

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII

Janusz Sierosławski

**OSZACOWANIE LICZBY
PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW
I ANALIZA WZORÓW UŻYWANIA NARKOTYKÓW
ORAZ ZWIĄZANYCH Z TYM PROBLEMÓW**

WARSZAWA 2007

Badanie zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	3
CEL BADANIA I PRZEDMIOT BADANIA	4
METODA I MATERIAŁ BADAWCZY	5
WYNIKI	10
Wzory używania narkotyków.....	11
Zaopatrzenie w narkotyki i funkcjonowanie nielegalnego rynku narkotyków.	21
Sytuacja życiowa	25
Problemy związane z narkotykami	29
Reakcje społeczne w ocenie badanych	34
System pomocy dla narkomanów w ocenie badanych	36
Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków.....	40
WNIOSKI I REKOMANDACJE	58

WPROWADZENIE

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia oraz w pierwszych latach obecnego notowaliśmy w Polsce zwiększanie się podaży substancji psychoaktywnych, a także popytu na nie. Ogólnokrajowe dane epidemiologiczne wskazywały na szybki trend wzrostowy rozpowszechnienia używania narkotyków, a także na zmiany we wzorach ich przyjmowania. Narastały również rozmiary zjawiska narkomanii rozumianej jako uzależnienie od narkotyków lub ich regularne przyjmowanie w sposób rodzący poważne problemy.

Zmiany te nie były równomiernie rozłożone w całym kraju. Jak wynika z danych statystycznych i badań ankietowych zarówno zjawisko narkomanii, jak problemy eksperymentalnego czy okazjonalnego używania narkotyków są bardzo silnie zróżnicowane terytorialnie. „Sceny lekowe” w poszczególnych miastach czy regionach znacznie różnią się między sobą. Główną osią zróżnicowania jest stopień urbanizacji. Problem narkotyków i narkomanii szybciej rozwijała się w dużych miastach. Istotne zróżnicowania wiążą się też z układem terytorialnym i przebiegają według podziału na lepiej cywilizacyjnie rozwiniętą zachodnią część kraju oraz zacofaną w stosunku do niej część wschodnią i centralną.

Dane z poziomu kraju nie stanowią zatem zwykle dobrego przybliżenia sytuacji w skali lokalnej czy nawet regionalnej, podobnie jak na podstawie danych lokalnych nie można oceniać sytuacji w całym kraju. Stąd potrzeba badań epidemiologicznych prowadzonych zarówno na poziomie całego kraju, jak w skali lokalnej. Wynik takich badań dostarczają rozeznania rozmiarów i charakteru zjawiska, niezbędnego do planowania działań zapobiegawczych i ich ewaluacji.

Zanim przejdziemy do prezentacji wyników badania zrealizowanego w Warszawie oraz w konurbacji Górnego Śląska uściślenia wymagają takie kluczowe pojęcia jak narkoman czy narkotyk. Dla potrzeb tego badania narkoman został zdefiniowany jako osoba uzależniona od narkotyków lub osoba regularnie nadużywająca narkotyków w sposób powodujący problemy. Inaczej o osobach takich można powiedzieć, że są problemowymi użytkownikami narkotyków. O regularnym przyjmowaniu narkotyków

będziemy mówić wtedy, gdy jest to przyjmowanie codzienne lub prawie codzienne przez dłuższy czas. Okresy przyjmowania narkotyków mogą przeplatać się z okresami abstinencji – dobrowolnej lub wymuszonej. Częstotliwość i długość okresów przyjmowania zależne bywają od typu środka, ciągłości podaży, możliwości finansowych. W sumie decydującym czynnikiem jest tu miejsce narkotyków w stylu życia. O narkomanie mówimy wtedy, gdy narkotyk staje się trwałym elementem stylu życia, elementem, który ów styl życia konstytuuje. Pod pojęciem narkotyku rozumiemy substancje psychoaktywne inne niż alkohol i tytoń. Głównym przedmiotem naszego zainteresowania będą osoby używające substancji nielegalnych, a więc takich, których produkcja i sprzedaż są nielegalne. Przykładami takich substancji mogą być marihuana, heroina, amfetamina czy kokaina. Oprócz substancji nielegalnych używane w celu odurzenia są też takie substancje legalne jak leki uspokajające i nasenne (np. benzodwazepiny czy barbiturany), narkotyczne leki przeciwbólowe (np. morfina, czy fortral) oraz substancje wziewne (np. kleje, rozpuszczalniki, czy niektóre środki czyszczące). Wprawdzie substancje te są legalne, to jednak wejście w ich posiadanie w celu niemedycznego stosowania wiąże się często z łamaniem prawa. Nie dotyczy to oczywiście substancji wziewnych, które są dostępne bez żadnych ograniczeń, i których używanie nie wiąże się potrzebą wchodzenia w konflikt z prawem.

CEL I PRZEDMIOT BADANIA

Celem badania było oszacowanie liczby osób używających problemowo narkotyków, czyli narkomanów. Badanie miało też na celu analizę wzorów używania narkotyków oraz problemów związanych z narkotykami w tej grupie. Podstawowymi pytaniami badawczymi są zatem pytania o ogólną liczbę narkomanów, jak również liczebność poszczególnych ważnych z praktycznego punktu widzenia kategorii narkomanów, jak np. kobiety, młodzież, czy osoby używające narkotyków w zastrzykach.

Celem badania była również próba identyfikacji i analizy czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu są zatem poruszone takie kwestie, jak dostępność narkotyków, zarówno w wymiarze fizycznym

jak psychologicznym, doświadczenia problemów związanych z ich używaniem gotowość do podjęcia prób zaprzestania używania narkotyków, oceny systemu pomocy i potrzeby w tym zakresie, percepcja postaw społecznych wobec narkomanów.

Wyniki badania powinny posłużyć jako jeden z elementów do ewaluacji polityki wobec narkomanii. Badanie w części nawiązuje do badania zrealizowanego w 2004 r. Planując wówczas schemat zbierania danych potrzebnych do diagnozy problemu używania narkotyków w zastrzykach staraliśmy się uwzględnić informacje, które później wykorzystane być mogą jako element monitoringu.

Problematyka badania koncentrowała się na opisie "biografii lekowej" badanych, ich obecnej sytuacji życiowej (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, źródła utrzymania, mieszkanie, itp.), stylu życia, doświadczeń w adaptacji do środowiska, problemów i trudności z jakimi przychodzi się im borykać.

Drugi obszar zagadnień poruszanych w wywiadach to kwestia dostępności narkotyków oraz funkcjonowania nielegalnego rynku substancji psychoaktywnych.

Trzecim nurtem naszych zainteresowań była ocena postaw mieszkańców wobec narkomanii i narkomanów. Rozpoznanie dominujących w społeczności postaw wobec zjawiska będzie przydatne do określenia warunków realizacji programu. Ponadto wykorzystać je można do formułowania celów dla edukacji publicznej.

Wreszcie czwartym wątkiem poruszonym w wywiadach były informacje potrzebne bezpośrednio do planowania akcji, a więc dotyczące gotowości respondentów do korzystania z jakichkolwiek form pomocy, oczekiwania co do ich kształtu i zakresu, a także identyfikacja ewentualnych warunków, pod jakimi badani byliby skłonni wejść w kooperację.

METODA I MATERIAŁ BADAWCZY

Badania były realizowane metodą wywiadów pogłębionych, których struktura dyktowana była przygotowanymi wcześniej dyspozycjami. Pozostawiały one prowadzącemu dużą swobodę w kształtowaniu scenariusza rozmowy, wyznaczały

natomiast ściśle zakres informacji, jakie należało zebrać. Kolejność poruszanych kwestii pozostawała do decyzji prowadzącego wywiad. Możliwe były powroty do poruszanych wcześniej problemów, a nawet wskazane w przypadku, gdy informacje uzyskane później rzucały nowe światło na poruszane już zagadnienia. Wypowiedzi badanych były szczegółowo notowane przez prowadzącego wywiad. Sprawozdania z wywiadów, które stanowiły podstawę do analiz zawierały wierny zapis wypowiedzi osób badanych, z zachowaniem ich specyfiki językowej. Chodziło o to, by na poziomie zbierania materiału do minimum ograniczyć proces interpretacji, który mógłby zniekształcić wypowiedzi respondentów.

Informacje zbierane w wywiadach dotyczyły trzech porządków czasowych - przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Teraźniejszość traktowana była jako przedział czasowy obejmujący ostatnie 12 miesięcy przed badaniem. Sięganie w wywiadach do przeszłości pozwalało zgromadzić dane użyteczne do zrozumienia obecnej sytuacji badanych. Biografia lekowa, doświadczenia wyniesione z prób leczenia, dynamika sytuacji rodzinnej stanowiły ważne przesłanki budowania pełnego obrazu sytuacji osób, dla których będzie planowany system pomocy.

Szczegółowy zestaw problemów poruszanych w wywiadach przedstawia się następująco:

- Wzory używania narkotyków
 - biografia narkotykowa (inicjacja, dynamika wchodzenia w okazjonalne używanie narkotyków a następnie w używanie problemowe, zmiany wzorów używania narkotyków, tzn. zmiany w częstoci brania, rodzajach środków oraz sposobu wprowadzania do organizmu, okresy abstynencji dobrowolnej i wymuszonej).
 - aktualny wzór używania (rodzaje środków, droga wprowadzania do organizmu, częstoci używania, sytuacje w jakich się bierze, zachowania związane z braniem, motyw)
 - zachowania ryzykowne (iniekcje, wspólne igły i strzykawki - ustalenie definicji i hierarchii respondenta zagrożeń związanych z braniem narkotyków, kwestia redukcji zagrożeń, czy badany podejmuje kroki i jakie w celu unikania zagrożeń)

- Zaopatrzenie w narkotyki i funkcjonowanie nielegalnego rynku narkotyków
 - dostępność (gdzie i w jaki sposób można kupić, jaka jest dynamika dostępności w ostatnich latach)
 - obraz rynku (mechanizmy funkcjonowania rynku,
 - zachowania rynkowe badanego (ile kupuje, jak często, czy stały diler, co robi w przypadku czasowych niedoborów na rynku)
 - ceny, (przy różnych poziomach czystości i różnej ilości)

- Style życia (sytuacja życiowa)
 - sytuacja rodzinna (rodzina pierwotna, a rodzina założona przez respondenta, kontakty, ewentualne wsparcie)
 - mieszkanie (z kim, w jakich warunkach, bezdomność i jej obraz)
 - aktywność życiowa (praca, nauka, czas wolny)
 - źródła utrzymania (dochody i ich źródła)
 - relacje interpersonalne (znajomi, przyjaciele itp., - kontakty z innymi narkomanami i z osobami spoza subkultury, ewentualne podziały wewnątrz świata narkomanów, wsparcie społeczne)

- Problemy związane z narkotykami
 - Ogólna ocena stanu zdrowia, zarówno psychicznego, jak somatycznego)
 - problemy zdrowotne (schorzenia związane z używaniem narkotyków, inne choroby, zatrucia narkotykami)
 - problemy prawne (przestępczość zarówno od strony sprawstwa jak i wiktyimizacji)
 - wypadki
 - przemoc – narażenia na przemoc i sprawstwo przemocy

- Reakcje społeczne
 - instytucjonalne i nie instytucjonalne
 - postawy społeczne (własne doświadczenia, obiegowe opinie, doświadczenia

- Ocena systemu pomocy i postulowane kierunki rozwoju
 - Ocena systemu pomocy (dostępność, jakość usług, efektywność)
 - Osobiste doświadczenie (placówki w województwie - placówki w innych częściach kraju)
 - Braki, bariery, potrzeby i oczekiwania
 - Motywacja do przerwania brania narkotyków

W badaniach nad narkomanami szczególnie owocne wydaje się podejście uwzględniające doświadczenia metody etnograficznej. Istotą tego podejścia jest próba zrozumienia sytuacji obiektu badania, poprzez przyjęcie w analizie jego punkt widzenia. Spojrzenie na osoby używające narkotyków z perspektywy ich doświadczeń, norm i wartości przynosi niekiedy proste wyjaśnienia zachowań niezrozumiałych na gruncie doświadczeń wpływających z życia codziennego przeciętnych ludzi. Podejście takie bywa szczególnie owocne w próbach zrozumienia zjawisk kulturowo obcych, do jakich zaliczyć można narkomanię. Metoda etnograficzna zakłada technikę obserwacji uczestniczącej, jako podstawowy sposób zbierania danych. Uczestnicząc w życiu interesującej nas grupy, obserwując niejako "od wewnątrz" procesy w niej zachodzące jesteśmy w stanie rzeczywiście zmienić sposób interpretowania i oceny badanej rzeczywistości tak, aby patrzeć na nie z perspektywy badanych. Podstawowym postulatem tej metody jest maksymalnie duży stopień partycypacji w życiu badanej grupy. W naszym badaniu postulat obserwacji uczestniczącej nie został spełniony. W jej miejsce, źródłem danych były informacje uzyskane w drodze pogłębionych wywiadów. Dopiero na etapie analizy zebranego materiału staraliśmy się uwzględnić elementy podejścia etnograficznego.

Dobór respondentów do badania, zgodnie z założeniami, przebiegał według schematu "kuli śniegowej". Polega on na uzyskiwaniu kontaktu z kolejnymi respondentami za sprawą poprzednich badanych. Punktem startu były osoby zidentyfikowane przez ankieterów w miejscach gdzie gromadzą się narkomani. Na podstawie informacji od policji oraz osób zajmujących się pomaganiem narkomanom wytypowano takie miejsca,

gdzie ankieterzy poszukiwali pierwszego kontaktu. Po przeprowadzeniu wywiadu z pierwszym narkomanem ankieter prosił go o umożliwienie kontaktu z jego znajomymi, również używającymi narkotyków. Docierał do tych osób, przeprowadzał wywiady i prosił o umożliwienia kontaktu z kolejnymi narkomanami. Ta procedura była powtarzana dopóki pozwalała docierać do nowych osób.

Badanie zrealizowane zostało na dwóch obszarach naszego kraju, w Warszawie, oraz na terenie Konurbacji Górnośląskiej. Pierwszy obszar obejmował miasto Stołeczne Warszawa. Na drugi obszar badania składały się następujące powiaty: będziński, gliwicki, mikołowski, rybnicki, tarnogórski oraz następujące powiaty grodzkie: Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jaworzno, Katowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Rybnik, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory. W każdym z obszarów przeprowadzono 70 wywiadów.

