowane i wymagają szczególnej aktywności w najbliższym czasie.

Realizacja części zadań przewidzianych na lata 2002-2005 jest dopiero rozpoczynana. Tak jest np. z uruchamianiem procedury konkursu na prezentację problematyki narkomanii w mediach lub z badaniami pogłębiającymi wiedzę na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii.

Z kolei niektóre zadania przewidziane w KPPN udało się w dużej mierze zrealizować dlatego, że podobne zadania były przewidziane w innych programach resortowych lub międzyresortowych. Tak było np. z wprowadzeniem procedury określającej zasady współpracy między szkołami a policją w sytuacji zagrożenia ucznia narkomanią albo z wprowadzeniem do szkół obowiązku opracowania, wdrożenia i ewaluacji Szkolnego Programu Profilaktyki. W związku z tym nasuwa się pytanie o koordynację działań prowadzonych w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii z innymi działaniami nad dziećmi i młodzieżą. Otwarta pozostaje kwestia zgodności działań podejmowanych w ramach innych programów z filozofią Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Wspomniana już procedura współpracy między szkołami a policją zakłada wzywaniem policji nie tylko w przypadkach znalezienia przez nauczyciela u ucznia substancji przypominającej narkotyk, ale także

w przypadkach podejrzenia, że uczeń przebywa w szkole będąc pod działaniem narkotyku lub uzyskania przez nauczyciela informacji, że uczeń używa narkotyków. Wprawdzie w tym ostatnim przypadku policja powiadamiana ma być dopiero wtedy, gdy interwencja profilaktyczna szkoły nie daje rezultatu, to jednak wydaje się, że przeniesienie ciężaru działań profilaktycznych na policję, gdy szkoła sobie nie potrafi poradzić, budzi poważne wątpliwości.

### **Leczenie, rehabilitacja i ograniczanie szkód zdrowotnych**

Podstawowym celem w zakresie leczenia jest poprawa jakości i dostępności oferowanych świadczeń. Poprawie jakości ma służyć opracowanie standardów postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych. Jak wynika ze sprawozdań z realizacji KPPN w latach 2002 i 2003, zadanie to jest w początkowej fazie realizacji. Natomiast działania mające służyć zwiększeniu dostępności świadczeń zdrowotnych rozwijają się nierównomiernie. W działaniach wymagających współpracy na szczeblu centralnym (zaplanowanie sieci placówek) postęp jest bardzo niewielki. Trudna jest też współpraca między KBPN a samorządami (brak sprawnego przepływu informacji). Natomiast o postępie można mówić w przypadku tych zadań, których realizacja opiera się na działaniach poszczególnych instytucji czy organizacji świadczących określone usługi (rozwój programów). Wydaje się przy tym, że zasięg specjalistycznych programów readaptacyjnych, ograniczania szkód i leczenia substytucyjnego jest wciąż bardzo ograniczony.

Zwiększeniu zasięgu tego typu działań, a także poprawie usług leczniczych powinna służyć realizacja kolejnego celu KPPN, czyli wprowadzenie systemu szkoleń dla personelu prowadzącego leczenie, rehabilitację i programy ograniczania szkód zdrowot-

nych. Opracowano system certyfikacji programów szkoleniowych dla osób zajmujących się terapią uzależnionych od narkotyków oraz rozpoczęto jego wdrażanie. Uznać to należy za znaczące osiągnięcie Programu. Na podstawie sprawozdań można jednak odnieść wrażenie, że pewne obszary cieszą się mniejszym powodzeniem niż inne (np. małe jest zainteresowanie organizowaniem szkoleń z zakresu ograniczania szkód). Realizacja szkoleń dla personelu podstawowej opieki medycznej jest zróżnicowana terytorialnie (aktywne w tym zakresie jest właściwie tylko województwo wielkopolskie).

Dla poprawy jakości usług zdrowotnych kolosalne znaczenie może mieć ich ewaluacja. Niestety, jak wynika ze sprawozdań, do tej pory nie udało się wiele zrealizować w tym zakresie.

### **Ograniczanie podaży**

W zakresie ograniczania podaży sformułowane zostały dwa cele ogólne: „ograniczenie dostępności narkotyków“ oraz „zahamowanie wzrostu przestępczości związanej z narkotykami“. Środkiem do osiągnięcia tych celów miało być przede wszystkim wzmocnienie koordynacji i współpracy między różnymi służbami i instytucjami. Kwestie te obecne są explicite bądź implicite w większości zadań w obszarze ograniczania podaży. Ze sprawozdań z realizacji Programu nie wynika, aby w zakresie koordynacji i współpracy zrobiono zbyt duże postępy. Obiecująco rozwija się jedynie współpraca międzynarodowa i transgraniczna odpowiednich służb.

