Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018

Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018

Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Warszawa 2018

Publikacja finansowana przez
Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
w ramach umowy Grant Agreement 2018 z EMCDDA

Egzemplarz bezpłatny

Redakcja: Artur Malczewski

Redakcja językowa i korekta: Katarzyna Kulesza

Wydawca:
Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
Ul. Dereniowa 52/54
02-776 Warszawa
Tel. 0048 22 641 15 01

www.kbpn.gov.pl
www.cinn.gov.pl

Pierwsze wydanie w języku polskim

Opracowanie graficzne: Pracownia Graficzna Dąbrowa

ISBN: 978-83-941398-7-2

Warszawa 2018

Spis treści:

Wprowadzenie 5

1. Używanie narkotyków w populacji ogólnej i wybranych grupach 7
2. Zgony z powodu narkotyków 11
3. Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków 14
4. Problemowe używanie narkotyków 15
5. Wzory używania narkotyków na podstawie danych z leczenia i programów wymiany igieł i strzykawek 16
6. Skala używania nowych substancji psychoaktywnych 18
7. Substancje psychoaktywne w ruchu drogowym 20
8. Rynek narkotykowy oraz prekursory 21
9. Redukcja podaży na narkotyki 22
10. Przemyt narkotyków 24
11. Skazani z ustawy 25
12. Rozwiązania alternatywne do karania 26
13. System leczenia osób uzależnionych od narkotyków 26
14. Profilaktyka, edukacja oraz informacja 28
15. Redukcja szkód 33
16. Ramy prawne przeciwdziałania narkomanii 33
17. Działania samorządu w przeciwdziałaniu narkomanii 34
18. Badania i monitorowanie 38
19. Internet a narkotyki 39
20. Podsumowanie i wnioski 40

Linki do stron, raportów oraz publikacji KBPN 41

Tabele z badań populacyjnych 42

Wprowadzenie

Szanowni Państwo,

Prezentujemy Państwu raport, który zawiera podstawowe, ujęte w syntetycznej formie, dane i informacje dotyczące problemu narkotyków i narkomanii w Polsce, jak również opisuje działania podejmowane w obszarach redukcji popytu i podaży na narkotyki. Staraliśmy się, aby jak najwięcej informacji przekazać Państwu w postaci graficznej. W większości raport został przygotowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), jednakże część profilaktyczna zawiera wkład Ministerstwa Edukacji Narodowej, a części dotyczące redukcji podaży na narkotyki oraz rynku narkotykowego i prekursorów zostały oparte w dużym stopniu na Sprawozdaniu z realizacji programu resortu spraw wewnętrznych na temat przeciwdziałania narkomanii i zwalczania przestępczości narkotykowej w 2017 roku. W raporcie znajdą Państwo również informacje, które otrzymaliśmy od Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Sprawiedliwości (art. 62a).

Podstawową potrzebą monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii oraz prowadzenia badań w tym obszarze jest nie tylko gromadzenie danych i informacji, ale łączenie tych procesów z budowaniem odpowiedzi na problematykę uzależnień w oparciu o obiektywną, wolną od stereotypów i uprzedzeń oraz opartą na dowodach wiedzę naukową i dobre praktyki.

Aby umożliwić maksymalne zobiektywizowanie ocen prowadzonych działań w raporcie, staraliśmy się przedstawić dane dotyczące Polski na tle innych krajów europejskich, głównie członków Unii Europejskiej. Znaczna część danych zawarta w opracowaniu jest efektem wieloletniej współpracy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie, jak również z krajowymi centrami monitorującymi problem narkotyków i narkomanii (REITOX National Focal Points) w Unii Europejskiej.

W końcowej części opracowania polecamy uwadze Państwa linki do materiałów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zawierające zarówno wyniki badań, jak również adresy stron internetowych, zawierające szereg publikacji dotyczących m.in. profilaktyki i innych działań z obszaru redukcji popytu na narkotyki. Materiały zamieszczone na wyżej wymienionych stronach internetowych stanowią uzupełnienie informacji zawartych w raporcie. Dlatego też osoby zainteresowane pogłębieniem wiedzy z przedstawionych tematów, jak np. programy rekomendowane, zapraszamy do odwiedzania naszych stron. Już dziś zachęcamy również do śledzenia najnowszych danych zaczerpniętych z badań zrealizowanych we współpracy z firmami badawczymi pod koniec roku 2018, które dostarczą zaktualizowanych informacji dotyczących używania substancji psychoaktywnych w populacji generalnej czy wśród młodzieży, i które będą opublikowane w 2019 roku w raporcie KBPN.

Współpraca międzynarodowa w obszarze przeciwdziałania narkomanii jest ważnym elementem polityki narkotykowej i stanowi poważny zakres działań Biura. Jednym z naszych celów jest wykorzystywanie doświadczeń i wiedzy innych krajów i organizacji ponadnarodowych do kształtowania i wdrażania naszych krajowych, wojewódzkich czy lokalnych strategii i programów.

Co roku KBPN finansuje lub/i organizuje międzynarodowe konferencje dotyczące tematyki substancji psychoaktywnych czy uzależnień behawioralnych. Często są to konferencje realizowane we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego lub organizacjami pozarządowymi. Warto wspomnieć, że jesteśmy aktywni w międzynarodowych projektach. W projekcie UE CADAP6 dla krajów Azji Centralnej KBPN jest liderem komponentu Prevention mającego na celu propagowanie w krajach tego regionu programów opartych na dowodach naukowych oraz implementację rozwiązań promujących lokalną i regionalną politykę narkotykową. Warto także wspomnieć o nowym projekcie ASAP Training, gdzie KBPN jest liderem komponentu pt. „Drug prevention system analysis", w którym uczestniczy 10 krajów UE. Ponadto aktywnie współpracujemy w obszarze monitorowania z Krajami Bałtyckimi i będziemy gościć ekspertów z tych krajów oraz z EMCDDA w 2019 roku w Polsce na kolejnym corocznym seminarium. Uczestniczymy także w projekcie COPOLAD II dla krajów Ameryki Łacińskiej oraz Karaibów. KBPN nie tylko bierze udział w projektach międzynarodowych, ale również finansuje działania w innych priorytetowych dla nas krajach. W ramach Narodowego Programu Zdrowia realizowane są programy z zakresu przeciwdziałania narkomanii w Gruzji, Kazachstanie i Ukrainie. We wszystkich wspomnianych międzynarodowych projektach pokazujemy polskie doświadczenia i zgromadzoną wiedzę, które w przeważającym stopniu są efektem pracy tysięcy osób w Polsce, reprezentujących organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego oraz instytucje państwowe i publiczne, zajmujące się profilaktyką, leczeniem, badaniami czy redukcją podaży na narkotyki.