Wśród respondentów przewagę mieli mężczyźni. W Warszawie stanowili oni 76,1%, zaś w Konurbacji Górnośląskiej – 59,7%. Najmłodszy badany miał 16 lat, najstarszy – 50 lat. Poziom wykształcenia badanych był zróżnicowany począwszy od osób, które zakończyły swoją edukację na szkole podstawowej, a kończąc na takich, którzy kontynuują karierę edukacyjną na wyższej uczelni. Badani w niewielkiej części pochodzą z domów o bardzo dobrej sytuacji materialnej i wysokim statusie społecznym rodziców. Większa grupa badanych pochodzi z rodzin zmarginalizowanych społecznie o bardzo trudnych warunkach materialnych. Stosunkowo najmniejsza grupa to osoby z przeciętnych rodzin o średniej sytuacji materialnej. W Warszawie większość badanych jest rodowitymi mieszkańcami, miasta mniejsza część do osoby, które przybyły do stolicy. W niektórych przypadkach było to związane z przeprowadzeniem się ich rodzin do Warszawy, w innych z przyjazdem na studia, wreszcie dla jeszcze innych, zwykle żyjących samotnie, Warszawa jest tylko przystankiem w ich wędrówce po Polsce. Na terenie Górnego Śląska badani byli częściej stałymi mieszkańcami górnośląskich miast lub miejscowości położonych w pobliżu.

W badaniach społecznych w ogóle, w badaniach narkomanów w szczególności istotne znaczenia mają kwestie etyczne. Zapewnienie anonimowości i poufności zebranych danych, to nie tylko podstawowy wymóg etyczny, ale również praktyczny warunek

powodzenia badań. W referowanym badaniu do tej kwestii przywiązywano szczególnie dużą wagę. Badani byli informowani o celu badania, dobrowolności udziału oraz zasadach anonimowości i poufności. Wszystkie informacje o respondentach oraz osobach wskazanych do dalszych badań były zapisywane z zachowaniem anonimowości. Jeśli zapisywane były imiona, nazwiska lub adresy w celu nawiązania kontaktu, zawsze przechowywane one były osobno.

Równie istotną kwestią etyczną jest problem zapewnienia osobistego bezpieczeństwa wykonawców wywiadów. Praca w środowisku narkomanów wiązać się może z licznymi zagrożeniami, zarówno wynikającymi z sytuacji zdrowotnej respondentów, jak i ich uwikłaniem w środowiska kryminogenne. Wykonawcami wywiadów były w większości osoby doświadczone w kontaktach z narkomanami. Wykonawcy wywiadów zostali także odpowiednio przeszkoleni oraz poinformowani o zasadach bezpieczeństwa, których powinni przestrzegać.

WYNIKI

Prezentację wyników badania zaczniemy od analizy wzorów używania narkotyków, tych aktualnych oraz tych które były udziałem badanych na drodze jaką przeszli od pierwszego kontaktu z narkotykiem do regularnego używania problemowego. Następnie zobaczymy jak w badanych miastach kształtuje się rynek substancji nielegalnych. Kolejną kwestią poddaną analizie będzie sytuacja życiowa narkomanów. Na tym tle spróbujemy zidentyfikować główne problemy narkomanów: zdrowotne i społeczne. Potem przekonamy się jak postrzegane są przez badanych reakcje społeczne na ich problem. Na koniec przejdziemy do ocen obecnej oferty pomocy formułowanych przez badanych oraz ich oczekiwań w tym względzie.

Wzory używania narkotyków

Dominującym wzorem używania narkotyków wśród badanych jest używanie opiatów oraz amfetaminy. Opiaty używane przez badanych to głównie heroina typu „Brown Sugar” lub opiaty produkowane domowym sposobem ze słomy makowej, czyli tzw. „polska heroina” lub inaczej „kompot”.

Amfe biorę raz na 3 miesiące - setkę. Heroinę - 2cm na strzał. Od 5 lat nie jestem w ciągu. Biorę co drugi dzień, czasem raz na 2 tygodnie. Przechodzę skręty na sucho. (73, M, W)

Łączenie opiatów z amfetaminą ma niekiedy tylko periodyczny charakter. Opiaty zaś bywają używane zamiennie, tzn. „Brown sugar” przeplata się z „kompotem”. Zwykle jednak użytkownik ma swoje preferencje w tym względzie, jedni wolą tradycyjny „kompot”, inni preferują brunatną heroinę. Do czasowej zamiany środka dochodzi zwykle w przypadkach trudności na rynku.

Aktualnie biorę heroinę dożylnie, do niedawna razem z amfetamina, od miesiąca nie biorę amfy, bo mam po niej bóle. Moja terażniejsza dawka kompotu to 3 cm na strzała, czyli 9 cm na dzień. Browna biorę czasem jak brakuje kompotu – dożylnie, ale nie podchodzi mi. Zdarza się to mniej więcej raz na rok. (61, K, W)

Innym wzorem jest łączenie opiatów z lekami uspokajającymi i nasennymi.

Do kompotu potem brałam diphergan, relanium, czy clonozeopan. Teraz biorę kompot z difką. Ile to zależy od tego ile mam kasy. Więc różnie tak od 3cm do 10cm na dzień. Zwykle rano biorę dwójkę a potem tyle na ile zarobię. Biorę bo muszę – inaczej organizm odmawia mi posłuszeństwa. A zresztą jeszcze mi się to podoba. (87, K, S)

Spotyka się też badanych którzy łączą opiaty zarówno z amfetamina, jak i z lekami uspokajającymi i nasennymi.

Do jednorazowego zastrzyku biorę teraz 2,5 cm kompotu, 2 tabletki relanium, i ćwiartkę amfetaminy (80, M, W)

Niekiedy te ostatnie przyjmowane są znacznie rzadziej, niż opiaty i amfetamina. Pełnią niejako rolę środka dodatkowego.

Teraz biorę 2 cm kompotu na jeden strzał. Od roku. 2-3 razy dziennie. Amfetamina – setka do każdego strzału. Czasem relanium, raz na 3 miesiące, ampulka na 2 osoby. (65, M, W)

Nie wszyscy użytkownicy opiatów sięgają również po amfetaminę, czy inne środki. Spotykamy także osoby używające wyłącznie opiatów, np. „polskiej heroiny”.

Od wielu lat sięgam wyłącznie po kompot, kiedyś dawki były większe, sięgały nawet 10 cm³, obecnie biorę tylko 2 cm³. Biorę domięśniowo, bo „nie mam już żył”. Biorę codziennie, jestem w ciągu; biorę by nie czuć głodu, by „przygrzać, napić się kawy i spokojnie pomyśleć”. Zwykle umawiam się z dilerem na określona działkę, jadę w umówione miejsce. Gdy jestem na dużym głodzie „grzeję od razu w ubikacji na dworcu, albo w supermarkecie, na stacji benzynowej”. (64, K, S)

Wzór brania narkotyków bazujący na opiatach nie jest jedynym wzorem problemowego używania narkotyków. Innym dość rozpowszechnionym wzorem jest używanie amfetaminy zwykle w połączeniu z przetworami konopi lub lekami uspokajającymi.

Teraz biorę codziennie, no może prawie codziennie. Amfetaminę, palę trawę no i tabletki. W sumie co mi wpadnie w ręce – czasem clono, czasem rolke. Średnio biorę 2-3 razy dziennie ok. grama no i trawa. (85, M, S)

Niekiedy amfetamina łączona jest zarówno z lekami jak i przetworami konopi, niekiedy zaś tylko z tymi ostatnimi.

Palę marihuanę i biorę białe (przez nos, do ust). Kupuję worek amfetaminy i gram na dzień to tak spokojnie. (88, M, S)

Tak naprawdę to jestem w ciągu gdzieś od trzech miesięcy, biorę codziennie. Teraz biorę fetę codziennie, z przerwami na sen. Wiesz trzeba to odespać czasami. Jaram skuna albo hasz i jeżdżę na desce. To jest taka adrenalina że nie masz pojęcia. Mam cały czas tą samą paczkę, nie wszyscy w niej biorą amfę, ale wszyscy jarają zioło i jeżdżą na desce. (85, M, W)

Używanie problemowe narkotyków, niezależnie od ich rodzaju ma zwykle codzienny charakter. Dla wielu użytkowników narkotyki nie są już źródłem przyjemności, a warunkiem koniecznym funkcjonowania. W tej grupie spotykamy często próby limitowania dawek, tj. przyjmowania tylko takiej dawki, która ratuje od zespołu abstynencyjnego.

Biorę bo muszę. Co mam zrobić. Jak się budzę na skrócie to muszę wziąć. Staram się mało. Zwykle mam na rano 1cm. Potem zależy ile uda mi się kasy załatwić. Staram się więcej niż 5 cm na dzień nie brać. Ja po prostu chcę normalnie funkcjonować. (85, K, S)

Okresy brania narkotyków przeplatają się zwykle z okresami abstynencji, najczęściej wymuszonej, czy to przejściowymi trudnościami na rynku, czy to pobylem w areszcie.

Była to abstynencja wymuszona, która trwała 7 dni i spowodowana była wyjazdem dilerów. (...), K, S)

W badanej grupie dominują osoby używające narkotyków w zastrzykach. Używanie iniekcyjne pojawia się nie tylko wśród użytkowników opiatów, ale również wśród użytkowników amfetaminy i nie ogranicza się do grupy łączącej amfetaminę z opiatami. Trzeba dodać, że wśród osób, które używają tylko amfetaminy lub łączą amfetaminę z innymi środkami niż opiaty używanie iniekcyjne zdarza się rzadziej.

Badani przyjmujący narkotyki w zastrzykach zwykle starają się przestrzegać podstawowych zasad bezpieczeństwa w kwestii zakażeń chorobami infekcyjnymi, szczególnie HIV.

Nigdy nie zdarzyło mi się dzielić igłami. Ostatnio badałam się 2 lata temu. Raz wyszedł mi plus, a raz minus, teraz się nie badam, bo się boję. (75, K, W)

Dzielenie się igłami i strzykawkami zdarza się rzadko i najczęściej ogranicza się do osób już zakażonych, które dzielą się igłami i strzykawkami z innymi, co do których jest pewność, że także są zakażone.

Czasem używam wspólnych igieł i strzykawek, ale się nie boję bo już jestem trafiona. Używam wspólnie z tymi, którzy też są już trafieni. Nie boję się, że może się coś stać. (87, K, S)

Badany zdarza się zaniedbać stosowania podstawowych reguł bezpieczeństwa, szczególnie gdy są ku temu sprzyjające warunki, tzn. np. brak własnego sprzętu przy zbliżającym się zespole abstynencyjnym. Przypadki zaniedbań zwykle powodują zaniepokojenie i skłaniają do sprawdzenia swojego statusu serologicznego poprzez przeprowadzenie testu.

W sumie to nie wiem, ten kompot który wziąłem to był pożyczony sprzęt, ale robiłem badania i na szczęście wszystko był czyste. (85, M, S)

W zasadzie nie zdarza się pełna beztroska w tym przedmiocie. Pod tym względem odnotować trzeba istotny postęp w stosunku do lat wcześniejszych. W latach osiemdziesiątych i jeszcze w dziewięćdziesiątych zdarzało się użytkownicy narkotyków przejawiali całkowity brak zainteresowania zagrożeniem.

Używało się jednej igły i strzykawki. Brało się je ze śmietników ze szpitali, albo włamywaliśmy się do aptek i do zabiegowych – wtedy kradło się i prochy i sprzęty. Pod koniec lat 80. chodziłem po sprzęty na Hożą. Pierwszy raz zbadalem się na HIV na okoliczność wyjazdu za granicę. Od tamtej pory wymieniałem, ale zdarzyło mi się wziąć używana strzykawka, nawet, jak już wiedziałem, że jestem zakażony. Badam się przede wszystkim w więzieniu. Na wolności mam z tym problemy.

Obecnie kwestie ryzyka zakażenia związanego z iniekcyjnym używaniem narkotyków jest już powszechnie znana wśród narkomanów, zaś potrzeba jego minimalizacji powszechnie akceptowana.

Rzadziej badani myślą o ryzyku przedawkowania i rzadziej też w ich polu widzenia znajduje się potrzeba zapobiegania. Przykładem takiego myślenia może być poniższa wypowiedź użytkownika „polskiej heroiny”.

Nie biorę nieznanego towaru – sam robie, wiem, jak jest mocny, nie przedawkuje, robie czysto i porządnie. (65, M, W)

Jeszcze pod koniec ubiegłego dziesięciolecia używanie „polskiej heroiny” było podstawowym kryterium stratyfikującym narkomanów. Można powiedzieć, że mieliśmy do czynienia z dwoma wyraźnie odrębnymi światami narkomanów, których przedstawiciele nie darzyli się ani sympatią, ani szacunkiem. Ktoś, kto wchodził w

krąg towarzyski użytkowników „polskiej heroiny” praktycznie natychmiast wypadł z kręgu osób używających innych środków. Polska heroina była przez tych ostatnich traktowana jako „brudny narkotyk”, a ludzie którzy jej używali jako zdegradowani, tkwiący na samym dnie. Dla odmiany użytkownicy „polskiej heroiny” traktowali pozostałych niejako „z góry” jako osoby, które nie wiedzą co jest narkotyk.

Obecnie w drugiej połowie obecnego dziesięciolecia świat narkomanów uległ większej dywersyfikacji.

Zgodnie z sugestiami badanych wyróżnić można przynajmniej trzy kręgi problemowych użytkowników narkotyków.

Do pierwszego zaliczają się użytkownicy „polskiej heroiny”, do drugiego – używający heroiny „Braun Sugar”, trzeci to osoby sięgające po „polską heroinę”. Dodać trzeba, że spotkać można także osoby używające problemowo narkotyków, które nie mieszczą się w tym podziale.