W zakresie ograniczania podaży najtrudniej jest cokolwiek powiedzieć o realizacji poszczególnych zadań i stopniu przybliżenia się do osiągnięcia poszczególnych celów. Ta część programu jest bowiem sformułowana w sposób najmniej precyzyjny. Na podstawie sprawozdań można jedynie powiedzieć, że w dziedzinie ograniczania podaży podejmowane są różne działania,

niekoniecznie wyznaczane przez Program.

Powoli przebiegają prace legislacyjne, na przykład nad zapewnieniem szybkiej ścieżki legislacyjnej do wprowadzania nowych substancji na listę substancji kontrolowanych.

Sprawozdania z realizacji Programu nie dają podstaw do stwierdzenia znaczącego postępu we współpracy i koordynacji działań poszczególnych służb odpowiedzialnych za zwalczanie rynku substancji nielegalnych.

W latach realizacji programu obserwujemy kontynuację trendu wzrostowego wskaźników przestępczości związanej z narkotykami. Rosną zarówno liczby wykrytych przestępstw, jak i liczby osób podejrzanych oraz skazanych w związku z ich popełnieniem. Analiza tych wskaźników w powiązaniu z innymi wskaźnikami sugeruje wzrost przestępczości związanej z narkotykami. Brak jest przekonujących danych o zwiększeniu się poziomu wykrywalności przestępstw związanych z narkotykami. Zarówno wskaźniki ilościowe, jak dane jakościowe dotyczące poziomu konsumpcji narkotyków oraz funkcjonowania rynku narkotyków wskazują na narastanie zjawiska, co w obecnym stanie prawnym nie mogłoby zachodzić bez wzrostu przestępczości.

Żaden z osiągalnych wskaźników dostępności narkotyków nie wykazuje trendu spadkowego. Ceny narkotyków na nielegalnym rynku pozostają stabilne lub wykazują tendencję spadkową, dane z badań ankietowych sugerują kontynuację trendu wzrostowego dostępności narkotyków.

Konkludując, na podstawie dostępnych danych nie widać oznak przybliżania się do celów sformułowanych dla obszaru ograniczania podaży.

### **Wnioski i rekomendacje**

Na podstawie zaprezentowanych dotychczas analiz sformułować można wnioski i rekomendacje użyteczne w dalszej realizacji Programu na lata 2002-2005,

a także przydatne przy formułowaniu Programu na lata 2006-2010.

### **Dalsza realizacja Programu na lata 2002-2005**

1. Poprawa współpracy i koordynacji działań instytucji zaangażowanych w realizację Programu, szczególnie w przypadku podejmowania wspólnych zadań.
2. Przygotowanie planów realizacji poszczególnych zadań.
3. Podjęcie badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych i leczniczych w celu sprawdzenia ich skuteczności.
4. Podjęcie monitorowania efektów szkoleń, tzn. sprawdzenie, w jakim stopniu mają one wpływ na zakres i jakość usług oferowanych przez osoby przeszkolone.
5. Zastosowanie bardziej aktywnych form promowania badań ewaluacyjnych.
6. Przyspieszenie prac nad zadaniami, których realizacja jest opóźniona.
7. Nowelizowanie Programu w częściach, co do których są poważne obawy, że nie zostaną zrealizowane z powodu opóźnień, np. wdrożenie standardów leczniczych.

### **Formułowanie Programu na lata 2006-2010**

*1. Określenie relacji między celami i aktywnościami w ramach poszczególnych obszarów oraz pomiędzy obszarami.*

Określenie relacji pomiędzy celami poszczególnych poziomów oraz aktywnościami opierać się powinno na teoretycznych lub empirycznych uzasadnieniach. Istotne wydaje się wyłożenie *explicite*: na mocy jakich to prawidłowości oczekujemy, że dana aktywność przyczyni się do realizacji celu. Analogicznie uzasadnić trzeba w jaki sposób przybliżenie się do celu niższego rzędu zwiększy prawdopodobieństwo osiągnięcia celu wyższego rzędu.

*2. Zadbanie o spójność Programu, w szczególności zawartości poszczególnych obszarów.*

Niektóre aktywności leżą na styku obszarów, jak np. wczesna interwencja wobec proble-

mowych użytkowników narkotyków mieścić się może w obszarze profilaktyki, bądź leczenia, a nawet redukcji szkód. Chodziłoby zatem o to, aby uniknąć replikacji działań lub ich pominięcia. Kolejna kwestia to niebezpieczeństwo konfliktu działań podejmowanych w różnych obszarach. Na przykład aktywność w zakresie zwalczania podaży, czy represje skierowane na użytkowników narkotyków mogą utrudniać działania z zakresu profilaktyki lub redukcji szkód.