Oprócz zapoznania się z raportem, zachęcamy do sięgnięcia po ostatnie publikacje KBPN, do których linki znajdą Państwo na końcu raportu. Wśród nich jest odniesienie do najnowszej wersji Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień, uzupełnionej o kilka dodatkowych publikacji na temat wdrażania standardów przetłumaczonych i wydanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. Znajdziecie tam również Państwo raport z wynikami międzynarodowego projektu I-TREND dotyczącego nowych substancji psychoaktywnych, gdzie Polska (Uniwersytet SWPS) była liderem komponentu dotyczącego badań ilościowych. Zachęcamy także do zapoznania się z publikacją dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych, z której można skorzystać w działaniach profilaktyczno-edukacyjnych.

Mamy nadzieję, że przedstawiony materiał przyczyni się do upowszechniania obiektywnej wiedzy o stanie problematyki uzależnień w naszym kraju i będzie ułatwiał podejmowanie racjonalnych i skoncentrowanych na potrzebach człowieka i społeczeństwa działań z zakresu polityki narkotykowej na wszystkich szczeblach władzy publicznej i we wszystkich instytucjach reprezentujących organizacje pozarządowe i szeroko rozumiane społeczeństwo obywatelskie.

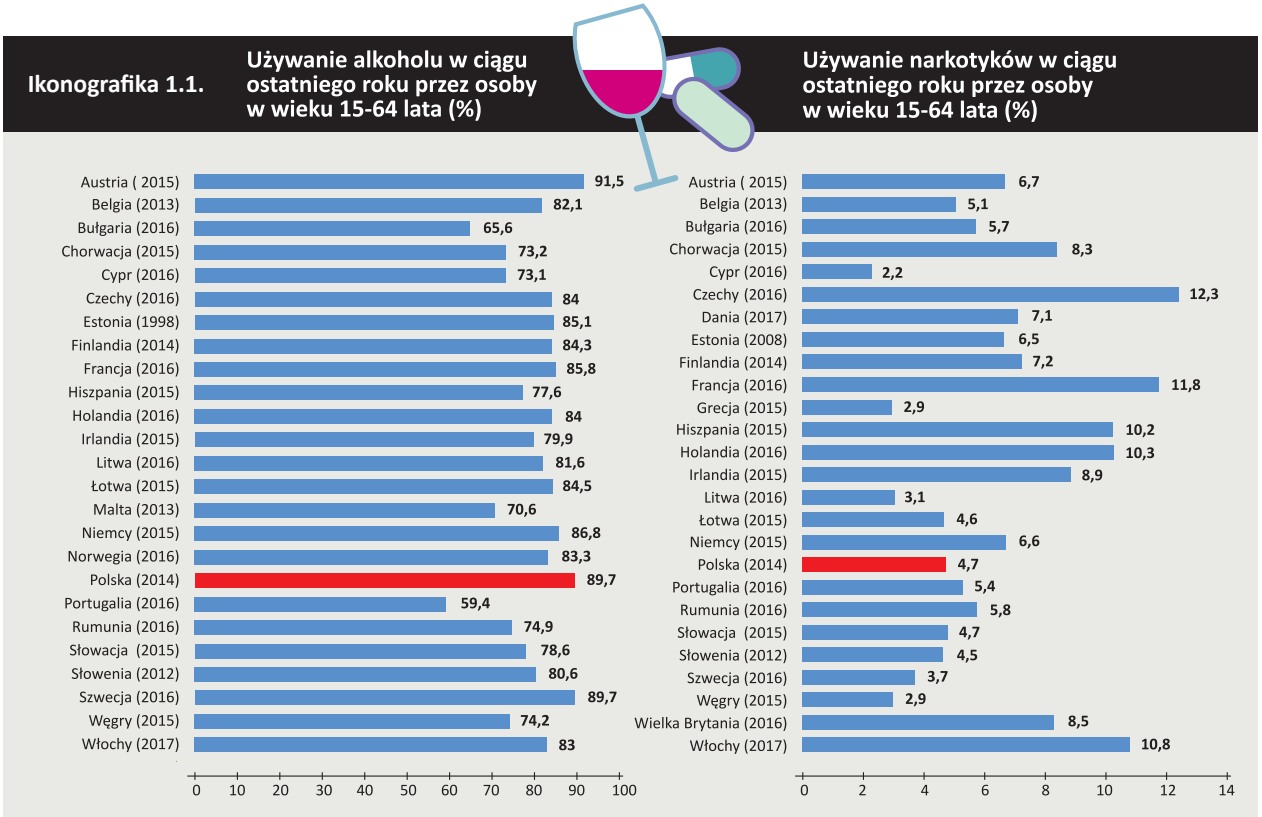
Piotr Jabłoński

Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

1. Używanie narkotyków w populacji ogólnej i wybranych grupach

Wyniki badań przeprowadzonych w populacji generalnej przedstawione na ikonografice 1.1 potwierdzają, że używanie narkotyków jest o wiele mniej rozpowszechnione niż picie napojów alkoholowych. Według danych z badań populacyjnych odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku jest 18 razy większy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Używanie alkoholu w ciągu ostatniego roku odnotowano na poziomie 89,7% (badanie z 2014 roku), podczas gdy w przypadku narkotyków odsetek wyniósł 4,7% (dane dla osób w wieku 15-64 lata). Według ostatnich badań raportowanych przez Reitox Focal Point do EMCDDA konsumpcja napojów alkoholowych należy w Polsce do jednych z największych w Europie. Polska uplasowała się na drugim miejscu po Austrii (91,5% w 2015 roku) wśród krajów UE. Taki sam wskaźnik jak Polska odnotowała Szwecja. Najniższy poziom konsumpcji napojów