Są podziały. Kompociarze, brauniarze i ci, co biorą amfę - nie dogadaliby się. (80, M, W)

Browniarze i kompociarze są ze sobą w konflikcie – browniarze uważają się za wyższą klasę, dopóki nie zaczną brać kompotu. Nawet jak biorą browna dożylnie, to uważają się za lepszych (65, M, W)

Zdaniem niektórych badanych linia podziału przebiega między używającymi narkotyków w zastrzykach, a pozostałymi, natomiast typ używanej substancji nie ma większego znaczenia

Między ludźmi biorącymi Herę i amfę nie ma podziałów. Bardziej na linii - palenie heroiny i branie strzykawką. Ci palący uważają się za lepszych, a to tylko kwestia czasu, kiedy i oni zaczną brać dożylnie. (73,M,W)

Jeszcze innym kryterium stratyfikacji problemowych użytkowników narkotyków wyłaniającym się z badania jest identyfikacja z problemem narkomanii. Większość badanych ma pełną świadomość swojego problemu, zdaje sobie sprawę z uzależnienia, identyfikuje się ze światem narkomanów. Spotykamy jednak takich problemowych użytkowników, którzy żyją w przekonaniu, że ich przygoda z narkotykami nie ma nic

wspólnego z narkomanią. Tego typu postawę znajdujemy w następującej wypowiedzi badanego:

Jesteśmy zgraną paczką nie zadajemy się z innymi ćpunami. Bo oni grzeją bo nie mają innego zajęcia a my to robimy żeby było fajnie żeby być razem. Ja nie utożsamiam się z ćpunami, ja biorę dla przyjemności. Co z tego że codziennie jak trzeba to nie biorę przez parę dni. Wydaje mi się że jak ludzie biorą to trzymają się raczej ze swoimi kumplami. No chyba że ci z Centralnego, tam nie ważne co bierzesz i tak jesteś na dnie. No i trzymają się razem. Tam nie ma podziału na to co kto bierze. Zdarzyło się że parę razy zlaliśmy, jakiegoś brauniarza. Ale oni zasługują na to bo to dno. Szczególnie ci co dają po kablach. (85,M,W)
(85, M, W)

Oprócz zdefiniowania swojego używania narkotyków w kategoriach rekreacyjnych, mimo przesłanek używania problemowego, charakterystyczne dla tej wypowiedzi jest ulokowanie się niejako w opozycji do świata narkomanów. W wypowiedzi tej nie znajdujemy podziału na „lepszych” i „gorszych” narkomanów charakterystycznego dla poprzednich podziałów. W tym przypadku używanie narkotyków przez badanego nie jest w ogóle postrzegane w kategoriach narkomanii, a widziane jest raczej jako zachowanie rekreacyjne pełniące funkcje jednej z podstaw integracji i samoidentyfikacji grupy. Używanie narkotyków nie jest tu celem samym w sobie, a raczej elementem stylu życia współistniejącym z jeżdżeniem na deskorolce oraz funkcjonowaniem w grupie. Istotny, chociaż nie najważniejszy, jest tu także typ środka – używana jest tylko amfetamina i przetwory konopi. Nie akceptowane jest iniekcyjne używanie narkotyków. Użytkownicy opiatów, ale również niektórzy użytkownicy amfetaminy nazywani ćpunami, traktowani są jako ludzie zdegradowani, warci nie tylko pogardy, ale wręcz represji. Szczególna awersja kierowana jest tu w stronę osób używających narkotyków w zastrzykach.

Zdarzyło się że parę razy zlaliśmy, jakiegoś brauniarza. Ale oni zasługują na to bo to dno. Szczególnie ci co dają po kablach. (85, M,W)

Takiej postawie towarzyszy niekiedy przekonanie, że przetwory konopi, to w ogóle nie jest narkotyk.

Trawa to nie narkotyk, przecież nie biorę żadnego gówna. (91, M, S)

Zmiana wzoru używania narkotyków wiąże się zawsze ze zmianą grupy odniesienia oraz kręgów towarzyskich.

Jak zmieniałam narkotyki, to i zmieniał się towarzystwo. Od ekstazy, to było towarzystwo podwórkowe. Od amfy - inne towarzystwo. Potem gdy zaczęłam brać dożylnie, tamci co wączali - odwrócili się. (75, K, W)

Postępująca dywersyfikacja świata narkomanów zdaje się określać nowe warunki brzegowe dla budowania systemu pomocy.

Aktualny wzór używania narkotyków jest zwykle efektem procesu poszukiwań rozpoczętego inicjacją. Jej obraz, jak pokazują wyniki badania jest silnie zróżnicowany.

Pierwsze kontakty badanych z narkotykami przypadają najczęściej na drugą połowę szkoły podstawowej i początek szkoły średniej, tj. wiek 11-16 lat. Niektórzy po raz pierwszy sięgali po narkotyki później, nawet w wieku 25 lat.

Do inicjacji używania narkotyków służyły im najczęściej substancje wziewne, leki uspokajające i nasenne lub przetwory konopi.

W wieku 11 lat miałem epizod z klejem, ale nie znaczący. Szybko przestałem z powodu zapachu z ust. Podpatrzyłem u starszych kolegów, w którzy byli w ośrodkach poprawczych wychowawczych jak się wączka klej. (79, M, S)

Gdy miałem 14 lat - kolega siostry był dla nas wzorem. Wiedzieliśmy, że on ćpa butapren. Był naszym idolem, więc z kumplami wymyśliśmy, że musimy robić tak, jak on. Wączaliśmy butapren. Było to bardzo przyjemne. Byłem uświadamiany. Odbierałem to tak, że zakazany owoc lepiej smakuje. Robiłem to, żeby być w paczce kumpli. Prócz tego zaczął się alkohol i papierosy. (73, M, W)

Pierwsza była marihuana, na początku III klasy Gimnazjum, chyba miałem 15 lat. Czytałem sobie dużo na temat narkotyków i to działało na moją wyobraźnię. Miałem taką chęć spożycia narkotyku. No i miałem dużo kolegów, którzy mi mówili jak to jest fajnie. Po prostu tym żyłem, że chciałem zażyć. (88, M, S)

Mam 22 lata. Pierwszy raz zapaliłem marihuanę jak miałem 16 lat. Szliśmy z kumplami na imprezę i paru kumpli ociągało się, mówili że zaraz dojdą, że mają coś do załatwienia. Domyślałem się co mają bo już od paru dni o tym mówili. Zapytałem się czy dadzą mi spróbować. Dali. (85, M, W)

Warto zauważyć, że substancje wziewne jako pierwszą substancję spotykamy najczęściej w przypadku narkomanów, których inicjacja przypadała na wiek szkoły podstawowej 11-14 lat. Marihuana natomiast jako pierwszy środek występuje w zasadzie niezależnie od wieku.

W roli środka służącego do inicjacji pojawiają się też niekiedy amfetamina lub ecstasy.

Miałam 22 lata, kiedy pierwszy raz wzięłam. Była to jedna tabletkę ecstasy. Przyszli znajomi i poczęstowali. Wiedziałam, że jeden z nich bierze heroinę. Było zajebiście. Od następnego razu - który był rano następnego dnia, brałam po 6 tabletek dziennie na raz - przez pół roku. (75, K, W)

Pierwszy raz sięgnęłam po narkotyki mając 18 lat. Amfetaminę zaproponowała mi koleżanka z liceum. Pierwszy raz zażyłam amfetaminę na dyskotecę. Po raz kolejny zażywałam amfetaminę regularnie na każdej dyskotecę, tzn. raz w tygodniu. Uzależnienie nastąpiło po około 3 latach okazjonalnego brania, kiedy postanowiłam ułatwić sobie naukę do egzaminów na studia. (...., K, S)

Niektórzy zaczęli od razu od takich narkotyków jak heroina, opiaty domowego wyrobu (tzw. kompot) lub kokaina.

Gdy miałem 15 lat jeden raz zapaliłem heroinę. Była to mała ilość. (był to jeden i ostatni raz). Było to przyjemne, tylko następnego dnia było strasznie, byłem otumaniony, nie byłem w stanie nic zrobić. Potem miałem rok czasu przerwy. Potem zacząłem palić trawę, mniej więcej raz na tydzień. Naczytałem się książek i sam szukałem narkotyków. Chciałem spróbować jeden raz i dać sobie spokój. (80, M, W)

Pierwszy raz wzięłam gdy miałam 13 lat. Pierwszy było od razu kompot. Przeczytałam „dzieci z dworca zoo” i mnie to zaintrygowało. Nie było łatwo bo jak już się dowiedziałam gdzie to nikt mi nie chciał nic sprzedać, bo za młoda. Ale w końcu się udało. To była zwykła ciekawość. (85, K, S)

Pierwsza była kokaina – do nosa – miałem wtedy 19 lat. Było spełnionych kilka warunków: odpowiednie towarzystwo (dobrzy znajomi), okazja do spróbowania, bezpieczne okoliczności. (74, K, W)

Zdarzało się też, że do wprowadzenia w świat narkotyków służyła od razu mieszanka kilku środków:

Miałem 14 lat – był to reladorm – środek nasenny razem z zupą (makiwarą). Było to 10 tabletek – połknąłem i popiłem szklanką zupy (wtedy była mocna). Spałem potem 3 dni. Było to po przeprowadzce – poznałem nowe towarzystwo. Byłem z nimi jak brali, miałem doła, bo pokłóciłem się z moja pierwsza miłością. Chciałem zwrócić jej uwagę na siebie. Sam chciałem – myślałem – jak ona nie chce być ze mną, to się zaćpam, mogę nawet umrzeć. Było to u kogoś w mieszkaniu, było przyjemne. nie Brałem pod uwagę reakcji rodziny, ani nic. To był impuls. Złe się stało, że wtedy wziąłem. (65, M, W)

Motywy sięgnięcia po narkotyki była zwykle ciekawość, niekiedy rozbudzana przez lekturę książek o narkotykach, jak np. „Dzieci z dworca ZOO”.

Niekiedy ten pierwszy raz wiązał się z potrzebą zaistnienia w grupie, czy zaimponowania komuś lub przynajmniej nie okazania się „gorszym”, czy „mniej wtajemniczonym”.

Innym ważnym motywem jest potrzeba silnych wrażeń, przeżycia czegoś nadzwyczajnego, doświadczenia wykraczającego poza codzienność.

Wśród inicjujących w nieco starszym wieku spotykamy także takich, którzy wzięli narkotyk po raz pierwszy w jasno sprecyzowanym, konkretnym, pragmatycznym niejako celu, na przykład po to, żeby łatwiej się uczyć.

Mam 25 lat. Pierwszy raz wziąłem jak miałem 19 lat. Przygotowywałem się do matury. Koledzy mówili że po fecie super się uczy, że wiedza sama wchodzi do głowy. Nie chciałem żeby ktoś o tym wiedział. Pojechałem na Centralny, bo słyszałem że tam można kupić. Spotkałem jakiś ludzi oni zaprowadzili mnie do dilerka. (80, M, W)

Inicjacja używania narkotyków stanowiąca pierwszy krok na drodze do problemowego używania rozpoczynała zwykle drogę poszukiwań i eksperymentów.

Na początku paliłem tak co miesiąc, a później co 2 tygodnie. Pod koniec Gimnazjum to już codziennie. Jak poszedłem do liceum to zacząłem też eksperymentować z innymi narkotykami. Z amfetaminą, ecstazy. To było sporadyczne, ale miałem już obeznanie w tym. Moje zainteresowania się zmieniły. Są takie strony internetowe i czytałem. Zacząłem zbierać grzyby halucynogenne, wiedziałem też co mogę zrobić z przypraw które są w domu (np. z gałki muszkatołowej), albo bieluń, czy leki. Próbowałem prawie wszystkiego. Najbardziej spodobała mi się ecstazy i marihuana, ale że mieszkam w małym miasteczku to z ecstazy było czasem ciężko, to częściej paliłem trawę. Tak było przez rok. (88, M, S)

Jak wynika z zamieszczonej powyżej wypowiedzi respondenta w rozwoju jego kariery narkotykowej istotną rolę odegrały strony internetowe z informacjami o narkotykach.

To one właśnie informacje tam zawarte służyły mu pomocą w eksperymentowaniu z różnymi substancjami.

Rolę przewodnika po świecie narkotyków pełnić też mogą bardziej doświadczenia koledzy. Motyw ten znajdujemy w wypowiedzi kolejnego respondenta:

Mieszkało tam dużo kompociarzy, więc to był moment, kiedy w to wszedłem. W wieku 14-15 lat, po skończeniu podstawówki używałem na przemian – zupa, kompot dożylnie, piwo. Przegapiłem moment, kiedy się uzależniłem, głód brałem za przeziębienie. Od 15 roku życia brałem regularnie. Poczulem ze jestem uzależniony mniej więcej po pół roku. Zaczynało się od raz dziennie – kompot + zupa, a skończyło na 2 razy dziennie. Zaczynałem od dawek 3 kreski – 0,5 cm przez kilka miesięcy. W latach 89 – 91 brałem relanium w ampulkach. Wtedy eksperymentowałem, potem brałem po 6 ampulek dziennie – 2 ampulki do strzała. Kupowałem je w pogotowiu. Potem poszedłem siedzieć na 8 lat i nic nie brałem. Jak wyszedłem, znów brałem kompot, ale już bez relanium, tylko z amfetaminą. Od razu – od 97 roku zacząłem brać ją dożylnie. Brałem setkę do strzału, ale nie do każdego. Potem częściej. Browna biorę czasem zamiast kompotu, ale nie odpowiada mi to. (65, M, W)

Warto zauważyć, że procesie zmian wzoru używania narkotyków u cytowanego wyżej respondenta pojawia się charakterystyczne zwiększanie się dawek oraz poszukiwanie nowych kombinacji środków. Okresy branie bywają przeplatane okresami abstynencji, często wymuszonej. Nie od razu też właściwie identyfikowane są objawy uzależnienia fizycznego.

W kształtowaniu się aktualnego wzoru używania narkotyków istotna role może odgrywać alkohol. Okresy branie narkotyków niekiedy przeplatają się z okresami intensywnego picia, jak w przypadku cytowanego niżej respondenta.

Później rzadziej, częściej alkohol. Częściej zacząłem 3 lata temu, doszła też amfetamina. Marihuana, hasz i amfetamina były na przemian w zależności od tego ile miałem kasy. (90, M, S)

Warto zauważyć, że rozwój zaangażowania w narkotyki począwszy od inicjacji do problemowego używania narkotyków nie ma zwykle charakteru prostoliniowego. Składają się na niego okresy bardziej i mniej intensywnego używania różnych środków, przeplatane niekiedy okresami abstynencji lub intensywnego picia alkoholu. W efekcie tego procesu dochodzi do wykształcenia się względnie trwałego wzoru używania narkotyków, który też podlegać może przekształceniom w przyszłości.

Chcąc zerwać z nałogiem „opiatowym” zacząłem brać amfetaminę myśląc że przecież nie biorę heroiny! Jednak to mi nie wystarczało, „jednak lubię czuć strzał”. To zapoczątkowało branie amfetaminy dożylnie na okres dwóch lat. Chcąc wyjść z amfetaminy zacząłem ponownie brać heroinę dożylnie. (69, M, S)

W procesie ewolucji wzoru używania nawet wysokość dawki nie zawsze wykazuje stały rosnący trend. Jak przekonuje poniższy przykład zdarzają się powroty do niższych dawek.

Ewolucja dawkowania amfetaminy od 1 grama dziennie do 2,5 gramów w okresach największych ciągów(...) Obecnie używam ok. 1 – 1,5 grama dziennie. (80, M, S)

Zaopatrzenie w narkotyki i funkcjonowanie nielegalnego rynku narkotyków

Badani w zasadzie nie mają problemów z dostępem do narkotyków. Każdy z nich ma kontakty w środowisku dostawców. W Warszawie kupno narkotyku w ogóle nie przedstawia żadnej trudności, jeśli tylko dysponuje się gotówką. Narkotyki można zamówić na telefon, kupić je można także u ulicznych sprzedawców. Podobnie jest w miastach Górnego Śląska.