*3. Określenie stopnia szczegółowości celów i zadań.*

Spójność Programu zdaje się wymagać podobnego poziomu szczegółowości zadań zawartych w Programie. Zbyt duży poziom szczegółowości zadań czyni Program mało czytelnym. Jeśli w Programie współistnieją zadania o bardzo zróżnicowanym stopniu szczegółowości trudno o przejrzystość jego struktury.

*4. Precyzyjne zdefiniowanie kluczowych pojęć.*

Brak precyzyjnie zdefiniowanych pojęć utrudnia nie tylko ewaluację Programu, ale także może rodzić nieporozumienia na etapie jego realizacji. W zakresie refleksji nad problemem narkotyków i narkomanii nie wypracowano jak dotychczas precyzyjnej terminologii, stąd potrzeba dedefiniowania niektórych pojęć zarówno na poziomie celów, jak i zwłaszcza – wskaźników.

*5. Dbłość o mierzalny charakter celów.*

Mierzalny charakter celów jest warunkiem koniecznym ewaluacji Programu. Jeśli niemożliwe jest sformułowanie celów w kategoriach mierzalnych ilościowo, warunkiem minimum jest możliwość pomiaru o charakterze jakościowym.

*6. Uwzględnienie jakości, dostępności i kosztów pozyskania danych przy doborze wskaźników.*

Istotnym ograniczeniem w doborze wskaźników realizacji zadań i osiągnięcia celów jest

dostępność danych, ich jakość, jak również koszty ich pozyskania. Należy zatem zadbać o to, aby dobór wskaźników był realistyczny z tego punktu widzenia. Rytm badań powinien zostać dostosowany do rytmu uchwalania i realizacji Programu, tak aby możliwe było uchwycenie obrazu sytuacji przed podjęciem realizacji Programu lub w najwcześniejszej fazie realizacji oraz po jego zakończeniu.

*7. Dodefiniowanie roli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako koordynatora implementacji Programu.*

Zgodnie z zapisem w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii\* koordynacja realizacji Programu należy do zadań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Ten ogólny zapis ustawowy powinien znaleźć doprecyzowanie w Programie, tzn. wymaga określenia, na czym owa koordynacja ma polegać. Innymi słowy konieczne wydają się zapisy definiujące konkretne zadania, zakres i sposób możliwych interwencji oraz zakres odpowiedzialności koordynatora.

*8. Wprowadzenie obowiązku formułowania planów realizacji zadań oraz przekazywania ich do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako koordynatora implementacji Programu.*

Wprowadzenie obowiązku formułowania planów realizacji poszczególnych zadań przez instytucje za nie odpowiedzialne powinno przyczynić się do pobudzenia rzeczywistego wpływu Programu na aktywność poszczególnych instytucji oraz wpłynąć na zwiększenie dyscypliny realizacji Programu.

*9. Wprowadzenie do Programu mechanizmów koordynacji, np. schematów czy procedur współpracy różnych instytucji przy realizacji poszczególnych zadań, szczególnie wspól-*

*nych zadań.*

Brak mechanizmów współpracy instytucji przy realizacji wspólnych zadań zdaje się czynić ową współpracę iluzoryczną. Jeśli za realizację zadania odpowiedzialnych jest kilka instytucji i nie określi się, jak owa odpowiedzialność ma być między nimi rozłożona, to często żadna z nich aktywności nie podejmuje.

*10. Zidentyfikowanie programów, które przynajmniej w części dotyczą problematyki narkotyków, oraz wprowadzenie koordynacji między nimi.*

Reakcje na problem narkotyków i narkomanii obecne są w różnym stopniu w wielu programach resortowych i ponadresortowych. Problem narkotyków, a także działania zapobiegawcze wiążą się też ściśle z kwestią używania innych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol czy tytoń, a także strategii zapobiegawczych w tym zakresie. Wydaje się, że zidentyfikowanie wszystkich programów podejmujących te kwestie oraz zadbanie o ich spójność jest warunkiem koniecznym uporządkowania aktywności w tym obszarze. Uniknie się w ten sposób replikacji działań oraz potencjalnych konfliktów priorytetów.