alkoholowych w ciągu ostatniego roku dotyczy Portugalii (59,4% w 2016 roku) oraz Bułgarii (65,6% w 2016 roku). W 15 krajach zarejestrowano wyższe wskaźniki używania nielegalnych substancji psychoaktywnych niż w Polsce. Najwyższe rozpowszechnienie używania odnotowano w Czechach (12,3% w 2016 roku) oraz Francji 11,8% (2016 rok). Wysokie wskaźniki na poziomie 10% użytkowników narkotyków występują również w Hiszpanii (2015 rok) oraz Holandii (2016 rok). Są to kraje, gdzie aktualne dane dotyczące używania narkotyków wskazują, że jest ono dwa razy wyższe niż w Polsce. Najniższy odsetek odnotowano na Cyprze (2,2% w 2016 roku). Powyższe wskaźniki zostały przedstawione na ikonografice 1.1.

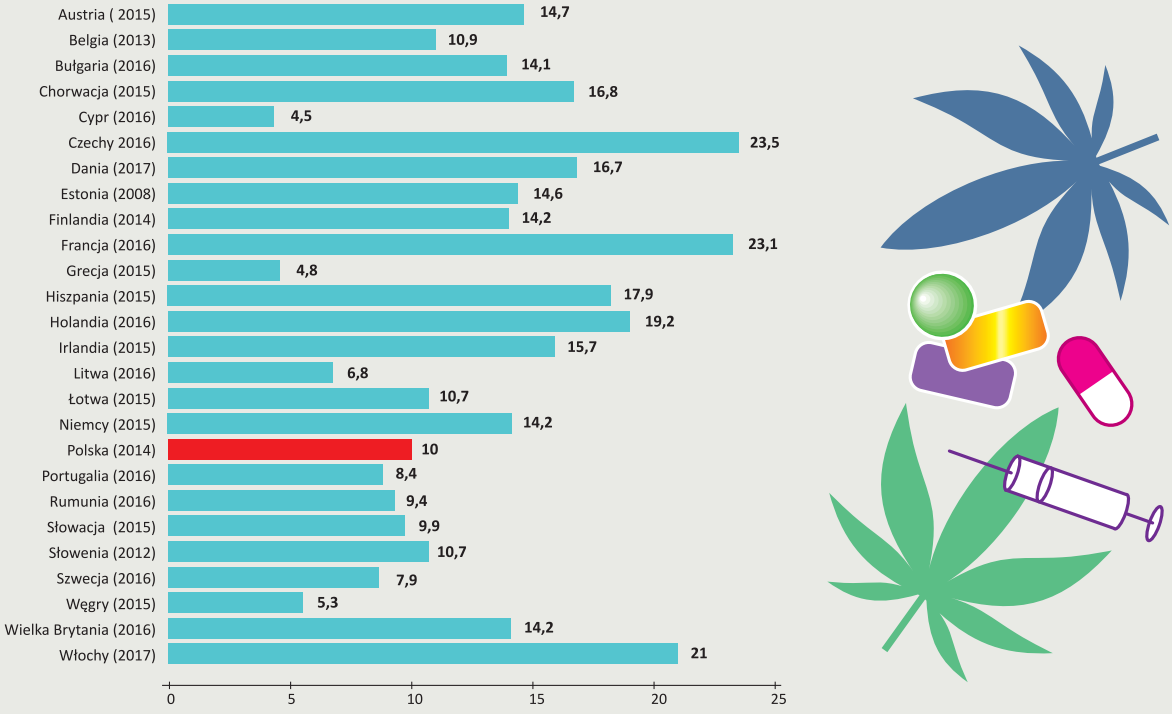
Ikonografika 1.1.



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

W przypadku młodych dorosłych (15-34 lata) rozpowszechnienie używania narkotyków w ciągu ostatniego roku jest wyższe niż w całej populacji. W krajach z najwyższymi wskaźnikami, jak w Czechach (23,5%) i Francji (23,1%), jest to co czwarta osoba, a we Włoszech co piąta (21%). W Polsce odsetek osób używających narkotyków w wieku 15-34 lata wyniósł 10%, mimo to Polska nadal znajduje się w grupie krajów o niższych wskaźnikach. Więcej danych znajduje się na ikonografice 1.2.

Ikonografika 1.2. Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata (%)



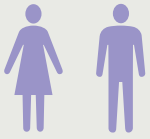
Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

Według ostatniego badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Fundacji CBOS z 2015 roku w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem. Do jej zażywania przyznało się 10% badanych w wieku 15-34 lata (2014 rok). Natomiast w całej badanej populacji (15-64 lata) wyższy odsetek odnotowano wśród mężczyzn – 15,4% niż wśród kobiet – 3,7% (ikonografika 1.3). Największy odsetek osób, które podejmowały leczenie zgłaszał problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnień.

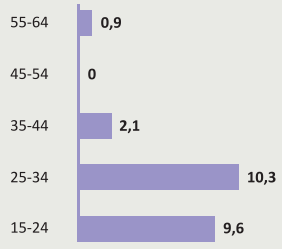
Drugą substancją, z powodu której osoby podejmowały leczenie, jest amfetamina. Jest ona o wiele rzadziej używana w populacji generalnej. Do zażywania amfetaminy w ciągu ostatniego roku przyznało się 0,4% badanych (15-34 lata). Dane dotyczące amfetaminy zostały przedstawione na ikonografice 1.4.