Jakość narkotyków dostępnych na nielegalnym rynku, jest silnie zróżnicowana. W dużej części zależna od miejsca nabycia, dostawcy, relacji między kupującym i sprzedającym.

Najgorsza jakość „towaru” charakterystyczna jest dla miejsc otwartego handlu, czyli tzw. bajzlu. Spotykany tam *Towar jest rozpieprzony (zanieczyszczony) a kosztuje tyle samo ile dobry – wciskają, zachwalają.* Trzeba dodać, że uliczna sprzedaż narkotyków jest w zasadzie w zaniku. Przyczyniła się do tego wzmożona aktywność organów ścigania. W Warszawie takim miejscem, do pewnego stopnia pozostaje Dworzec Centralny. Jednak zmiany w organizacji rynku i sposobach jego funkcjonowanie powodowane przez aktywność policji obserwować można także w tym miejscu.

Kompot dostępny na metach, na telefon. Jedzie się do kogoś, kto robi, bo na Centralny coraz mniej ludzi przychodzi, pełno tajniaków. Amfa – nie wiem. Na Centralnym jest podrabiana, z glukozą, z kwaskiem cytrynowym, z cukrem pudrem. (61, K, W)

Narkotyki dostępne w miejscach „otwartego handlu” są jednak zwykle znacznie gorszej jakości niż dostępne w drodze kontaktów ze stałym dilerem:

Kompot na dworcu można łatwo kupić, ale jest słaby, klony też łatwo, rolki – trudno. Parę lat temu było łatwiej. Kupić można wszędzie – dworzec, podwórka, charakterystyczne, zaludnione punkty w mieście. Kiedyś była grupa, która miała monopol, obstawiali dworzec. Specjalizowali się w kompocie i amfie, choć starali się mieć wszystko. Inni dealerzy byli im podporządkowani. Albo handlowali dla nich, albo musieli im płacić, żeby móc handlować. Teraz – kto pierwszy ten lepszy. (65, M, W)

Zdaniem niektórych badanych jakość narkotyków jest obecnie gorsza niż przed laty. Dotyczy to szczególnie „polskiej heroiny”.

Kompot na bajzlu to woda. Na chatach (tam, gdzie produkują) jest dużo lepszy. Prosto z gara biorą tylko ci, co robią, na handel rozcieńczają go trochę. (61, K, W)

Towar jest różny, kiedyś „był dobry, prawdziwy garowy”. Sama mówi, że słyszy się nieraz co do tego oszuści dosypują i jak rozcieńczają” ale ona ma sprawdzonego dostawcę.

Dostępność narkotyków zdaniem badanych nie uległa większym zmianom, przynajmniej do osób zorientowanych w sprawie. Jednak sposób funkcjonowania rynku jest obecnie bardziej kłopotliwy dla nabywców.

Mam paru dilerów, ale nigdy nie mam pewności, co mi sprzedadzą. Dla mnie dostęp jest łatwy, bo siedzę w temacie. Parę lat temu było łatwiej dostać, niż teraz. Jak na Krakowskim Przedmieściu był bajzel, zawsze się kogoś spotkało. Teraz trzeba dzwonić, umawiać się, jeździć. (73, M, W)

Dostępność narkotyków ulega znacznym, krótkotrwałym wahaniom wyznaczanym przez rytm dostaw oraz akcji policyjnych., generalnie jednak osoba korzystająca regularnie z usług nielegalnego rynku substancji, z rozległymi kontaktami w tym świecie, może dać sobie jakoś radę.

Jeśli chodzi o dostępność to jest taka parabola. Było wszystko, a potem nagle jak była oblawa to było ciężko dostać cokolwiek. I tak jest przez cały czas. Ale generalnie nie jest trudno. (86, K, S)

Długofalowe trendy dostępności są trudne do oceny dla badanych, jednak zdaje się przeważać pogląd, że obecnie jest trudniej niż na przełomie obecnej i poprzedniej dekady.

Z roku na rok jest „ciężej zdobyć narkotyki”, związane jest to z nalotami policji i z brakiem słomy makowej. Rynek staje się bardziej przypadkowy niż wcześniej. Co raz częściej zdarza się kupić „towar” rozcieńczony wodą. (79, M, S)

Zdarzają się jednak oceny przeciwne.

W porównaniu z rokiem 2000 jest lepiej z dostępnością, bo jest więcej ćpunów kupujących i sprzedających. (61, K, W)

Badani zwracają też uwagę na zróżnicowanie długofalowych trendów w dostępności w zależności od typu substancji. W Warszawie na przykład zdaniem badanych rośnie dostępność heroiny typu „Brown Sugar”, zaś spada „polskiej heroiny”. Procesy te tak tłumaczy jedna z badanych:

Dużo mniejsza dostępność kompotu (brownna jest coraz więcej), ludzie poumierali, wielu siedzi, albo są na metadonie, jest nas mało, zamkną jednego dilerka brownna pojawia się 2 następnych, dużo osób przeszło na brownna bo nie ma kompotu, mało kto przyjeżdża, trzeba jeździć po Warszawie, umawiać się wciąż na telefon. (74, K, W)

W efekcie oceny aktualnej dostępności oscylują między ocenami typu:

Kupić towar w stolicy to jak iść do marketu na zakupy. Zawsze znajdziesz coś dla siebie. (85, M, W)

A ocenami:

W sumie to nie ma problemu. Jak się zna ludzi to wszystko można załatwić na telefon. Czasem można coś na bajzlu kupić, ale trudniej niż kiedyś. Amfę to w sumie u znajomych dealerów się kupuje. Jak jeden odpada to inny na jego miejsce wchodzi. (85, M, S)

Badani dokonujący zakupów amfetaminy na nielegalnym rynku są szczególnie narażeni na nieuczciwość sprzedawców.

Przy amfetaminie trudniej stwierdzić jaki jest towar (bardzo często jest to Apap). Ceny nie zmieniają się przy różnych poziomach jakości. (74, K, W)

W wypowiedziach respondentów wielokrotnie przewija się wątek braku zależności między poziomem czystości narkotyków a ich ceną. O poziomie ceny ich zdaniem decydują inne czynniki takie jak aktualna sytuacja na rynku, ilości kupowane jednorazowo, powiązanie z dilerem i wreszcie poziom kompetencji kupującego. Początkującym, słabo zorientowanym nabywcom znacznie łatwiej wcisną narkotyki o mniejszym poziomie czystości za tę samą cenę.

Konstatacja powyższa zdaje się kwestionować rekomendowaną przez EMCDDA ideę analizowania cen narkotyków w powiązaniu z poziomem ich czystości.

Ceny narkotyków w badanych miastach kształtują się następująco:

	Warszawa	Górny Śląsk
Konopie	0,5 grama marihuany – 30 zł Joint – 30 zł 0,5 grama skuna – 100 zł	1 gram marihuany – 20 zł większe ilości marihuany – 10 zł za 1 gram większe ilości haszyszu – 10-15 zł za 1 gram
Polska heroína	1 cm ³ – 10 zł	1 cm ³ – 6-10 zł 50 cm ³ – 200 zł
Heroína „Braun Sugar”	0,25 grama – 40 zł	1 gram – 120-160 zł
Amfetamina	0,1 grama – 10 zł 0,5 grama – 20 zł 1 gram – 30-70 zł 5 gramów – 100-120 zł	0,5 grama – 15 zł 1 gram – 30-40 zł 10 gramów – 200-300 zł 20 gramów – 400-600 zł

	Warszawa	Górny Śląsk
Ecstasy	1 tabletki – 10-20 zł	Przy zakupach hurtowych: 1 tabletki – 5 zł
Leki uspokajające i nasenne	relanium 1 cm ³ – 10 zł, rolki – 10-15 zł za listek Recepta na relanium – 20 zł + wykupienie – 7 zł. listek clonazepamu – 10 zł	rolki – 8 zł za listek difergan – od 4-6 zł listek conazepamu – 12 zł

Powyższe zestawienie sugeruje brak znacznego zróżnicowania poziomu cen między Warszawą a miastami Górnego Śląska. Wynikać to może z faktu, że na obu obszarach mamy do czynienia z dużym rozpowszechnieniem zjawiska oraz znacznie rozwiniętym rynkiem substancji nielegalnych.

Zdaniem badanych ceny od początku obecnego dziesięciolecia nie uległy większym zmianom:

Ceny się nie zmieniają przez lata aż tak bardzo – 7 lat temu cent był po 5 zł, teraz jest po 6 zł. (67, M, S)

Sytuacja życiowa

Pozrywane więzi społeczne to najbardziej charakterystyczna cecha sytuacji życiowej badanych. Brak podstawowych więzi i oparcia dobrze obrazuje poniższy cytat:

Mąż też bierze. Mam syna ma lat 12 mieszkam u kolegi. Nie mam kontaktu z rodzicami, boję się jechać do ojca, nie wiem nawet, czy żyje. Mam poczucie, że ojciec zawsze by mi pomógł, ale z drugiej strony nie wiem, jak by zareagował, jakby mnie zobaczył. Mama powiedziała, że „do widzenia, jak zmadrzejesz to daj znać”. Nie mogę u niej nawet przemocować. Rodzina odsunęła się ode mnie, potraciłam znajomych. Nie mam kontaktu z nikim nie biorącym. Z sąsiadami żyję dobrze, nie widuje ich. (75, K, W)

Zdecydowana większość badanych prawie nie zadaje się z osobami spoza kręgów osób związanych z narkotykami. Nie ma ich wśród swoich znajomych i przyjaciół, kontakty z nimi, jeśli w ogóle występują, są rzadkie i zdawkowe. Kontakty społeczne między narkomanami są bardzo powierzchowne, przebiegają na zasadzie układu, nie ma tu miejsca na przyjaźnie, czy inne trwałe związki.

Łączą nas tylko narkotyki. Bliższych relacji nie ma, tylko typowe narkomańskie obietnice. (76, M, W)

Grupa narkomanów nie daje wsparcia, tak jak dawała grupa, w której eksperymentowało się z narkotykami. Na etapie problemowego używania na nikogo już nie można liczyć.

Ćpun nie ma przyjaciół ma tylko ludzi, którzy też biorą. (77, K, W)

Nowym problemem są obecnie losy dzieci osób uwikłanych w problem narkotyków. Dzieci najstarszych generacji narkomanów są już w wieku 20-30 lat. Niektóre z nich wychowane w cieniu subkultury narkotyków same wkroczyły na tę drogę.

Miałem grono swoich kolegów, a część taty kolegów. Tata nie był uzależniony od narkotyków ale zajmował się tym też, (...) Tata nie wiedział o tym po prostu, że ja biorę. Tata handluje narkotykami. Rodzice szybko się zorientowali że biorę. Mama była pierwsza, dostałem od kolegi i mama się skapnęła, ale nie miałem wtedy za to żadnych konsekwencji. A tak to nie wiedzieli (...) na Policji mnie sprzedali, połapali wszystkich i oni mnie sprzedali i tak doszło to do mamy. W grupie byli moi i taty koledzy. Używający i handlujący. Tata był bardzo zły. (80, M, S)

Opisana wyżej historia respondenta ilustruje złożoność dróg społecznego dziedziczenia problemu narkotyków. Nawet jeśli rodzice, czy jedno z nich, uwikłane w problem stara się izolować dziecko, to i tak pozostają kręgi kolegów i znajomych, z którymi dziecko się styka.

Najczęściej spotykane źródła utrzymania badanych to obok pozostawania na utrzymaniu rodziców, to renty i zasiłki, produkcja „polskiej heroiny”, handel narkotykami, drobna przestępczość (głównie kradzieże w sklepach i kradzieże kieszonkowe), prostytutka także męska, żebranie.

Niektórym badanym udaje się jeszcze utrzymać w roli zawodowej i zarobić na własne utrzymanie pracą zawodową.

Mam zawód - lakiernik pojazdowy. Pracuję w swoim zawodzie, z tego się utrzymuje. (73., M, W)

Dla niektórych dochody z pracy nie wystarczają na sfinansowanie używania narkotyków. Źródłem uzupełnienia budżetu stają się wtedy kradzieże.

Utrzymywałam się z wynagrodzenia otrzymywanego w pracy oraz z kradzieży pieniędzy od pracodawcy. (....., K, S)

Badani bez stałej pracy, chwytają się prac dorywczych, także nie stroniąc od kradzieży.

Teraz zarabiam różnie: ulotki, plakaty, no tak żeby kasa była tego samego dnia. Kradnę też, albo złożę czasem komuś komputer. (76, M, W)

Niektórzy badani z kradzieży uczynili jedyne źródło dochodu. Najczęściej są to drobne kradzieże w sklepach, ale zdarzają się też poważniejsze sprawy.

Kradnę. Od zwykłych past do zębów po koszulki z Adidasa. Jak jest na coś zamówienie to się kradnie. (90, M, S)

Młodszy badani pozostający jeszcze na utrzymaniu rodziców zdobywają fundusze w bardzo różnorodny sposób. Dobrze ilustruje to poniższa wypowiedź badanego:

Kradłem od babci, wynosiłem rzeczy z domu. Na początku jak jeszcze nikt nic nie wiedział to szedłem i mówiłem że potrzebuję na coś kasę i ją dostawałem. Później to babci kradłem tak 100 złotych tygodniowo. Wyliczyłem, że przez 4 lata wydałem na narkotyki 10000 złotych. Miałem też pieniądze które dostałem na 18-tkę, czy jakieś imieniny. Czasem przynosiłem książki od kogoś do domu i mówiłem mamie, że chcę je kupić – ona mi dawała pieniądze, a ja potem oddawałem te książki. (88, M, S)

Niekiedy podstawą finansowania narkotyków są po prostu pieniądze otrzymywane od rodziców.

Zawodu jeszcze nie mam, i pewnie nie będę miał. Chodzę do wieczorowego liceum, ale tak naprawdę tylko po to żeby ojciec płacił mi alimenty. On i tak daje mi kasę więcej niż musi, ale chce żebym chodził do szkoły. (85, M, W)

Kradzieże w rodzinie i wynoszenie rzeczy z domu na sprzedaż stanowi zwykle jedno ze źródeł dochodu młodszych narkomanów. Innym są dorywcze prace lub kradzieże.