*11. Wskazania źródeł finansowania realizacji zadań przez instytucje pozabudżetowe, takie jak Instytut Psychiatrii i Neurologii czy środki masowego przekazu.*

Brak zapewnienia finansowania realizacji zadań Programu przez instytucje pozabudżetowe zdejmuje z nich odpowiedzialność za uczestnictwo w Programie.

**Janusz Sierosławski,  
Katarzyna Okulicz-Kozaryn**  
*Centrum Informacji o Narkotykach  
i Narkomanii Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

\* Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r., artykuł 3a, ust 4.

## CHOROBY ZAKAŻNE W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW monitorowanie zjawiska

### Wprowadzenie

Choroby zakaźne są obecnie jednym z najpoważniejszych skutków iniekcyjnego przyjmowania narkotyków i mogą doprowadzić do znacznego wzrostu kosztów związanych z opieką nad narkomanami. Ponadto gwałtowny wzrost infekcji w grupie osób przyjmujących narkotyki grozi rozpowszechnieniem chorób zakaźnych na całą populację.

Zakażenia HIV, HBV i HCV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie to jeden z pięciu kluczowych wskaźników Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Wskaźnik wprowadzono, aby określać rozpowszechnienie i konsekwencje zdrowotne używania narkotyków. Dane do wskaźnika zakażeń, podobnie jak do pozostałych kluczowych wskaźników, gromadzone są w ramach sieci krajowych punktów kontaktowych – National Focal Points (NFP) oraz przez ekspertów wyznaczonych w poszczególnych krajach UE. Wskaźnik służy dostarczeniu decydentom, profesjonalistom oraz naukowcom z dziedziny narkomanii i zdrowia publicznego rzetelnym, porównywalnym i obiektywnym danym na temat występowania zakażeń HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki. Informacje te powinny być pomocne w tworzeniu strategii przeciwdziałania problemowi.

Dla wskaźnika zakażeń EMCDDA wyróżniło dwa podstawowe cele: pomiar poziomu zakażeń w populacji narkomanów oraz monitorowanie trendów zjawiska (m.in. wzrostu lub spadku liczby zakażeń, rozpowszechnienia zakażeń wśród nowych narkomanów dożylnych).

Informacje na temat zakażeń uzyskiwane są obecnie z trzech podstawowych źródeł: (1) dane z placówek leczenia narkomanów – odnoszące się wyłącznie do użytkowników narkotyków i najczęściej dostarczane do EMCDDA; (2) dane z ośrodków rutynowej diagnostyki, tzn. w przypadku Polski – stacji sanitarno-epidemiologicznych; (3) dane z badań naukowych nad rozpowszechnieniem HIV, HBV i HCV.

### Osiągnięcia wskaźnika zakażeń

Opracowano Zalecenia w zakresie zbierania danych oraz Standardową Tabelę EMCDDA (ST 09), wykorzystywaną przy sporządzaniu raportów. W wyniku zbierania informacji zgodnie z Zaleceniami i Standardową Tabelą znacznie poprawiła się jakość danych na temat występowania HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C u narkomanów iniekcyjnych. Informacje na temat zakażeń w Europie prezentowane są w sprawozdaniu rocznym EMCDDA (<http://annualreport.emcdda.eu.int/pl/home-pl.html>) oraz w innych publikacjach, np. w monografii EMCDDA pt. „Wirusowe zapalenie wątroby typu C a iniekcyjne używanie narkotyków: ponoszone koszty i budowanie strategii przeciwdziałania“ (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

Wzrosła także dostępność danych. Informacje o zakażeniach wśród narkomanów, pozyskiwanie początkowo wyłącznie z placówek leczenia uzależnienia od narkotyków, rozszerzono o dane z ośrodków rutynowej diagnostyki oraz wyniki badań naukowych.

Ponadto możliwa stała się porównywalność danych pomiędzy poszczególnymi krajami. Dostarczane do EMCDDA informa-

cje umożliwiają prowadzenie analiz występowania HIV oraz WZW typu B i C wśród narkomanów iniekcyjnych, a także obserwację rozwoju trendów w Europie.