Ikonografika 1.3. Marihuana i haszysz

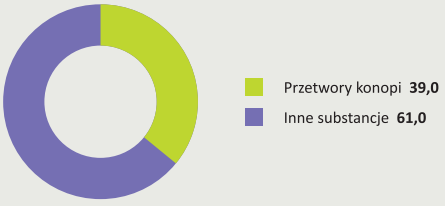
Rozkład płci



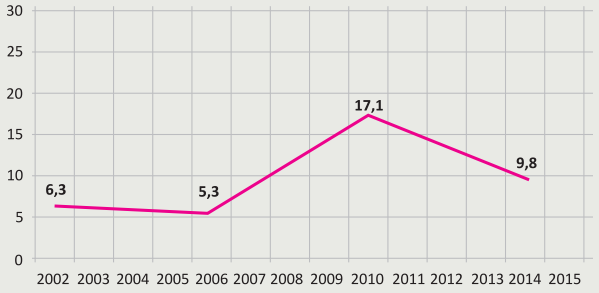
3,7% 15,4%



Zgłaszalność do leczenia w 2017 r. z powodu używania marihuany i haszyszu (osoby zgłoszone do leczenia po raz pierwszy)



Używanie marihuany i haszyszu w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata (%)

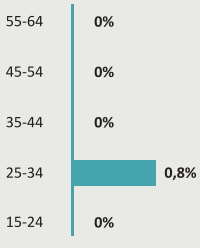


Źródło: GPS KBPN oraz TDI.

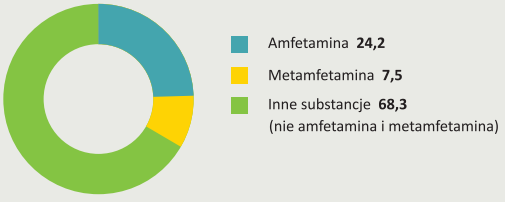
Ikonografika 1.4. Amfetamina

Rozkład płci

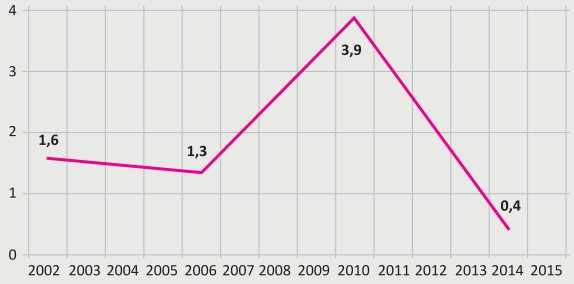
0% 0,8%



Zgłaszalność do leczenia w 2017 r. z powodu używania amfetaminy (osoby zgłoszone do leczenia po raz pierwszy)



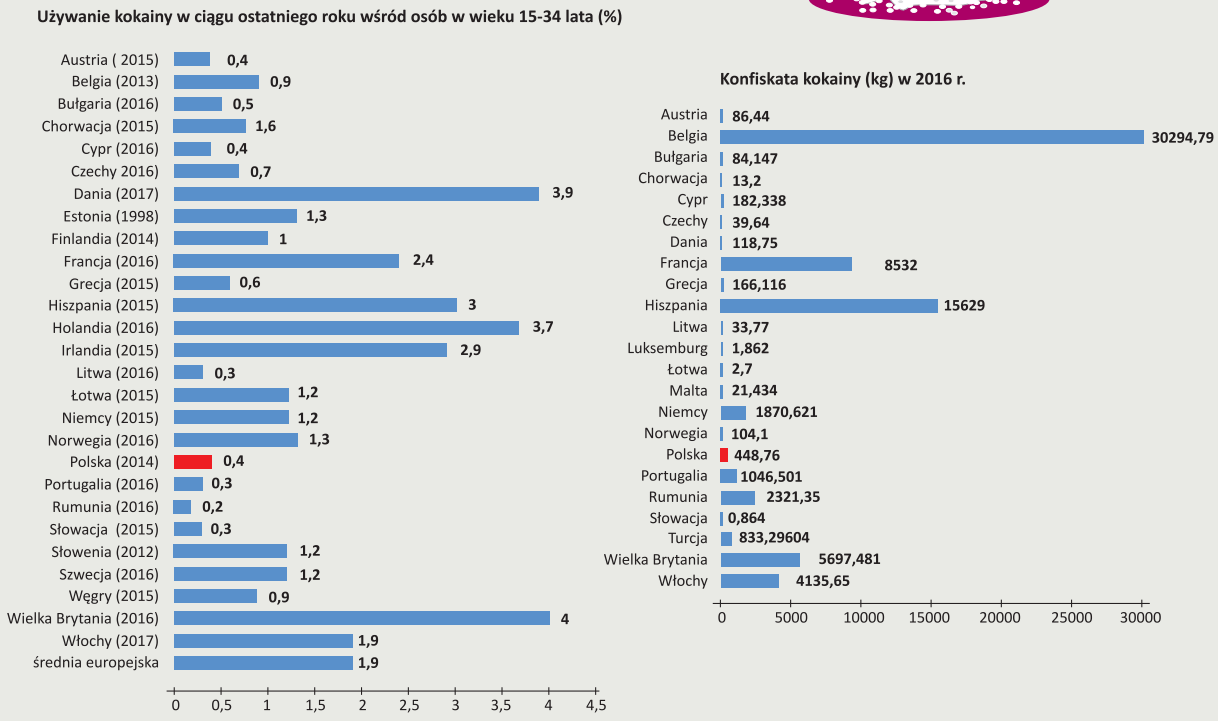
Używanie amfetaminy przez osoby w wieku 15-35 lat w ciągu ostatniego roku (%)



Źródło: GPS KBPN oraz TDI.