Niedawno jeszcze dorabiałam. Czasem jak mi się uda to też coś dorobię. Tak to różnie – wynoszę coś z domu i jest kasa jak trzeba. (87, K, S)

Generalnie staram się jakąś kasę na towar skrócić. Czasem staram się jak inni jakąś pracę złapać np.: rozdawanie ulotek, albo sprzedaję, a raczej wciskam ludziom kadzidelka lub inne rzeczy. Jak z rodzicami mieszkam to nie ma problemu, tylko na towar muszę kasę załatwić, gorzej jest jak u znajomych mieszkam. Czasem trochę dorobię, ale nigdy długo nie wytrzymuję najwyżej kilka godzin – więc kasa z tego jest marna. Najwięcej to na sklepach robię głównie kosmetyki. Kiedyś to jeszcze radia samochodowe dobrze schodziły – teraz jest gorzej. Jak mam kryzysową sytuację to do babci jadę, jestem jedynym wnukiem więc babcia czasem i 300-400 złoty da. (85, M, S)

Niektórzy badani rezygnują z kradzieży, jako zbyt ryzykownej, na rzecz zebrania.

Różnie. Jak mam pracę to zawsze coś z tego jest. Dzięki szkole to rodzice coś zawsze dadzą – myślą, że na książki. Jak się pojawię u babci to i ona zawsze coś ma dla mnie odłożone to mnie ratuje w ciężkich chwilach. A jak już jest źle to zbieram na dworcu, albo gdzieś. Na sklepy już nie chodzę, bo to nie ma sensu. Za duże ryzyko. A za zbieranie nikt mi nic nie zrobi. (85, K, S)

Zaradność niektórych problemowych użytkowników narkotyków przejawia się w umiejętnym wykorzystywaniu świadczeń społecznych.

Żyje z dotacji celowych np. na węgiel, bilety z MOPS. Obecnie chce starać się o rentę. Utrzymuje się głównie z kradzieży „z jummy”. Codziennie muszę mieć tą bańkę (100 zł). Nie wydaję wszystkiego od razu, trzeba myśleć o dniu następnym” (64, K, S)

Dla niektórych źródłem dochodu jest handel narkotykami.

Utrzymuje się z renty i z handlu narkotykami. (61, K, W)

W większości przypadków całość dochodów przeznaczana jest na narkotyki, często nie starcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. Sytuacja życiowa części badanych jest dramatyczna. Odrzucenie przez rodzinę, brak oparcie w kimkolwiek, bezdomność, brak stałych środków utrzymania to podstawowe wyznaczniki ich sytuacji.

Problemy związane z narkotykami

Wśród problemów jakie są udziałem narkomanów wyróżnić można problemy:

- zdrowotne
- rodzinne
- szkolne
- prawne
- związane z przemocą

Poszczególne problemy występują w różnym nasileniu wśród osób używających narkotyków wedle różnych wzorów.

Problemy zdrowotne

Jak wynika z danych zebranych w drodze wywiadów stan zdrowia większości respondentów jest nie najlepszy. W przypadku osób uzależnionych od opiatów domowej produkcji często katastrofalny, zarówno pod względem somatycznym jak psychicznym. Istotne zróżnicowanie problemów zdrowotnych wiąże się z wzorem przyjmowania narkotyków, szczególnie destruktywne są iniekcje, ale nie bez znaczenia są też warunki życiowe, wśród których jako najistotniejsza jawi się kwestia bezdomności.

Badani używający opiatów w iniekcjach cierpią przede wszystkim na schorzenia somatyczne, w tym zwłaszcza choroby infekcyjne. Pojawiają się u nich takie dolegliwości jak ropnie, zakrzepowe zapalenia żył, wychudzenie, wypadanie zębów, bóle brzucha, stawów, itp.

W trakcie brania miałem liczne zapaści (ile i kiedy nie pamiętam), ropnie po zastrzykach, stany padaczkowe. (67, M, S)

Z moim zdrowiem jest w miarę dobrze, tylko strasznie schudłem. Raz zrobił mi się ropień na ręce, chyba źle podałem. (82, M, W)

HIV, HCV. Kiedyś miałam zakrzepowe zapalenie żył. (87, K, S)

Czuję że jest coraz gorzej – HCV, chudnę (13 kg w ciągu ostatnich 2 tygodni), zęby wypadły, mam bóle brzucha, stawów (81, K, W)

Dolegliwości badanych używający amfetaminy często mają charakter psychiczny bądź neurologiczny, chociaż pojawiają się też schorzenia somatyczne.

Depresja, spowodowana wyrzutami sumienia, mam niską odporność, miałem padaczkę polekową, po relanium. (65, M, W)

Przez branie amfetaminy pogorszyła mi się bardzo pamięć i wzrok. Miewałam również psychozy. (...., K, S)

Częstą konsekwencją problemowego używania amfetaminy są depresje, które pojawiają się w momencie przzerwania ciągu.

Dopadały mnie stany depresyjne jak opadało działanie amfetaminy – ale wtedy musiałem dawać więcej amfetaminy. (88, M, S)

W grupie problemowych użytkowników amfetaminy częściej też zdarzają się wypadki.

Raz schodziłem po schodach po dużej dawce amfy, zrobiło mi się słabo, straciłem przytomność i spadłem ze schodów. Głowę miałem sztytą (90, M, S)

Badana miała jedynie wypadek w pracy, w zakładzie przedziałniczym. Rozciąła sobie rękę na maszynie będąc od wpływem narkotyków. (64, K, S)

Niekiedy badani nie potrafią dokładnie określić swoich schorzeń, bowiem nie wykazują większego zainteresowania swoim stanem zdrowia.

Krwotoki z nosa, halucynacje. Mam stwierdzone jakieś zaburzenia po amfetaminie, ale nie wiem co to jest. Różne wizje mam jak zamknę oczy. (88, M, S)

Rozchwianie emocjonalne, stany depresyjne oraz zaburzenia kontroli zachowania potrafią doprowadzić do zamachów samobójczych.

Jak byłem pod wpływem amfetaminy to groziłem rodzicom, że sobie podetnę żyły jak się ze mną kłócili. No i kiedyś próbowałem sobie podciąć te żyły. (90, M, S)

Problemy zdrowotne pojawiające się w pierwszej fazie regularnego używania narkotyków nie mają zwykle dramatycznego obrazu.

Zdrowie mam w porządku. Tylko coś mi się dzieje ze skórą na twarzy, ale to moja wina bo jak jestem na białym to cały czas coś wyciskam. Babcia zaprowadziła mnie nawet do lekarza ale on na szczęście nie zorientował się od czego to jest. Powiedział że to alergja. (85, M, W)

Powinny one jednak stanowić sygnał, że używanie narkotyków wkracza w fazę, która pozostawić może skutki zdrowotne.

Problemy rodzinne

Problemy rodzinne doświadczane przez badanych czasem leżą u podstaw ich doświadczeń z narkotykami, czasem zaś są ich wynikiem. Najczęściej mamy do czynienia z mechanizmem sprzężenia zwrotnego. Punktem kulminacyjnym jest tu zerwanie stosunków z rodziną i utrata wszelkiego wsparcia z jej strony.

Straciłam wielu fajnych ludzi, którzy nie brali, no i rodzinę. Trochę czasem mi smutno z tego powodu. (81, K, W)

Stracie oparcia w rodzinie towarzyszy ograniczenie relacji ze środowiskiem osób nie biorących narkotyków. Dla niektórych badanych nadziei odzyskania rodziny pozostaje punktem wyjścia do myślenia o leczeniu i zmianie stylu życia.

Kiedyś miałam dobre stosunki z rodziną. Ale chyba nie mają już na mnie siły. Teraz już się z nimi nie widuję. Może jak skończę jakieś leczenie to jeszcze pogadamy. (81, K, W)

Problemy szkolne

Regularne problemowe używanie narkotyków powoduje kłopoty z nauką, a następnie porzucenie szkoły.

Uczę się. Choć ostatnio ze szkołą bardzo źle. Z trudem przechodzę z klasy do klasy. Jak nie idę do szkoły to chodzę z kolegami. Jak jestem w szkole to zwykle też naćpany i pewnie dlatego nie rozumiem o co chodzi na lekcjach. Teraz to już prawie wcale do szkoły nie chodzę. (90, M, S)

Problemy z nauką pojawiają się także na studiach, a narkotyki bywają powodem ich przerwania.

Ze studiów wyleciałem, bo sesję zawałem, a na poprawkę po wakacjach to nie miałem siły. (85, M, S)

Problemy prawne

Badani w większości mają problemy z przestrzeganiem prawa. W znacznej części byli karani, niektórzy wielokrotnie karą pozbawienia wolności.

Przestępstwa popełniane przez problemowych użytkowników narkotyków podzielić można na te specyficznie związane z narkotykami, jak handel, produkcja, posiadanie, itp. oraz inne przestępstwa pospolite.

Niektórzy z badanych byli karani tylko za przestępstwa z tej pierwszej grupy:

Siedziałem 4 razy w więzieniu. W sumie 12 lat. Wszystko za przestępstwa związane z narkotykami. (65, M, W)

Inni nie mają na swoim koncie żadnych przestępstw związanych z narkotykami, natomiast karani byli za inne przestępstwa, takie jak kradzieże, czy włamania.

4 odsiadki miesięczne, w aresztach zwykle za kradzieże i włamania. Odsiedziałam wyrok dwuletni w Lublińcu za kradzież. Nigdy mnie nie złapali z towarem. Nie mam żadnych wyroków za sprawy związane z narkotykami typu: handel, posiadanie, produkcja. (64, K, S)

Trzecia grupa, to osoby, które karane były zarówno za przestępstwa związane z narkotykami, jak i za nie związane z nimi.

Od 2003 – 4 razy siedziałam (2 razy po pół roku, raz 8,5 miesiąca) za posiadanie, produkcję, kradzieże, ciągle problemy z policją (74,K,W)

Badani dostrzegają większą aktywność policji w ściganiu przestępczości związanej z narkotykami oraz towarzyszącą temu zmianę reguł gry. Kiedyś przedmiotem zainteresowania policji byli tylko handlujący narkotykami, obecnie ostrze represji karnej kieruje się czasem również w stronę konsumentów.

Kiedyś było mniej policjantów. Oni doskonale wiedzieli, kto handluje, kto kupuje, nikt się nie bał, że pójdzie siedzieć. (65, M, W)

Narkomani wegetujący na marginesie społeczeństwa, żyli w swoim świecie w miarę bezpiecznie, o ile nie wciągali nowych osób. Takie były niepisane reguły gry, obecnie zdaniem badanych zostały one zakwestionowane.

Policjanci dawniej mówili, róbcie, co chcecie, ale małych nie wciągajcie. Zasady były proste, teraz jest „wolna amerykanka”. Jedni w porządku, drudzy ambitni na filmy się zapatrzili, chcą dobrać się do skóry (63, M, S)

Wydaje się, że zmiana polityki ścigania jest efektem procesu zaostrzenia prawa jaki dokonał się w końcu ubiegłej dekady oraz ogólnego zaostrzenia polityki karnej w połowie obecnej dekady. Nie bez znaczenia jest też łatwość uzyskania „efektu statystycznego wykrywalności przestępstw” w tym obszarze przestępczości. Efektu takiego niekiedy oczekują przełożeni w policji.

Problemy związane z przemocą

Badani często doświadczają przemocy, ale też bywają jej sprawcami. Użytkownicy opiatów występują najczęściej w tej pierwszej roli, sprawstwo przemocy wiąże się raczej z używaniem amfetaminy.

Przemoc występuje jako nieodłączny atrybut rynku narkotyków, przenosząc się na stosunki domowe.

Straszylem rodziców i raz ojca pobilem. A jak ktoś mi leciał pieniądze to często bilem. Mnie pobili raz dealerzy jak zapomniałem, że mam im kasę oddać. (90, M, S)

Ostrze przemocy, której sprawcami są problemowi użytkownicy amfetaminy, kieruje się niekiedy w stronę użytkowników opiatów. Tak relacjonuje to jeden z amfetaminowców:

Nie boję się innych ćpunów to raczej oni boją się nas. Zdarzyło się że parę razy złaliśmy, jakiegoś brauniarza. (85,M,W)

Na agresję ze strony innych grup młodzieży narzekają problemowi użytkownicy opiatów, szczególnie ci, którzy stosują iniekcje.

Byłam pobita przez blokiersów (bo oni kurwa palą, a my gorsi bo w kanał) (74,K,W)

Niechęć między różnymi segmentami subkultury narkotyków, zauważalna w poprzednich badaniach z pierwszej połowy obecnej dekady, obecnie coraz częściej przejawia się w formie otwartej agresji.

Reakcje społeczne w ocenie badanych

Badani w większości żyją na marginesie społeczeństwa, w poczuciu totalnego odrzucenia. Często spotykają się z przejawami niechęci a nawet wrogości. Są traktowani znacznie gorzej niż alkoholicy. Uznają to za głęboko niesprawiedliwe,

bowiem ich zdaniem od alkoholików różni ich tylko rodzaj przyjmowanej substancji. Zdaniem większości badanych narkoman to:

„ćpun” – gorzej niż alkoholik, gej (74,K,W)

Ludzie uważają narkomanów za kogoś stojącego najniżej w hierarchii. Narkomani są traktowani tak, że to osoba, która bierze, bo chce, świadomie i jakby chciała, to by przestała. (59, M, W)

Chociaż przekonanie o ostracyzmie społecznych wobec narkomanów jest dość powszechnie, to nie wszyscy badani uważają, że narkomani traktowani są przez społeczeństwo najgorzej.

Narkomani są traktowani negatywnie przez wszystkich. Ludzie nas unikają, są ostrożni, choć lepiej nas traktują, niż alkoholików czy gejów. Nie zanoszą się, żeby to się miało zmienić, przez postawę Kaczyńskich, a także przez to, że Polacy są sztywni. To leży w naszej kulturze. Na pewno jest lepiej niż kilkanaście lat temu – dzięki młodzieży. (65, M, W)

Zdaniem badanych postawy społeczne wobec narkomanów są zróżnicowane w różnych grupach wiekowych.

Młodzież postrzega narkotyki na równi z pićm. Czym ktoś jest starszy, tym bardziej alkohol jest tolerowany, a narkotyki - nie. (59, M, W)

To wyrażone wyżej przekonanie nie jest podzielane przez wszystkich badanych:

Młodzież patrzy na osoby biorące krzywo. Nie akceptują nas, np. nie ustąpiłoby mi miejsca, (61, K, W)

Postawy społeczne wobec narkomanów znajdują swoje odbicie także w stosunku najbliższych do użytkownika narkotyków, wtedy, gdy fakt ten zostaje wykryty.

Jak rodzina się dowiedziała, że biorę amfetaminę, odwróciła się ode mnie. Ich stosunek do mnie zmienił się bardzo na gorsze, z dnia na dzień. (59, M, W)

Dominującej ocenie postaw społecznych jako wrogich towarzyszy jednak dostrzeganie u niektórych przynajmniej osób postawy współczucia i chęci niesienia pomocy.