### Spotkanie Ekspertów 2003

Osoby zaangażowane w rozwój wskaźnika spotykają się raz do roku w Lizbonie, podczas Spotkania Ekspertów. W roku 2003 w spotkaniu po raz pierwszy uczestniczyli eksperci z nowych państw członkowskich Unii Europejskiej. Spotkanie poświęcone było poszerzeniu zakresu i poprawie jakości zbieranych informacji oraz wprowadzeniu krajów kandydujących do unijnego systemu monitorowania zakażeń wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Prace dotyczyły głównie zwiększenia zasięgu wykonywania biologicznych testów przesiewowych w ośrodkach leczenia uzależnienia od narkotyków i innych placówkach, z których pomocy korzystają użytkownicy narkotyków (np. programy wymiany igieł i strzykawek), szczególnie w świetle rozwijających się możliwości leczenia antyretrowirusowego. Prowadzono dyskusję, czy wszyscy klienci, zarówno przyjmujący narkotyki w zastrzykach, jak i nieprzyjmujący powinni być testowani? Czy osoby, które uzyskały wynik negatywny, powinny być poddawane testom w latach następnych? Zastanawiano się także nad możliwością włączenia wykonywania biologicznych testów przesiewowych do protokołu innego kluczowego wskaźnika EMCDDA – zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków (TDI). Ze względu na to, że protokół TDI może uwzględnić jedynie nieliczne zagadnienia dotyczące chorób zakaźnych, zdecydowano, że korzystne byłoby opracowanie osobnego protokołu dla wskaźnika zakażeń (DRID) i kwestionariusza w tym zakresie do stosowania m.in. w placówkach leczniczych. Protokół DRID służyć będzie do monitorowania zjawiska poprzez jednoczesne wypełnianie kwe-

stionariusza i wykonywanie biologicznych testów przesiewowych. Protokół powinien zawierać praktyczne wskazówki dotyczące zarówno wykonywania testów przesiewowych w ośrodkach leczniczych, jak i kwestii etycznych, np. zalecenia, w jaki sposób przeprowadzać badania nie zaburzając relacji terapeutycznej z klientem. Ostatecznie zaproponowano włączenie wybranych zagadnień do protokołu TDI, a ponadto stworzenie protokołu DRID i odpowiedniego kwestionariusza, który byłby wypełniany przez odpowiednie placówki dobrowolnie i niezależnie od kwestionariusza TDI. Prace nad protokołem rozpoczęto pod koniec roku 2003, a wstępną wersję dokumentu przedstawiono na Spotkaniu Ekspertów w 2004 r.

Podczas spotkania przedstawiono założenia nadzoru drugiej generacji nad występowaniem HIV oraz możliwości monitorowania ryzykownych zachowań; zwrócono szczególną uwagę na zjawisko używania wspólnych igieł i strzykawek. Pomimo częstych problemów z trafnością narzędzi pomiarowych wykorzystywanych do nadzoru przyjęto, iż monitorowanie praktyki dzielenia igieł i strzykawek będzie istotnym uzupełnieniem dla biologicznych testów przesiewowych.

W trakcie warsztatów poświęconych naukowym badaniom rozpowszechnienia zakażeń i monitorowania trendów zjawiska dyskutowano nad możliwością wspólnego analizowania wyników studiów prowadzonych w różnych krajach. Zgłoszono potrzebę stworzenia protokołu do prowadzenia badań nad rozpowszechnieniem HIV, WZW B i C wśród narkomanów iniekcyjnych w UE wraz z określoną listą podstawowych zagadnień do wykorzystania przy projektowaniu kolejnych badań. EMCDDA uruchomiło już projekt opracowania takiego protokołu, realizatorem projektu jest grecki *Focal Point*. Wyniki prac nad protokołem badawczym zostaną zaprezentowane na Spotkaniu Ekspertów

w październiku 2005 roku.

Podczas warsztatów na temat poszerzenia nadzoru w zakresie WZW typu C omówiono propozycję rozpoczęcia zbierania w ośrodkach rutynowej diagnostyki danych na temat liczby zakażeń wirusem HCV. Pozyskiwanie danych o WZW C występującym w populacji ogólnej, a nie wyłącznie wśród narkomanów iniekcyjnych, umożliwi szerszy nadzór nad zakażeniami żółtaczką typu C. Ponadto stanowić będzie narzędzie do określania częstotliwości występowania zakażeń WZW C wśród narkomanów iniekcyjnych niekorzystających z systemu leczenia uzależnień oraz do rozpoznawania innych dróg przenoszenia wirusa WZW C.

### **Akademia Reitox 2004**

Spotkanie Ekspertów 2004 poprzedzały dwudniowe warsztaty Reitox na temat metod monitorowania występowania chorób zakaźnych wśród narkomanów iniekcyjnych. Warsztaty zorganizowano w związku z oczekiwaniami, które pojawiły się w trakcie poprzednich Spotkań Ekspertów. Poruszano zagadnienie standardów zbierania danych (krajowe systemy monitorowania) i metodologii badań (m.in. narzędzia do badania trendów zjawiska). Omawiano także stosowane testy biologiczne i metody laboratoryjne, stanowiące podstawę prowadzenia nadzoru nad zakażeniami wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach oraz planowania badań naukowych w tym zakresie.