Kokaina należy do grupy nielegalnych substancji psychoaktywnych, których poziom rozpowszechnienia nie jest wysoki. O ile wyniki badań w populacji generalnej pokazują, że wśród młodych dorosłych odsetek użytkowników wyniósł 0,4% (czyli tyle samo, co w przypadku amfetaminy), to według danych dotyczących zgłaszalności do leczenia, tylko 2,4% osób podjęło leczenie z powodu uzależnienia od kokainy (ikonografika 5.1).

Ikonografika 1.5. Kokaina



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

Wyniki badań wśród osób dorosłych pokazują, że na tle Europy poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany, w Polsce nie jest wysoki. Średnia europejska dla osób w wieku 15-34 lata to 14%, podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosi 9,8%. Najwyższe wskaźniki odnotowano w następujących krajach: Francja (21,5% – 2016 rok), Włochy (20,7% – 2017 rok), Czechy (19,4% – 2016 rok). Najniższe odsetki spośród krajów UE rejestrujemy w Grecji (4,5% – 2015 rok) oraz na Cyprze (4,3% – 2016 rok).

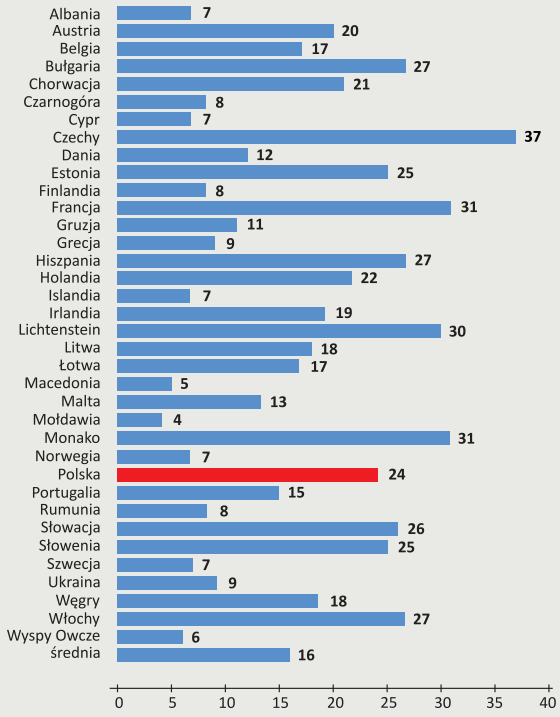
Inny obraz sytuacji mamy w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież.

Według badań ESPAD przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników marihuany i haszyszu wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat znajduje się powyżej średniej europejskiej, która dla Polski wyniosła 24%, a dla pozostałych badanych krajów – 16%.

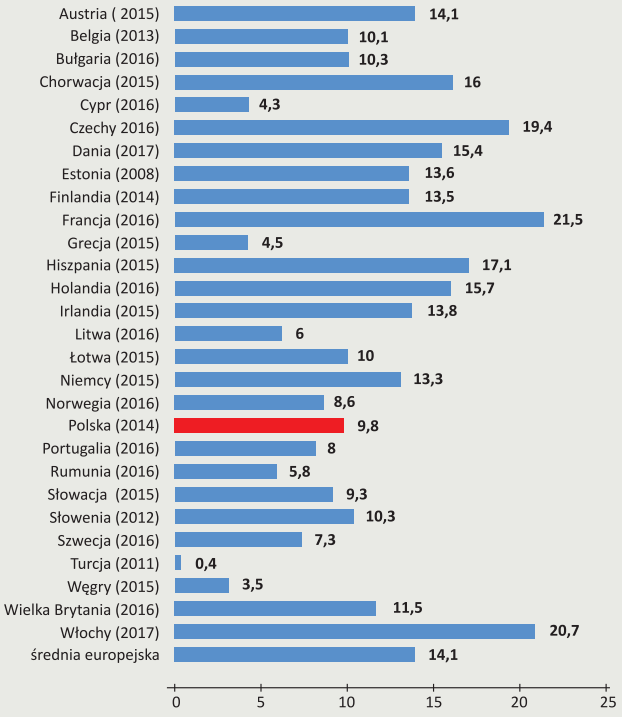
Do krajów z najwyższymi wskaźnikami używania marihuany zalicza się Czechy (37%), Monako (31%) oraz Francję (31%). Badanie ESPAD z 2015 roku objęło swoim zasięgiem 37 krajów.

Najniższe odsetki odnotowano w Macedonii (5%) oraz Mołdawii (4%), a w przypadku krajów UE w Szwecji (7%) oraz na Cyprze (7%). Dane dotyczące używania marihuany zaprezentowano na ikonografice 1.6.

Ikonografika 1.6. **Używanie konopi kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15-16 lat (%)**



Używanie konopi w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata (%)



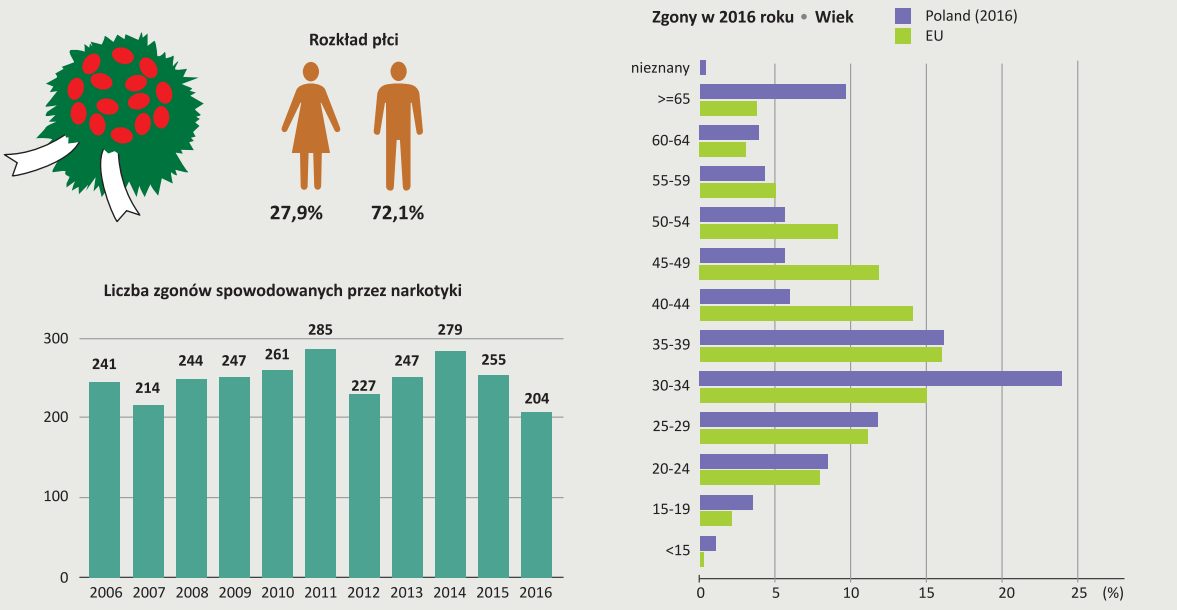
Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