Ludzie postrzegają nas bardzo źle, ale zdarzają się i dobrzy ludzie. Przeważnie starsi - np. dają kasę, pytają, czy jestem głodna itd. Zawsze na tym samym podwórku te same osoby coś mi przynosiły - jedzenie, ubrania. Inni - przeganiają, biją, wyzywają, wzywają policję, straż miejską, szczują psami. (75, K, W)

Z doświadczeń badanych wynika, że spotykają się oni zarówno z przejawami wrogości i agresji, jak i współczucia i pomocy.

System pomocy dla narkomanów w ocenie badanych

Badani w większości korzystali z różnych form leczenia i pomocy. Specjalistyczne placówki dla osób z problemem narkotyków oceniana są raczej dobrze, chociaż nie bez zastrzeżeń:

Traktują mnie OK. W ośrodkach podchodzono do mnie tak jak do innych - normalnie. Wyniosłem z nich taką korzyść, że parę rzeczy zrozumiałem, tylko nie wiem, czy potrzebowałem do tego aż półtora roku. To była w pewnym sensie strata czasu. (73, M, W)

W ośrodkach traktowano mnie bardzo dobrze tak samo na terapii w więzieniu. Ukończyłem 4 terapie w więzieniu. Wierzyłem w to, co robiłem, nie ściemniałem. (65, M, W)

Zacytujmy najbardziej entuzjastyczną wypowiedź badanego, zresztą o długim, bo przeszło dwudziestoletnim, stażu problemowego używania opiatów, doświadczonego pobytemi w wielu ośrodkach.

Podobało mi się w ośrodku, odpowiadała mi terapia. Było całkiem fajnie, pracownicy i kadra ośrodków bez zarzutu. Terapie były na poziomie „bardzo dobre”. Uważam że ludzi zrobili wszystko żeby mi pomóc. Nie da się jednoznacznie określić, która z placówek była najlepsza. Wszystkie były super! (69, M, S)

Znacznie gorzej oceniane są kontakty z ogólną służbą zdrowia, jeśli do takowych dochodzi.

U lekarza byłam 2 razy. Na ostrym dyżurze potraktowali mnie niemiło, źle. Przy tacie - miło, ale jak byłam sam na sam - czuć było z tonu, z rozmowy - pogardę, jakbym była trędowata. (75, M, W)

Lekarz z wolności, który przyjmował mnie w więzieniu, dermatolog – sztywnieje, nie chce, żebym do niego podchodził, unika kontaktu – wizyta na odpięprz. (65, M, W)

Badani w zasadzie są dobrze zorientowani, co do możliwości leczenia, wiedzą też gdzie należy się zgłosić, aby podjąć leczenie. Znaczna część badanych nie jest jednak leczeniem zainteresowana. Niektórzy dlatego, że ich zdaniem leczenia nie potrzebują bo nie czują się narkomanami.

Niektórzy unikają leczenia dlatego, ponieważ obawiają się, że nie podołają. Zniechęca ich też brak perspektyw po leczeniu.

Będę nadal brał. Pogodziłem się z tym. Nie mam siły. Ciężko byłoby mi odnaleźć się w społeczeństwie. Mam choroby itd. To strasznie zniechęca. (80, M, W)

Badani formułowali wiele postulatów w sprawie poprawy systemu pomocy. Dotyczyły one zarówno zmian w programach leczenia jak i zwiększenia dostępności.

W kwestii dostępności, istotną barierą zdaniem badanych jest konieczność czekania na miejsce.

Gdyby się nie czekało – z detoksu do ośrodka (81, K, W)

Kwestia oczekiwania na leczenie ma kluczowe znaczenie, bowiem motywacja do leczenia jest często na tyle krucha, że w czasie oczekiwania wygasa i do podjęcia leczenia w ogóle nie dochodzi.

Zdaniem jednego z badanych wskazane byłoby wręcz aktywne poszukiwanie klienta i tworzenie możliwie wielu ułatwień na drodze do podjęcia leczenia.

Powinien być łatwiejszy dostęp do placówek, np. żeby streetworkerzy mogli na bieżąco zapisywać nas na detox, wizytę u lekarza, czy metadon. (65, M, W)

Myślę że za długo trzeba czekać na miejsce wszędzie są kolejki. Powinno się więcej gadać z ludźmi na ulicy a nie tylko dawać im sprzęt. Fajnie że dają, ale jak oni mi mówią że powinienem iść na DTX, ale nie potrafią mi powiedzieć gdzie, albo że mam czekać miesiąc to bez sensu. (80, M, W)

U podłoża cytowanych wyżej wypowiedzi leży rozumienie zwiększania dostępności leczenia w kategoriach zwiększania prawdopodobieństwa podjęcia leczenia przez potencjalnego klienta, a nie proste zaoferowanie leczenia. Nie wystarczy zatem aby na potencjalnego klienta czekały wolne miejsca w leczeniu, trzeba jeszcze aby do klienta dotrzeć, przekonać go o potrzebie leczenia i stworzyć mu warunki do jego podjęcia w momencie gdy uda się nim zasiać myśl o sensowności leczenia. Osoby problemowo używające narkotyków jeśli doświadczają potrzeby leczenia, to zwykle łatwo rezygnują w zderzeniu z niewielkimi często przeszkodami.

Podobnie dzieje się zresztą w przypadku prób korzystanie z oferty pomocy społecznej.

O zasilek staram się już długo, ale co tam pójdę to jakaś baba mnie wkurwi i rezygnuję. (67, M, S)

Istotną zdaniami badanych jest też kwestia zapewnienia ciągłości i kompleksowości leczenia.

Trzeba by zapewnić dalszą opiekę po detoksie, bo taka osoba nie wie, co robić ze sobą. Opieka medyczna – wstawienie zębów – to jest duża przeszkoda w kontaktach z ludźmi. Żeby wrzody leczono w szpitalu do końca, bo jak się nie zaleczy, to się odnawiają, i gorzej się goją. Chodzi też o to, żeby zająć czas. Co ja mam zrobić z tym czasem. Mam siedzieć przed TV. Trzeba coś pomalutku robić, do pracy iść, na pół etatu, czy nawet społecznie. (61, K, W)

Potrzebne inne traktowanie, miejsca w hostelach (81, K, W)

Wychodząc naprzeciw sformułowanym wyżej postulatami respondentów, oferta leczenia musi nie tylko gwarantować ciągłość po zakończeniu każdego etapu leczenia, np. detoksykacji, ale powinna również zawierać wiele komponentów wykraczających poza sam problem uzależnienia. Pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb zdrowotnych i życiowych musi być nieodłącznym elementem procesu leczenia i rehabilitacji.

Wydaje się, że jest to nieosiągalne bez poprawy współpracy między instytucjami, które pomagają narkomanom lub mogą pomóc w zaspokojeniu ich podstawowych potrzeb.

Zwiększeniu prawdopodobieństwa podjęcia rehabilitacji w środку stacjonarnym służyć będzie zarysowanie perspektyw po jego zakończeniu oraz stworzenia łagodnego przejścia ze sztucznej w pewnym sensie rzeczywistości ośrodka do realnego świata codziennego życia.

Ludzie szli by się chętniej leczyć, gdyby mieli perspektywy po wyjściu z ośrodka, bo na razie ich nie ma. Ośrodek nie uczy normalnego życia. Po zwykłych ośrodkach powinny być ośrodki bardziej otwarte, pozwalające na uczenie się codzienności. Wyganieanie z pokoju na zbiórkę to nie jest to samo co zmobilizowanie się - ja sam musze wstać, to się mija z życiem, bardziej przypomina wojskowy dryl. (59, M, W)

Jeszcze dosadniej ujmuję tę kwestię wypowiedź kolejnego respondenta:

Coś jest nie tak z tymi ośrodkami, mi wydaje się że powinno być więcej hosteli. Bo jak człowiek wychodzi z ośrodka to jest jak dziecko we mgle. Miał ochronkę a teraz dupa. (69, M, W)

Oprócz kwestii braku treningu podstawowych umiejętności życiowych w warunkach naturalnych, a nie sztucznej poniekąd scenerii społecznej ośrodka, w kolejnej wypowiedzi badanych znajdujemy problem przeciążenia pracą i innymi zajęciami w ośrodku.

Ludzie chętniej szli by się leczyć, gdyby nie było tyle pracy w ośrodku. Jak tam byłam, nie dawałam rady. Człowiek jest zmęczony, narkotyki wyżerają organizm i człowiek szybko się męczy. Praca do 5 rano, o 6 pobudka. W nocy społeczności po 3-4 godziny. W nocy powinno się odpocząć. Powinny być jakieś ludzkie normy. Zasady zasadami, ale lider ma prawo weta, i jeśli widzi, że dużo ludzi się nie utrzymuje, powinien zmieniać zasady. Albo to, że nie można pisać do rodziny. Tęsknota nie sprzyja leczeniu. (75, K, W)

Nawet jeśli nie we wszystkich ośrodkach terapia wygląda tak, jak w wyżej opisanym, (tzn. niedostatek snu, przeładowanie pracą, utrudnienia w korespondencji z rodziną,) to samo istnienie takiego stereotypu ośrodka działa zniechęcająco na potencjalnych klientów.

Obie kolejno cytowane wypowiedzi badanych wskazywały na deficyty stacjonarnej rehabilitacji zmniejszające atrakcyjność tej oferty. Czynnikiem tkwiącym niejako na zewnątrz systemu leczenia i rehabilitacji jest brak perspektyw życiowych po zakończeniu terapii. Podstawą kwestia jest tu mieszkanie, a następnie zatrudnienie. Bez zaspokojenia potrzeb w tym zakresie nawet pozytywne efekty leczenia i rehabilitacji mogą zostać zmarnowane. Jak stwierdziła jedna z badanych:

Ludzie bezdomni, bez pracy są skazani na powrót do ćpania, bezdomność to powoduje (74, K, W)

Dlatego o zakończeniu rehabilitacji możemy w zasadzie mówić dopiero wtedy, gdy klient, nie tylko nie bierze narkotyków, ale również ma ustabilizowaną przynajmniej sytuację mieszkaniową oraz stałe zatrudnienie.

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków

Badania wśród problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie oraz na Górnym Śląsku przeprowadzone zostały metodami jakościowymi – pogłębione wywiady – jednak przy tej okazji zebrano także materiał ilościowy, pozwalający na dokonanie oszacowań „ciemnej liczby”. Respondentów proszono o podanie kilku informacji na standardowym formularzu o każdym znanym im problemowym użytkowniku narkotyków.

Liczbę osób używających problemowo narkotyków w Warszawie oraz w Konurbacji Śląskiej w 2006 r. oszacowano metodą punktu odniesienia (benchmark) (Taylor 1997). Metoda ta polega na określeniu w drodze badań terenowych proporcji osób posiadających cechę, co do której zbierane są dane statystyczne (np. podjęcie leczenia, zakażenie HIV, itp.). Proporcja ta służy do wyliczenia wskaźnika oszacowanie, który po przemnożeniu przez liczbę pochodząca ze statystyk dostarcza estymowanej wielkości. Punktami odniesienia w naszym badaniu były liczby leczonych stacjonarnie w 2006 r. z powodu problemu narkotyków, oraz liczby leczonych ambulatoryjnie w 2006 r. z powodu problemu narkotyków. Dane lecznictwa stacjonarnego jako punkt

referencyjny nie budzą większych zastrzeżeń pod względem kompletności. System zbierania i opracowywania tych danych eliminuje problem wielokrotnego liczenia tych danych osób, jeśli więcej niż raz zgłaszały się w danym roku do leczenia. Dane z lecznictwa ambulatoryjnego obarczone są błędem wielokrotnego liczenia w przypadku korzystania z więcej niż jednej placówki ambulatoryjnej w ciągu roku. Ponadto nie wszystkie placówki oferujące świadczenia ambulatoryjne objęte są systemem statystycznym, stąd kompletność danych pozostawia wiele do życzenia. Warto jednak zauważyć, że oba te ograniczenia mają przeciwstawny wpływ na wyniki oszacowań, a więc przynajmniej po części się znoszą.

Informacje o podejmowaniu leczenia przez osoby wskazywane przez respondentów zbierane były w trakcie badań terenowych na specjalnych arkuszach nominacji.

Na arkuszach nominacji do analiz ilościowych zbierano następujące dane o każdym z wskazywanych przez respondenta problemowym użytkowniku narkotyków:

- Cechy społeczno-demograficzne nominowanych (płeć, wiek)
- Wzór używania narkotyków (heroina, amfetamina)
- Używanie iniekcyjne narkotyków
- Leczenie stacjonarne
- Leczenie ambulatoryjne
- Notowanie przez policję
- Zakażenie HIV
- Zgon

Analogiczne dane, z wyjątkiem informacji o zgonie, zbierano także o samych respondentach.

W sumie badani w Warszawie dokonali 205 nominacji zaś na Górnym Śląsku – 243 nominacji. Do oszacowań wykorzystano też informacje o 70 badanych z Warszawy oraz 70 badanych z Górnego Śląska. W sumie oszacowania bazowały na danych o 275 problemowych użytkownikach narkotyków ze stolicy i 313 z Górnego Śląska.

W tabeli 1 zestawiono rozkłady cech osób badanych oraz osób przez nich wskazywanych w Warszawie oraz na Górnym Śląsku.

Rozkład płci osób uchwycionych w badaniu był podobny w Warszawie i na Górnym Śląsku – kobiety stanowiły ok. jednej trzeciej.

Tabela 1. Rozkład podstawowych cech osób badanych oraz osób przez nich nominowanych w Warszawie i w Konurbacji Śląskiej

	Warszawa	Górny Śląsk
Płeć		
mężczyzna	65,4	63,1
kobieta	34,6	36,9
Wiek		
-19 lat	4,9	9,6
20-29 lat	62,3	33,7
30 lat i więcej	32,8	56,7
Używanie heroiny		
tak	85,4	72,0
nie	14,6	28,0
Używanie amfetaminy		
tak	73,0	61,4
nie	27,0	38,6
Używanie narkotyków w zastrzykach		
tak	87,0	74,9
nie	13,0	25,1
Wzór używania		
heroina i amfetamina	58,7	42,4
heroina bez amfetaminy	26,4	29,6
amfetamina bez heroiny	13,8	19,0
inne narkotyki bez heroiny i amfetaminy	1,1	9,0
Leczenie stacjonarne w 2006 r.		
tak	34,9	8,5
nie	64,1	91,5

	Warszawa	Górny Śląsk
Leczenie ambulatoryjne w 2006 r.		
tak	37,2	24,4
nie	62,8	75,6
Zatrzymanie przez policję w 2006 r.		
tak	71,4	16,9
nie	28,9	83,1
Status zakażonego HIV w 2006 r.		
tak	43,0	51,9
nie	57,0	48,1
Zgon w 2006 r.		
tak	4,4	1,0
nie	95,6	99,0

W grupie górnośląskiej spotykamy nieco więcej osób do 19 roku życia oraz znacznie więcej osób po trzydziestce niż w Warszawie. W stolicy przeważają osoby wieku 20-29 lat.