### **Spotkanie Ekspertów 2004**

Podczas spotkania kontynuowano dyskusję z 2003 r. o możliwościach udoskonalenia unijnego systemu poszerzonego nadzoru nad zakażeniami HCV oraz powołano forum międzynarodowej wymiany informacji i doświadczeń w zakresie zbierania danych o chorobach zakaźnych wśród

narkomanów. Poruszono problematykę badań kohortowych, a szczególnie trudności związanych z zakładaniem kohort i przeprowadzaniem kolejnych edycji badań.

Ponadto dokonano przeglądu Standardowych Tabel nadesłanych przez poszczególne kraje w kontekście prac nad protokołem badawczym i protokołem DRID. Efektem powyższych wysiłków będzie zintegrowany i wyczerpujący protokół UE (ok. 20 stron), do którego w formie aneksów dołączone zostaną cząstkowe protokoły dotyczące poszczególnych typów zbieranych danych wraz z listą podstawowych zagadnień, uaktualnionymi Zaleceniami i Standardową Tabelą EMCDDA.

Protokół UE będzie zawierać zgodne z Zaleceniami i Standardową Tabelą (ST 09) oraz spójne z listą podstawowych zagadnień cząstkowe protokoły: protokół zbierania danych DRID i badawczy protokół występowania chorób zakaźnych wśród narkomanów. Celem tworzenia protokołu jest usprawnienie monitorowania chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków w UE na podstawie danych uzyskanych w wyniku rutynowych lub regularnie powtarzanych badań skali zjawiska. Całość prac wykonana zostanie przy ścisłej współpracy i pod kontrolą kierownictwa projektu, czyli EMCDDA.

Protokół UE obejmie następujące zagadnienia:

- a) propozycje wykorzystania protokołu i utworzenie krajowych systemów monitorowania rozpowszechnienia zakażeń,
- b) określenie docelowej bazy placówek zbierania danych,
- c) przegląd dostępnych danych na temat zakażeń wśród narkomanów,
- d) wprowadzenie biologicznych testów przesiewowych w placówkach leczniczych dla narkomanów oraz innych ośrodkach i wykorzystywanie wyników testów w szacowaniu skali zjawiska,
- e) powołanie placówek zajmujących się

badaniami biologicznymi w zakresie chorób związanych z używaniem narkotyków,

- f) monitorowanie zachowań ryzykownych,
- g) zbieranie danych i system sprawozdawczy,
- h) opracowanie listy podstawowych zagadnień i kwestionariusza do protokołu DRID,
- i) praca w terenie – dobór współpracowników,
- j) zasady prowadzenia testów biologicznych,
- k) monitorowanie rozpowszechnienia zakażeń,
- l) problemy etyczne.

Ewentualne modyfikacje protokołu UE zostaną wprowadzone po konsultacjach z krajowymi punktami kontaktowymi i ekspertami.

## Rozwój wskaźnika zakażeń

Dalsze prace nad wskaźnikiem zakażeń będą skierowane na poszerzenie zakresu gromadzonych danych. Oznacza to z jednej strony monitorowanie rozpowszechnienia wśród narkomanów kolejnych chorób zakaźnych, m.in. gruźlicy i tężca, a z drugiej strony – w konsekwencji zmieniających się wzorów przyjmowania narkotyków – badanie skali zakażeń nie tylko w grupie osób dożylnie biorących narkotyki, ale także wśród przyjmujących substancje w innej formie.

*Agnieszka Marchel*

*Krajowe Biuro*

*ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

## POLSKO - NIEMIECKA UMOWA BLIŹNIACZA Walka z narkotykami — kontynuacja

Od 1998 roku umowy bliźniacze (od ang. twinning) są jedną z form wykorzystywanych przez Unię Europejską do wspierania rozwoju instytucjonalnego administracji publicznej krajów ubiegających się o członkostwo, a także nowych krajów Unii Europejskiej. Do jednych z priorytetowych obszarów objętych finansowaniem ze środków unijnych należy przeciwdziałanie narkomanii.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii już w latach ubiegłych podjęło działania w ramach programu Phare realizując umowę z Francją\*, a od września 2004 roku we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Polityki Społecznej Republiki Federalnej Niemiec realizuje projekt „Walka z narkotykami – kontynuacja“.