2. Zgony z powodu narkotyków

W Polsce nie odnotowujemy wysokiego wskaźnika zgonów spowodowanych bezpośrednio przedawkowaniem narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2016 roku w Polsce zarejestrowano 204 zgony, a w 2015 roku – 255 zgonów, których przyczyną były narkotyki. Dane z 2016 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnych przedawkowań w naszym kraju są przede wszystkim mężczyźni (72% przypadków). Obrazuje to ikonografika 2.1.

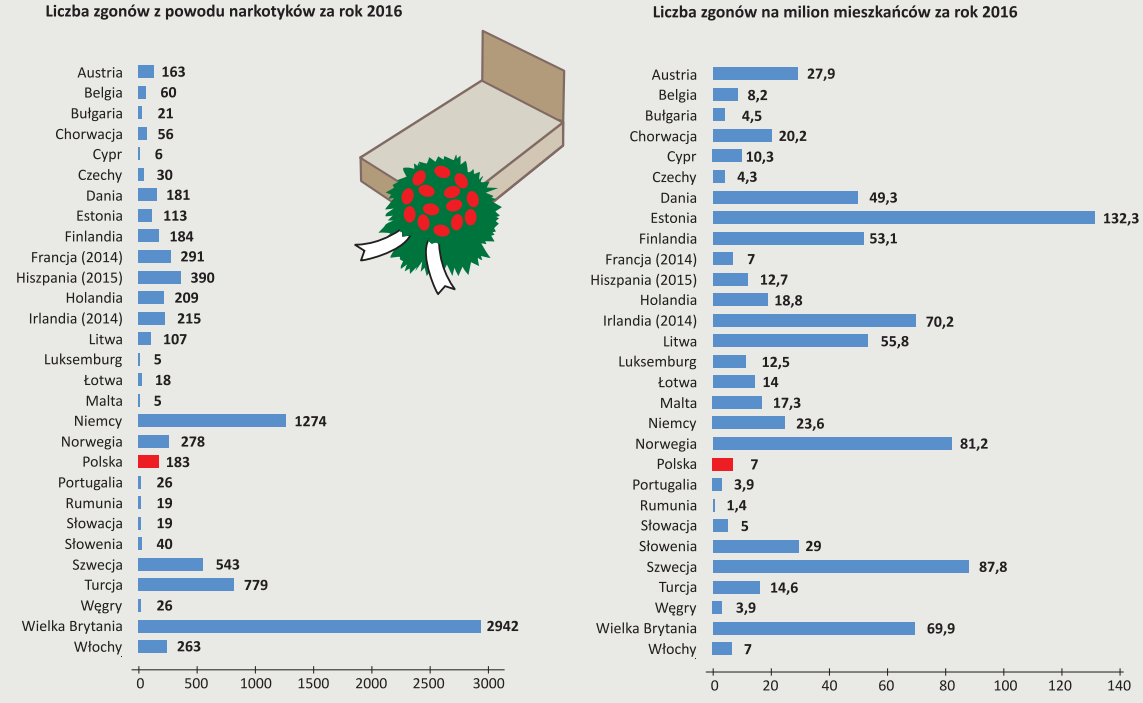
Do porównań między krajami wykorzystano dane EMCDDA dotyczące osób w wieku 15-64 lata (ikonografika 2.1). Najwyższe wskaźniki bezpośrednich zgonów z powodu przedawkowania narkotyków w Europie odnotowano w Estonii – 132 osoby na milion mieszkańców (w liczbach bezwzględnych 113 osób w 2016 roku) oraz w Szwecji – 88 osób na milion mieszkańców (543 osoby w 2016 roku). Dane dotyczące przedawkowań narkotyków w krajach europejskich zostały przedstawione na ikonografice 2.2.

Ikonografika 2.1. Charakterystyka zgonów spowodowanych przez narkotyki – osoby w wieku 15- 64 lata



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

Ikonografika 2.2. Charakterystyka zgonów spowodowanych przez narkotyki



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

Dane GUS nie pozwalają na określenie rodzaju substancji, które stały się przyczyną zgonu.