W obu badanych lokalizacjach większość stanowili użytkownicy opiatów, w Warszawie nieco większa grupa niż na Górnym Śląsku używała heroiny i amfetaminy, mniejsza zaś amfetaminy bez heroiny. Osoby ograniczające używanie narkotyków do innych niż heroina i amfetamina pojawiają się w większej grupie tylko na Górnym Śląsku.

W Warszawie 35% osób uchwyconych w badaniu leczyło się w 2006 r. stacjonarnie, zaś 37,2% - ambulatoryjnie. Analogiczne odsetki dla Górnego Śląska wynoszą 9% oraz 24%. Dane te zostały wykorzystane do oszacowań.

Informacje pochodzące z nominacji przynoszą także kilka dodatkowych informacji ilościowych. Na ich podstawie możemy oszacować, że wśród problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie ok. 43% jest zakażonych HIV, zaś na Górnym Śląsku – 52%. Stopa zgonów wśród nich w Warszawie wynosi ok. 4%, zaś w miastach górnośląskich ok. 1%. Oba te oszacowania należy traktować jako bardzo

przybliżone, dające raczej pojęcie o skali tych zjawisk, niż dokładne liczbowe odwzorowanie ich rozpowszechnienia. Informacje z nominacji pozwalają także określić odsetek problemowych użytkowników narkotyków notowanych przez policję. Odsetek ten wynosi w Warszawie ok. 71%, zaś na Górnym Śląsku 17%. Wszystkie te informacje można by było wykorzystać do oszacowań, gdyby były dostępne odpowiadające im dane statystyczne.

W tabeli 2 zestawiono rozkłady analogiczne do prezentowanych w tabeli 1, ale w podziale na osoby badane oraz przez nich wskazywane.

Tabela 2. Rozkład podstawowych cech osób badanych oraz osób przez nich nominowanych w Warszawie i w konurbacji Śląskiej w podziale na badanych i nominowanych

	Warszawa		Górny Śląsk	
	Badani	Nomino- wani	Badani	Nomino- wani
Płeć				
mężczyzna	72,9	63,7	62,3	63,4
kobieta	27,1	36,3	37,7	36,6
Wiek				
-19 lat	2,0	5,5	10,0	9,3
20-29 lat	71,4	60,3	33,1	33,7
30 lat i więcej	26,5	34,2	26,5	34,2
Używanie heroiny				
tak	76,6	86,8	71,4	72,2
nie	20,4	13,2	28,6	27,8
Używanie amfetaminy				
tak	77,6	22,4	57,1	62,7
nie	72,0	28,0	42,9	37,3
Używanie narkotyków w zastrzykach				
tak	85,7	87,3	72,9	75,5
nie	14,3	12,7	75,7	24,5

	Warszawa		Górny Śląsk	
	Badani	Nomino- wani	Badani	Nomino- wani
Wzór używania				
heroina i amfetamina	59,2	58,6	35,7	44,4
heroina bez amfetaminy	20,4	27,7	35,7	27,8
amfetamina bez heroiny	18,4	12,7	21,4	18,3
inne narkotyki bez heroiny i amfetaminy	2,0	0,9	7,1	9,5
Leczenie stacjonarne w 2006 r.				
tak	18,4	39,8	5,9	9,8
nie	81,6	60,2	94,1	90,2
Leczenie ambulatoryjne w 2006 r.				
tak	16,3	43,1	23,5	24,8
nie	83,7	56,9	76,5	75,2
Zatrzymanie przez policję w 2006 r.				
tak	79,6	68,9	10,3	19,6
nie	20,4	31,1	89,7	80,4
Status zakażonego HIV w 2006 r.				
tak	20,0	49,0	54,8	50,9
nie	80,0	51,0	45,2	49,1
Zgon w 2006 r.				
tak	X	4,5	X	1,3
nie	X	95,5	X	98,7

Dane z tabeli 2. przekonują, że osoby badane różnią się pod względem większości cech niż osoby nominowane. Informacje o osobach badanych są bardziej pewne niż o osobach nominowanych, jednak dotyczą grupy zbyt mało licznej, aby można było pokusić się o przyjęcie ich za podstawę oszacowania.

Do oszacowań wykorzystano dane dotyczące faktu leczenia osób nominowanych w lecznictwie stacjonarnym w 2005 roku oraz w lecznictwie ambulatoryjnym w 2006 r. Dane z lecznictwa stacjonarnego za 2006 r. są jeszcze niedostępne.

Oszacowanie bazowało na danych od osób, które były w stanie określić fakt leczenia nominowanego w poprzednim roku, inaczej mówiąc eliminowane z obliczeń przypadki braków danych. Do oszacowań wykorzystano zatem tylko nominacji zawierających potrzebne informacje.

Wyliczano zatem nie odsetek leczonych problemowych użytkowników narkotyków wśród wszystkich nominowanych, a wśród nominowanych, co do których było wiadomo czy się leczyli, czy nie. Wynosił on 34,9%. Z faktu, że 34,9% warszawskich problemowych użytkowników narkotyków podejmowało w 2005 roku leczenie nie trudno wyliczyć, że wszystkich w mieście było 2,9 razy więcej niż leczonych. Wykorzystując dane statystyczne z lecznictwa stacjonarnego za 2005 rok możemy stwierdzić, że z powodu problemu narkotyków leczonych było 1822 mieszkańców miasta, co oznacza, że liczbę wszystkich problemowych użytkowników narkotyków oszacować można na 5221 osób.

Odsetek leczonych ambulatoryjnie wyniósł 37,2% wśród nominowanych, co do których respondenci byli w stanie określić fakt leczenia. Dało to wskaźnik doszacowania równy 2,7. Po przemnożeniu go przez liczbę leczonych ambulatoryjnie w stolicy otrzymujemy szacowania wynoszące 6280 osób.

Liczby pochodzące z tych oszacowań, mimo pozornej precyzji, należy traktować jako przybliżone.

Przytoczone tu oszacowania sugerują, że rzeczywista liczba problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie mieści się w szerokim przedziale 5200-6300. Nawet jeśli liczba ta wykraczać będzie poza oszacowany przedział, to nie powinna ona znacznie od niego odbiegać. Trzeba tu dodać, że przedział ten uzyskano z dwóch niezależnych oszacowań, nie ma on zatem nic wspólnego z przedziałem ufności, jaki uzyskuje się w wyniku oszacowania metodą wielokrotnego połowu.

Tabela 3. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników narkotyków w 2007 r. oraz danych statystycznych lecznictwa

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2005)	1822	34,9	2,9	5221
Leczeni ambulatoryjnie (2006)	2336	37,2	2,7	6280

W tabeli 4 zestawiono oszacowania przeprowadzone dla poszczególnych kategorii demograficznych wyróżnionych ze względu na płeć i wiek. Oszacowanie takie były możliwe tylko w przypadku zestawień z danymi lecznictwa stacjonarnego.

Tabela 4. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie w podziale na płeć i wiek metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników narkotyków w 2007 r. oraz danych statystycznych lecznictwa stacjonarnego

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Płeć				
Mężczyźni	1414	34,5	2,9	4099
Kobiety	408	34,7	2,9	1176
Razem				5274
Wiek				
do 19 lat	192	33,3	3,0	577
20-29 lat	1109	37,3	2,7	2973
30 lat i więcej	469	31,6	3,2	1484
Razem				5034

Sumy oszacowań przeprowadzonych osobno dla kobiet i mężczyzn oraz osobno dla trzech grup wieku nie różnią się znacznie od ogólnego oszacowania. Stanowiąc to może argument za wiarygodnością oszacowań.

Analogiczne jak dla Warszawy oszacowania wykonane dla miast Górnego Śląska zaprezentowane w tabeli 5.

Tabela 5. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Konurbacji Śląskiej metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników narkotyków w 2007 r. oraz danych statystycznych lecznictwa

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2005)	1063	8,5	11,8	12506
Leczeni ambulatoryjnie (2006)	2083	24,4	4,1	8537

Przedział oszacowania dla Górnego Śląska jest większy niż dla Warszawy i wynosi 8537-12506 osób.

W tabeli 6 zestawiono oszacowania przeprowadzone dla poszczególnych kategorii demograficznych wyróżnionych ze względu na płeć i wiek.

Inaczej niż w przypadku Warszawy oszacowania przeprowadzone przy kontroli płci i wieku dały nieco niższe wartości. Oznacza to, że ogólne oszacowanie dla Górnego Śląska może być trochę zawyżone. Stąd bardziej wiarygodne wydaje się oszacowanie na poziomie 8500-11600.

Tabela 6. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Konurbacji Śląskiej w podziale na płeć i wiek metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników narkotyków w 2007 r. oraz danych statystycznych leczenia stacjonarnego

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Płeć				
Mężczyźni	825	10,5	9,5	7857
Kobiety	238	5,8	17,2	4103
Razem				11961
Wiek				
do 19 lat	268	6,3	15,9	4254
20-29 lat	515	12,6	7,9	4087
30 lat i więcej	280	8,5	11,8	3294
Razem				11635

Wyniki obecnych oszacowań dla Warszawy przeprowadzonych metodą punktu odniesienia możemy zestawzić z wynikami oszacowania przeprowadzonego metodą wielokrotnego połowu (capture-recapture) w Warszawie w 2006 r. W badaniu tym oszacowano liczbę problemowych użytkowników opiatów z wykorzystaniem trzech źródeł informacji, albo inaczej mówiąc trzech prób. Dwie pierwsze składały się z pacjentów oddziałów detoksykacyjnych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii oraz w Szpitalu Psychiatrycznym przy ul. Nowowiejskiej leczonych w 2005 r. Na trzecią próbę składały się osoby poddane badaniu terenowemu (próba uliczna).

Oszacowana „ciemna liczba” liczba problemowych użytkowników opiatów w Warszawie wynosi 2034. Uwzględniając błąd oszacowania można przyjąć z prawdopodobieństwem 95%, że mieści się ona w przedziale 1517 – 2725 osób.

Do tego dodać trzeba 733 osoby zidentyfikowanych w trakcie badań terenowych oraz jako pacjenci oddziałów detoksykacyjnych. W efekcie otrzymujemy liczbę 2770

problemowych użytkowników opiatów w Warszawie, jako najbardziej prawdopodobne oszacowanie. Rzeczywista liczba problemowych użytkowników opiatów z prawdopodobieństwem 95% mieści się przedziale 2250 – 3458 osób.

Wyniki obecnych oszacowań dla Warszawy przeprowadzonych metodą punktu odniesienia pozostają w zgodzie z cytowanymi wyżej wynikami. Są one wprawdzie około dwukrotnie wyższe, ale obejmują nie tylko problemowych użytkowników opiatów, ale problemowych użytkowników wszystkich narkotyków.

Oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków w całym kraju po raz pierwszy przeprowadzono w 1994 r. Oszacowano wówczas liczby problemowych użytkowników narkotyków dla 1993 r. metodą wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) w dwóch województwach – wrocławskim i kieleckim. Bazując na wskaźnikach doszacowania, które zostały określone na podstawie danych lecznictwa stacjonarnego oraz danych policji ekstrapolowano wyniki z dwóch województw na poziom całego kraju (Moskalewicz, Sierosławski 1995). Wskaźnik dla danych z lecznictwa stacjonarnego wynosił 4,6 i dla danych policyjnych – 2,4. Oszacowania przeprowadzone z ich wykorzystaniem dały wynik w granicach 20000-40000 problemowych użytkowników narkotyków w skali kraju (Moskalewicz, Sierosławski 1995).

Kolejne oszacowanie przeprowadzono dla roku 2001 stosując metodę punktu referencyjnego (*benchmark*). Źródłami danych do oszacowania były dane lecznictwa stacjonarnego, dane lecznictwa ambulatoryjnego oraz dane zebrane w badaniu ankietowym populacji generalnej. Te ostatnie to informacje o znanych respondentom problemowych użytkownikach narkotyków gromadzone na kartach nominacji, takich samych, jak stosowane w badaniu w Warszawie i na Górnym Śląsku. Wyniki tego oszacowania zestawione w tabeli 7 wskazują, że liczba problemowych użytkowników narkotyków w 2001 r. mieściła się w przedziale 33000-75000 osób. Oznacza to silny wzrost w stosunku do pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych, który potwierdzany jest przez dynamikę wszystkich innych wskaźników problemu narkotyków i narkomanii.

Tabela 7. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań ankietowych populacji generalnej w 2002 r. oraz danych statystycznych lecznictwa

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2001)	10993	33,2	3,02	33199
Leczeni ambulatoryjnie (2001)	25124	33,8	2,96	74367

W 2006 r. badania populacji generalnej zostały powtórzone i ponownie zebrano dane o znanych respondentom użytkownikach narkotyków. Posłużyły one oszacowania za rok 2005. Wyniki tego oszacowania zestawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań ankietowych populacji generalnej w 2006 r. oraz danych statystycznych lecznictwa

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2005)	15827	15,2	6,57	104006
Leczeni ambulatoryjnie (2005)	19302	15,4	6,48	125106

Dane z tabeli wskazują, że w 2005 r. liczba problemowych użytkowników narkotyków mieściła się w przedziale 100000-125000 osób. Oszacowanie dla 2005 r. przynosi zatem znacznie większe liczby, niż oszacowanie dla 2001 r. Warto zauważyć, że za wzrost wyników oszacowania odpowiada przede wszystkim ponad dwukrotne zwiększenie się wskaźnika doszacowania, który jest pochodną proporcji osób

leczonych wśród nominowanych. Wzrost wskaźnika doszacowania wynika z ponad dwukrotnego spadku odsetka osób leczonych z ok. 33% do ok. 15%. Trzeba nadmienić, że badania w 2002 r. i 2006 r. zrealizowano dokładnie w ten sam sposób, ze szczególną dbałością o zapewnienie porównywalności wyników. Wzrost liczby problemowych użytkowników narkotyków w latach 2001-2005 był większy niż dynamika zgłaszalności do leczenia w tym czasie. Warto dodać, że porównanie wskaźników rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków wg badań z 2002 r. i 2006 r. sugerowało stabilizację, zaś porównanie wskaźników postrzeganej dostępności poszczególnych narkotyków wykazało nawet istotny spadek.