Podstawowe cele obecnego projektu to wspieranie i propagowanie rozwiązań systemowych usprawniających politykę w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Przygotowując projekt starano się przede wszystkim wybrać te obszary i zagadnienia, które w ocenie strony polskiej odgrywają ważną rolę w kreowaniu racjonalnej polityki przeciwdziałania narkomanii. Za priorytetowe kwestie uznano polepszenie kooperacji i koordynacji działań rozmaitych organizacji i instytucji realizujących zadania z zakresu polityki antynarkotykowej. Cele projektu uwzględniają także wymagania i kryteria stawiane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) – agendę Komisji Europejskiej stworzoną do moni-

\* więcej: „Serwis Informacyjny. Narkomania” nr 2 (21) 2003, 4 (23) 2003

torowania zjawiska używania narkotyków i narkomanii na terenie Unii Europejskiej. W szczególności umowa dotyczy prac nad stworzeniem Systemu Wczesnego Ostrzegania o Narkotykach Syntetycznych oraz wypracowania jednolitego protokołu zbierania danych o konfiskatach, cenach narkotyków i zgonach związanych z używaniem narkotyków.

### **Współpraca w ramach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDE)**

Punktem wyjściowym do prowadzenia skutecznej polityki antynarkotykowej jest trafna i kompleksowa diagnoza zjawiska używania narkotyków oraz ewaluacja podjętych działań. Podstawowym narzędziem takiej diagnozy jest monitorowanie zjawiska narkomanii we wszelkich jego wymiarach, dlatego w 2001 roku zostało powołane Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii działające w strukturach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W ramach obecnie realizowanego projektu jednym z głównych celów jest dalsze dostosowanie systemów zbierania danych i ich analizy do wymogów oraz standardów EMCDDA, a także zapewnienie sprawnego przepływu informacji między instytucjami tworzącymi sieć monitorującą. Prowadzone działania w tym zakresie, głównie szkolenia i wizyty studyjne, mają na celu opracowanie narzędzi i procedur dotyczących zbierania danych o przestępczości narkotykowej, konfiskatach, cenach narkotyków oraz zgonach związanych z używaniem narkotyków.

W pracach biorą czynny udział przedstawiciele Policji, Straży Granicznej, Żandarmerii Wojskowej oraz Służby Celnej. Efektem prac będzie stworzenie ujednoliconego, zgodnego z wymogami EMCDDA, systemu zbierania danych z całego sektora organów ścigania.

W ramach tego komponentu prowadzone są także prace nad procedurami i programami ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

### **System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach Syntetycznych**

Zadaniem Systemu Wczesnego Ostrzegania jest wykrywanie nowych narkotyków syntetycznych pojawiających się na rynku i ocena zagrożeń związanych z ich używaniem. Do utworzenia takiego systemu na poziomie krajowym zobowiązują regulacje przyjęte przez Radę Europejską. W przypadku wykrycia substancji, która nie jest ujęta w wykazie do Jednolitej Konwencji Narodów Zjednoczonych o Środkach Odurzających z 1961 r. i 1971 r. Państwa Wspólnoty zobowiązane są przekazywać informacje na ten temat do EMCDDA oraz Europolu.

Jednym z zadań umowy bliźniaczej z partnerem niemieckim jest opracowanie procedur i mechanizmów wymiany informacji w celu wprowadzenia w życie polskiego systemu ostrzegania o narkotykach. Ważną rolę w tworzeniu systemu odgrywa Centralne Laboratorium Kryminalistyczne KGP, które wykonuje badania laboratoryjne nowych substancji oraz organizacje pozarządowe ostrzegające potencjalnych użytkowników o zagrożeniach. Wszelkie informacje o pojawieniu się nowych substancji zbiera Krajowe Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, a następnie przekazuje je do wszystkich zainteresowanych stron. Przewiduje się, że procedury i mechanizmy współpracy wszystkich instytucji zaangażowanych w tworzenie polskiego systemu zostaną wypracowane i wdrożone jeszcze w tym roku.

### **Ograniczenie popytu na substancje psychoaktywne**

Jednym z priorytetów polityki antynarkotykowej jest ograniczenie popytu

na substancje psychoaktywne. Wychodząc z założenia, że środowiskowe formy działania profilaktycznego bliskie jednostce są bardziej skuteczne, dużo uwagi w projekcie umowy twinningowej poświęcono lokalnej polityce przeciwdziałania narkomanii. Jednym z głównych założeń projektu jest wypracowanie modelu współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na szczeblu centralnym i lokalnym przy uwzględnieniu działalności organizacji pozarządowych.

Zaplanowane szkolenia dotyczące tego obszaru umowy są adresowane głównie do administracji samorządowej – do osób odpowiedzialnych za kreowanie regionalnej i lokalnej polityki antynarkotykowej, a także do organizacji pozarządowych zajmujących się profilaktyką, leczeniem i rehabilitacją osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych. Tematyka organizowanych szkoleń dotyczy głównie:

- wzmocnienia współpracy organizacji i instytucji przygranicznych Polski i Niemiec,
- planowania, tworzenia i wprowadzania lokalnej polityki antynarkotykowej oraz kooperacji pomiędzy samorządami i organizacjami pozarządowymi. W ramach tego komponentu prowadzone są także szkolenia dla dyrektorów jednostek penitencjarnych, lekarzy więziennych oraz terapeutów prowadzących w więzieniach programy terapii uzależnień.

Duży nacisk w projekcie położono także na leczenie substytucyjne, jako formę leczenia osób uzależnionych od opiatów. Realizacja projektu ma umożliwić stworzenie plat-

formy do dyskusji i wymiany doświadczeń pomiędzy zainteresowanymi osobami oraz instytucjami odpowiedzialnymi za finansowanie świadczeń w zakresie terapii substytucyjnej i pomóc w przezwycięzeniu trudności w rozwoju tej formy pomocy osobom uzależnionym w Polsce.

Dla lekarzy i terapeutów przygotowujących się do utworzenia nowych programów substytucyjnych w Polsce zaplanowano wizyty w niemieckich placówkach prowadzących programy metadonowe.

Projekt „Walka z narkotykami – kontynuacja” realizowany w ramach umowy twinningowej z Niemcami ma charakter interdyscyplinarny, jednak przede wszystkim ma propagować i wzmacniać ideę współpracy pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za przeciwdziałanie narkomanii zarówno na szczeblu rządowym, jak i samorządowym. Szereg seminariów i szkoleń zorganizowanych na terenie kraju oraz wizyt studyjnych w Niemczech dla różnych grup zawodowych zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii mają pomóc w osiągnięciu zakładanych celów. Projekt jest w trakcie realizacji i zbyt wcześnie, aby oceniać jego rezultaty. Biorąc jednak pod uwagę różnorodność podjętych tematów i intensywność z jaką jest realizowany program można się spodziewać, że przyczyni się do kształtowania sprawniejszej polityki antynarkotykowej w naszym kraju.

**Michał Kidawa**  
Krajowe Biuro

*ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

## OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

### **Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zaprasza**

zainteresowane podmioty do składania ofert i uczestniczenia w konkursie na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia w zakresie:

- a) instruktora terapii uzależnień
- b) specjalisty terapii uzależnień

Wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację zadania wynosi 150 000 zł.

W konkursie mogą brać udział podmioty nie będące osobami fizycznymi i nie zaliczane do sektora finansów publicznych, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń, a oferowany program spełnia wymagania określone w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków. Szczegółowe wymagania dotyczące ofert znajdują się na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) w dziale Certyfikacja.

#### **Oferty prosimy kierować na adres:**

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,  
02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54

**do dnia 25.04.2005 r.** (decyduje data stempla pocztowego)

Oferty złożone po tym terminie nie będą brały udziału w konkursie

**Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) do 30.06.2005 roku**

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu lub jego anulowania bez podania przyczyn.

#### **Informacja uzupełniająca:**

Na realizację programu w 2004 roku Krajowe Biuro wydatkowało ogółem środki finansowe w wysokości 330 000 zł, w tym na nowe programy wyłonione w wyniku konkursu w 2004 roku oraz na programy rozpoczęte w latach poprzednich.



NARKOTYKI

nie daj się wciągnąć

Antynarkotykowy telefon zaufania  
**0 801 199 990**  
 czynny codziennie 18<sup>00</sup>- 21<sup>00</sup> całkowity koszt połączenia 35 gr

poradnia internetowa  
[www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl)



## Serwis Informacyjny Narkomania

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

**Adres redakcji:**  
 ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**  
 Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**  
 Skład, łamanie: **Studio Ancom**  
 tel. (022) 32 60 370

druk: **Zakład Poligraficzny LEGRAF**  
 ul. Asnyka 9, 05-410 Michalin-Józefów

### KOLEGIUM REDAKCYJNE:

**Jacek Morawski**  
 (Ośrodek Informacji o Akoholu i Narkotykach ADIC)  
**Jacek Moskalewicz**  
 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)  
**Janusz Sierosławski**  
 (Instytut Psychiatrii i Neurologii)  
**Teresa Wereżyńska**  
 (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator  
 Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)  
**Włodzimierz Ziemia**  
 (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo bezpłatne