Kwestią otwartą pozostaje w jaki stopniu mamy do czynienia z rzeczywistym wzrostem rozpowszechnienia problemu, a w jakim z większym wyczuleniem społecznym oraz większą umiejętnością identyfikacji problemowych użytkowników narkotyków przez przeciętnych mieszkańców. Pierwsza połowa naszego stulecia to czas ożywionej działalności edukacyjnej na tym polu, czas licznych kampanii organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz dużego zaangażowania mediów. Większa łatwość identyfikacji problemowego użytkownika narkotyków zanim rozpocznie leczenie powoduje, że proporcja leczonych wśród nominowanych przez respondentów jest mniejsza, a co za tym idzie oszacowanie osiąga większe wartości. Gdyby ta hipoteza była słuszna, oznaczałoby to, że rozpowszechnienie w 2001 r. było lekko niedoszacowane.

Trochę światła na tę kwestię rzucić może osobne oszacowanie rozpowszechnienia problemowego używania tradycyjnych na naszej scenie narkotykowej opiatów oraz problemowego używania innych środków, takich jak amfetamina, ekstazy, kokaina, przetwory konopi, itp. W Polsce używanie wielu różnych środków ma już dość długą tradycję, stąd do przeprowadzenia takiego oszacowania zdefiniować trzeba jednoznaczne kryterium stratyfikacyjne. Ze względu na zakres zebranych danych dla uproszczenia podzielmy problemowych użytkowników narkotyków na tych, którzy sięgają po opiaty oraz tych, którzy nie używają środków z tej grupy. Można założyć, że wśród problemowych użytkowników opiatów dominują osoby, których problem zawsze był łatwiej rozpoznawalny przez otoczenie i łatwiej definiowalny w kategoriach narkomanii. Hipoteza taka znajduje uzasadnienie zarówno w dłuższej

obecności tych środków na naszej scenie narkotykowej, jak również w ich szczególnie dużym potencjale uzależnienia, przyczyniającym się do relatywnie szybkiej degradacji społecznej.

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opiatów jest też istotne z perspektywy oceny potrzeb w zakresie leczenia substytucyjnego, które adresowane może być tylko do tej grupy uzależnionych. W Polsce ten typ terapii jest niedorozwinięty, dostępność takiego leczenia u nas jest dalece nie zadawalająca, wystarczy wspomnieć, że pod tym względem zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie. Oszacowanie potrzeb w tym względzie może zatem spełnić rolę czynnika stymulującego rozwój oferty leczenia substytucyjnego.

Przeprowadzenie wiarygodnych oszacowań rozpowszechnienia problemowego używania opiatów napotyka problemy z dostępnością danych. Wprawdzie w badaniach terenowych zbieramy informacje o używaniu opiatów przez osoby wskazywane przez respondentów, ale danych takich brakuje w statystykach lecznictwa, traktowanych jako punkt odniesienia (*benchmark*) do przeprowadzenia oszacowań. Statystyki lecznictwa zawierają jedynie informacje o diagnozie medycznej, która nie daje podstaw do jednoznacznego wydzielenia osób używających opiatów. Stąd uciec się musimy do kolejnego oszacowania, przyjmując założenia o proporcji użytkowników opiatów wśród osób podejmujących leczenie. Na podstawie danych z monitoringów lokalnych oraz danych z diagnoz psychiatrycznych możemy założyć, że udział użytkowników opiatów wśród leczonych stacjonarnie kształtuje się na poziomie 60%, zaś wśród leczonych ambulatoryjnie – na poziomie 50%. Dla uproszczenia przyjęto ten sam udział użytkowników opiatów w 2001 i 2005 roku. Powyższe wskaźniki procentowe posłużyły do określenia liczb użytkowników opiatów oraz użytkowników innych Środków nie sięgających po opiaty.

Dane wyjściowe do oszacowania liczebności tych dwóch grup w populacji generalnej oraz wyniki oszacowań zestawiono w tabeli 9.

Jak wynika danych zgromadzonych w tabeli liczba problemowych użytkowników opiatów w 2005 r. mieściła się w przedziale 25000-29000. Wielkości te nie odbiegają znacznie do oszacowań dla 2001 r. – 14000-28000.

Tabela 9. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce w rozbiciu na użytkowników opiatów oraz innych narkotyków

	Główny narkotyk	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2001)	opiaty	6596	46,7	2,14	14124
	inne	4397	17,1	5,85	25715
	razem	10993			39839
Leczeni stacjonarnie (2005)	opiaty	9496	38,1	2,62	24924
	inne	6331	8,8	11,36	71941
	razem	15827			96865
Leczeni ambulatoryjnie (2001)	opiaty	12562	44,9	2,23	27978
	inne	12562	22,7	4,41	55339
	razem	25124			83317
Leczeni ambulatoryjnie (2005)	opiaty	9651	33,3	3,00	28953
	inne	9651	9,8	10,20	98440
	razem	19302			127393

Inaczej jest w przypadku użytkowników innych środków. Ich liczba w 2005 r. mieściła się w przedziale 71900-98500, podczas gdy w 2001 r. zawierała się w zakresie: 25000-55000. Można zatem przyjąć, że za przeważającą część wzrostu liczby problemowych użytkowników narkotyków w latach 2001-2005 odpowiada zwiększenie się liczby problemowych użytkowników środków innych niż opiaty.

Przeprowadzone wyżej oszacowania trzeba opatrzyć poważnymi zastrzeżeniami, wynikającymi ze wspomnianej wcześniej dostępności danych. Wypada też dodać, że porównania oszacowań z 2001 r. i 2005 r. napotyka problemy metodologiczne

wynikające z założeń leżących u podstaw metody punktu referencyjnego. Do założeń tych należą założenie o zamkniętym charakterze szacowanej populacji oraz założenie o kompetencji respondentów w zakresie identyfikacji problemowych użytkowników narkotyków w swoim otoczeniu. Oba te założenia wydają się być w mniejszym stopniu spełnione w przypadku szacowania rozmiarów populacji problemowych użytkowników środków innych niż opiaty. Po pierwsze populacja ta, jak wynika z oszacowań, podlega większej dynamice, stąd też w mniejszym stopniu ma charakteru populacji zamkniętej. Po drugie wzory używania narkotyków innych niż opiaty wydają się być mniej destruktywne i stanowią względnie nowe zjawisko, a zatem są mniej rozpoznawalne społecznie. Wdaje się zatem, że do wyników oszacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków innych niż opiaty, szczególnie uzyskanych w 2001 r., powinniśmy podchodzić z mniejszym zaufaniem. W tym przypadku silny wzrost między 2001 r. i 2005 r. może być po części wynikiem uczenia się przez mieszkańców naszego kraju identyfikacji problemowych użytkowników narkotyków innych niż opiaty w swoim otoczeniu.

Wyniki oszacowań problemowych użytkowników opiatów oraz problemowych użytkowników innych środków nie sięgających po opiaty mają charakter addytywny, stąd po ich zsumowaniu otrzymujemy ogólną liczbę problemowych użytkowników narkotyków. Tak uzyskane oszacowania porównać można z wynikami oszacowań przeprowadzonych wspólnie dla obu grup. Zestawienie takie zawiera tabela 10.

Dane zawarte w tabeli wskazują na rozbieżności nie przekraczające 20%. Jedynie w przypadku dolnej granicy oszacowania dla 2005 r. przy wspólnym szacowaniu uzyskano większą wartość, w pozostałych przypadkach osobne szacowaniu dwóch grup dawało nieco większe wielkości. Wydaje się, że ze względu na brak możliwości precyzyjnego wyliczenia liczebności każdej z grup, wspólne oszacowanie obarczone jest mniejszym błędem.

Tabela 10. Porównanie oszacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce wykonane dla ogółu oraz w rozbiciu na użytkowników opiatów oraz innych narkotyków

	Sposób szacowania	Dolna granica oszacowania	Górna granica oszacowania
Rok 2001	wspólne oszacowanie	33089	74367
	zsumowane osobne oszacowania dla użytkowników opiatów i pozostałych	39839	83317
Rok 2005	wspólne oszacowanie	104006	125106
	zsumowane osobne oszacowania dla użytkowników opiatów i pozostałych	96865	127393

Na koniec spróbujemy zestawić oszacowania dla całego kraju (2005 r.) z oszacowaniami dla Warszawy i Górnego Śląska (2006 r.). przypomnijmy, że oszacowanie te przeprowadzono tą samą metodą, z tą wszakże różnicą, że dane do oszacowań dla całego kraju pochodziły z nominacji dokonywanych przez respondentów z populacji generalnej, zaś dane do oszacowań lokalnych pochodziły z nominacji dokonywanych przez problemowych użytkowników narkotyków. Trzeba też pamiętać, że oszacowanie ogólnopolskie odnosi się do roku 2005, zaś oszacowania lokalne do roku 2006. Zestawienie wyników tych oszacowań zawarto w tabeli 11.

Porównanie wskaźników na 100 tys. mieszkańców lokuje Warszawę i Górny Śląsk pod względem rozpowszechnienia problemowego używania narkotyków wyraźnie wyżej niż średnia ogólnopolska. Rozpowszechnienie w Warszawie i na Górnym Śląsku jest podobne. Zestawienie tych wyników zdaje się potwierdzać użyteczność informacji o problemowych użytkownikach narkotyków zbieranych od respondentów w badaniach populacji generalnej. Wskaźniki uzyskane w oszacowaniach ogólnopolskich oraz oszacowaniach lokalnych zdają się układać w spójny obraz. Taka wewnętrzna walidacja metody oparta na zestawieniach wyników uzyskanych przy zastosowaniu różnych jej wariantów nie rozstrzyga jej rzetelności. Takie rozstrzygnięcie przynieść może tylko zastosowanie różnych metod. Wskazane zatem

wydaje się przeprowadzenie równoległych oszacowań metodą punktu referencyjnego i metodą wielokrotnego połowu.

Tabela 11. Porównanie oszacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce (dane z badań ankietowych populacji generalnej – badanie 2006) oraz oszacowań w Warszawie i konurbacji Górnośląskiej (dane od problemowych użytkowników narkotyków – badanie 2007)

	Liczby bezwzględne		Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców	
	Dolna granica oszacowania	Górna granica oszacowania	Dolna granica oszacowania	Górna granica oszacowania
Polska 2005	100000	125000	262,1	327,6
Warszawa 2006	5200	6300	305,5	370,1
Górny Śląsk 2006	8500	11500	299,8	405,7

Rozważyć także warto przeprowadzenie kilku (5-7) oszacowań lokalnych metodą wielokrotnego połowu i ekstrapolowanie wyników na poziom ogólnopolski metodą wielowskaźnikową (*multi-indicator method*). Porównanie uzyskanych w ten sposób wyników z wynikami ogólnopolskiego oszacowania metodą punktu referencyjnego pozwoliłoby także na dokonanie oceny metody.

Osobną kwestią jest porównywanie w czasie wyników oszacowań. Napotykamy tu na problemy metodologiczne wynikające z przyjęcia założenia o zamkniętym charakterze populacji. Problem ten występuje zarówno w przypadku użycia metody punktu referencyjnego jak metody wielokrotnego połowu i szczególnie wazy na rezultatach w okresach dużej dynamiki zjawiska. Jego rozwiązaniem mogłoby być opracowanie modelu dynamicznego uwzględniającego zarówno pojawianie się w ciągu roku nowych przypadków jak ubywanie istniejących, czy to za sprawą wyleczenia, czy to emigracji lub zgonu.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Popularność iniekcyjnego przyjmowania narkotyków po spadku w latach dziewięćdziesiątych i na początku obecnej dekady, wykazuje ponowny trend wzrostowy. W drodze iniekcji przyjmowany jest nie tylko „kompot” ale również heroina „Brown Sugar” i amfetamina. Dzielenie się igłami i strzykawkami, chociaż znacznie rzadsze niż niegdyś nie zostało do końca wyeliminowane. W tych warunkach priorytetem wydaje się być intensyfikacja działań z zakresu ograniczania szkód.
2. Najbardziej obiecującą strategią prowadzenia takich działań jest aktywne docieranie do narkomanów w ich środowisku (out-reach).
3. Należy zadbać o lepszą informację na temat istniejącej oferty leczenia i dotrzeć z nią w większym stopniu do potencjalnych odbiorców. Wydaje się, że oferta terapeutyczna będzie się lepiej „sprzedawać” w środowisku narkomanów jako oferta pomocy dla osób używających narkotyków. Nie ma co liczyć, że osoba nawet uzależniona od narkotyków ale żyjąca w przekonaniu, że narkomanem nie jest zgłosi się do placówki leczenia. Można żywić jednak nadzieję, że rozważy skorzystanie z oferty pomocy dla osób używających narkotyków.
4. Istnieje potrzeba przeorientowania istniejącej oferty terapeutycznej w sposób uwzględniający potrzeby klienta. W wielu placówkach narkomanii traktowani są zbyt przedmiotowo, jak obiekty które trzeba w wyniku „obróbki terapeutycznej” zmienić. Nie bierze się w dostatecznym stopniu pod uwagę potrzeb pacjentów, w sposobie ich traktowania nie myśli się o ich odczuciach.
5. Ważnym czynnikiem efektywnej pomocy byłoby położeniu dużego nacisku na współpracę między instytucjami, szczególnie istotna jest tu współpraca między sektorem lecznictwa i sektorem pomocy społecznej oraz policją. Właściwie zorganizowane wsparcie socjalne jest często warunkiem powodzenia w leczeniu oraz unikaniu nawrotów po jego zakończeniu. Niezbędne jest też zapewnienie pomocy medycznej w zakresie schorzeń somatycznych. Skierowana na wspólnie uzgodnione cel współpraca z policją może także podnieść efektywność systemu

6. Narastanie przemocy, szczególnie widoczne w świecie narkomanów po opanowaniu podaży przez zorganizowane grupy przestępcze, tworzy nową mapę zagrożeń dla osób przyjmujących narkotyki.
7. Liczba problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie mieści się w przedziale 5200-6300, zaś w miastach Konurbacji Górnośląskiej – 8500-11500.
8. Liczba problemowych użytkowników narkotyków w Polsce mieści się w przedziale 100 000 – 120 000, w tym liczba użytkowników opiatów – 25 000 – 27 000.
9. W ostatnich latach ogólna liczba problemowych użytkowników narkotyków wzrosła za sprawą silnego wzrostu liczby problemowych użytkowników narkotyków innych niż opiaty.
10. Wyniki oszacowania ogólnopolskiego dla 2005 r. wydają się w skali zgodne z wynikami oszacowań lokalnych (Warszawa, Górny Śląsk) dla roku 2006.
11. Wskazane jest prowadzenia dalszych prac nad oszacowaniami dla zwiększenia precyzji oraz pewności ich wyników. Obiecującym kierunkiem rozwoju jest stworzenia modelu dynamicznego uwzględniającego zmiany w rozmiarach szacowanej populacji.