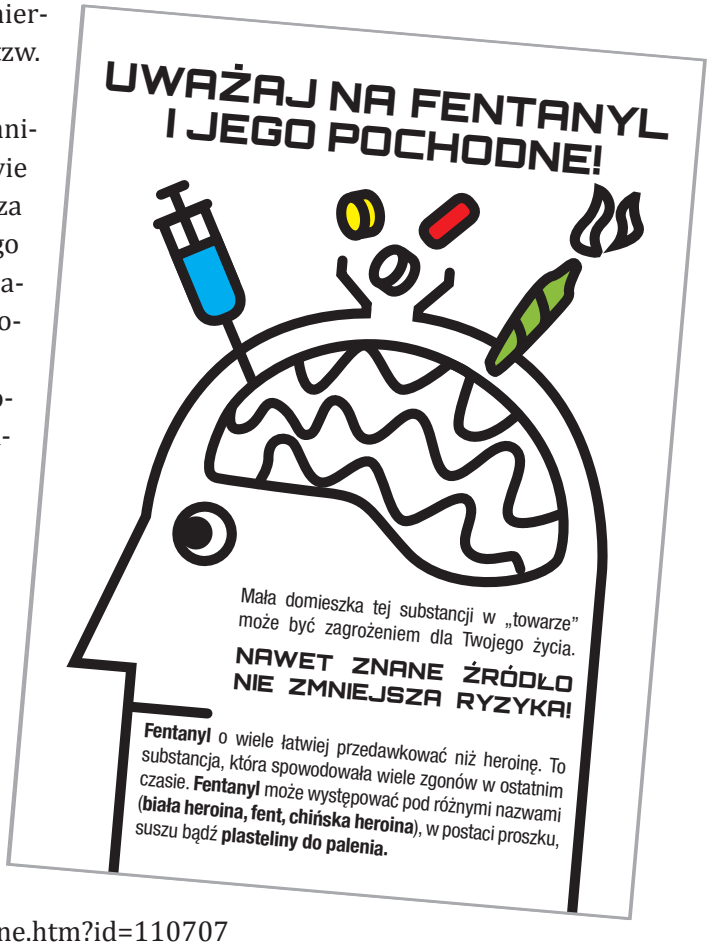
Jednak niektóre instytucje gromadzą dane dotyczące zgonów m.in. z powodu narkotyków czy nowych substancji psychoaktywnych (NSP), tzw. dopalaczy. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii otrzymało z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego dane obejmujące obszar aglomeracji warszawskiej. W 2016 roku odnotowano na tym obszarze 47 zgonów, których przyczyną były nielegalne substancje psychoaktywne. W ponad 60% przypadków jedną z substancji wykrytych w toksykologii były opioidy (30 przypadków). Nowe substancje psychoaktywne zostały wykryte w 15% przypadków.

Natomiast w przypadku 7 zgonów, których przyczyną były nowe substancje psychoaktywne, w czterech wykryto UR 47700 (syntetyczny opioid), w trzech syntetyczne katynony, a w jednym przypadku syntetyczne kannabinoidy. Na skutek spożycia substancji psychoaktywnych w 2016 roku zmarło 38 mężczyzn, których średnia wieku wynosiła 35 lat, oraz 9 kobiet (średnia ich wieku wyniosła 37 lat). Według Ośrodka Kontroli Zatruć (OKZ) w Warszawie oraz GIS w 2015 roku odnotowano 21 zgonów, rok później już tylko 2 przypadki a w 2017 roku 26 zgonów. W 2018 roku zarejestrowano rekordową liczbę 50 zgonów spowodowanych przez NSP (dane do września 2018 roku). Dwa przypadki zgonów w 2016 roku zaraportowane przez OKZ i GIS nie dotyczą województwa mazowieckiego, zatem biorąc pod uwagę przypadki dotyczące aglomeracji warszawskiej, w 2016 roku odnotowano w sumie 9 zgonów z powodu NSP.

Według informacji podanych przez GIS w Polsce wzrasta liczba przypadków zatruć i śmierci z powodu użycia opioidów, zawartych w tzw. dopalaczach.

W 2017 i 2018 roku Główny Inspektor Sanitarny wydał ostrzeżenie publiczne w tej sprawie na stronie www.gis.gov.pl: „Użycie dopalacza z furanylfentanylem lub fentanylu odzyskanego z plastrów transdermalnych (przez skórne plastry przeciwbólowe), może doprowadzić do zgonu z powodu nagłego zatrzymania oddechu".

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opracowało wspólnie z ekspertami wdrażającymi programy redukcji szkód dwie ulotki dotyczące nowych, bardzo silnych i groźnych dla zdrowia i życia opioidów: fentanyli i ich pochodnych. Ulotki są rozdawane w środowisku osób, które mogą być potencjalnymi użytkownikami tych substancji.



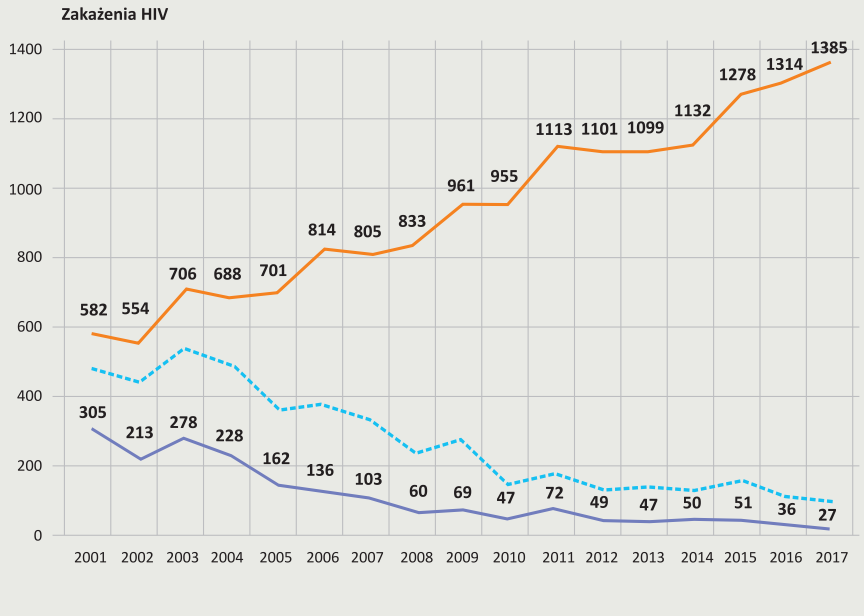
https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707

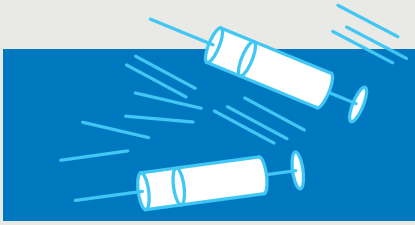
Według badań kohortowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zleconych do realizacji przez KBPN, standaryzowany współczynnik umieralności wynosi 3,4 (2,1 dla kobiet i 4,6 dla mężczyzn). Współczynnik ten przybiera najwyższe wartości dla kobiet w kategorii wiekowej: 30-34 lata (18,5). Ze wspomnianych badań wynika, że prawdopodobieństwo zgonu jest 3,4 raza wyższe wśród osób zażywających narkotyki niż w całej populacji.

3. Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków

Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych związanych z narkotykami są choroby zakaźne. Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych zakażeniach

Ikonografika 3.1. Zakażenia HIV oraz redukcja szkód





2017
Liczba wydanych igieł: **127805**
Liczba wydanych strzykawek: **59958**

Źródło: NIZP- PZH.

Liczba programów oraz miast z programami wymiany igieł i strzykawek

	liczba programów	liczba miast
2002	21	23
2003	19	21
2004	16	15
2005	16	15
2006	15	12
2007	15	12
2008	13	11
2009	13	10
2010	10	8
2011	12	9
2012	12	10
2013	13	10
2014	13	12
2015	12	11
2016	12	12
2017	11	10

Liczba odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek

2004	4614
2005	5091
2006	4002
2007	3228
2008	3101
2009	3100
2010	2022
2011	2111
2012	1628
2013	1655
2014	1465
2015	1359
2016	1505
2017	1726

Źródło: CINN KBPN.

HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, są udostępniane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. W 2017 roku rozpoznano 1 310 nowych zakażeń HIV, w tym 36 przypadków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Dane od roku 2008, pomimo mało istotnych różnic w statystykach w poszczególnych latach, wskazują na spadkowy trend liczby nowych przypadków zakażeń HIV związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków. W 2017 roku rozpoznano łącznie 9 nowych zachorowań na AIDS, w tym 3 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. W ostatnich latach obserwuje się dużą zmienność w danych dotyczących zapadalności na AIDS, ale mimo wszystko pozostaje ona na porównywalnym poziomie.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP–PZH) na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zrealizował w 2017 roku badanie wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Wyniki tych badań pokazały, że przeciwciała anty-HIV występowały u 18,5% badanych przyjmujących narkotyki w iniekcjach, a przeciwciała anty-HCV u 57,6% badanych.

4. Problemowe używanie narkotyków

Dane z badań populacyjnych, jak np. badania ankietowe wśród młodzieży, wskazują, jaka jest skala eksperymentowania oraz aktualnego używania narkotyków. Trudno jest uchwycić w badaniach populacyjnych liczbę osób, które używają codziennie, np. heroiny. Dlatego też przeprowadza się dodatkowe analizy mające na celu oszacowanie skali używania problemowego na podstawie np. rejestrów osób podejmujących leczenie.

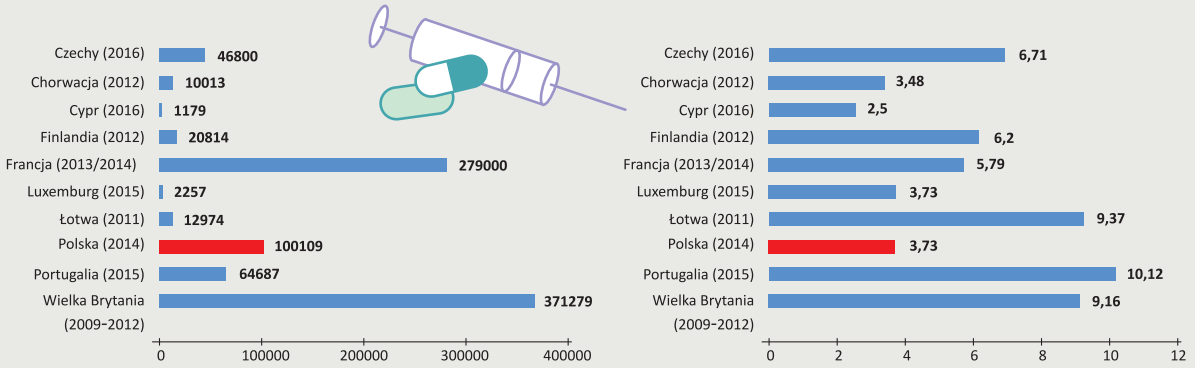
Podobnie jak w przypadku wyników badań populacyjnych, oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków pokazują, że na tle innych krajów UE Polska nie ma wysokich wskaźników problemowego używania substancji nielegalnych.

Warto się zatem przyjrzeć, jak wygląda ta sytuacja na tle innych krajów, które raportują dane do EMCDDA. Do przeprowadzenia porównań między krajami warto uwzględnić wskaźnik na 1000 mieszkańców. Dane wśród osób w wieku 15-64 lata zawierające liczby bezwzględne (10 krajów UE) zostały przedstawione na ikonografice 4.1.

Wśród państw, które dysponowały takim oszacowaniem, tylko dwa miały niższe wskaźniki niż Polska: Cypr (2,5 osoby na 1000 mieszkańców w 2016 roku) oraz Chorwacja (3,5 osoby na 1000 mieszkańców w 2012 roku). W Polsce wskaźnik wyniósł 3,7 (2014 rok) i był o wiele mniejszy w porównaniu z krajami, gdzie odnotowano najwyższe wskaźniki w Europie – 10,1 osoby na 1000 mieszkańców w 2015 roku w Portugalii czy na Łotwie – 9,4 w 2011 roku. Wysokie wskaźniki występują również na Łotwie (9,37 w 2011 roku) oraz w Wielkiej Brytanii (9 w latach 2009-2012). Warto podkreślić, że oszacowanie dotyczące Polski obejmuje także problemowe używanie marihuany, podczas gdy np. w Czechach tylko użytkowników opioidów i stymulantów.

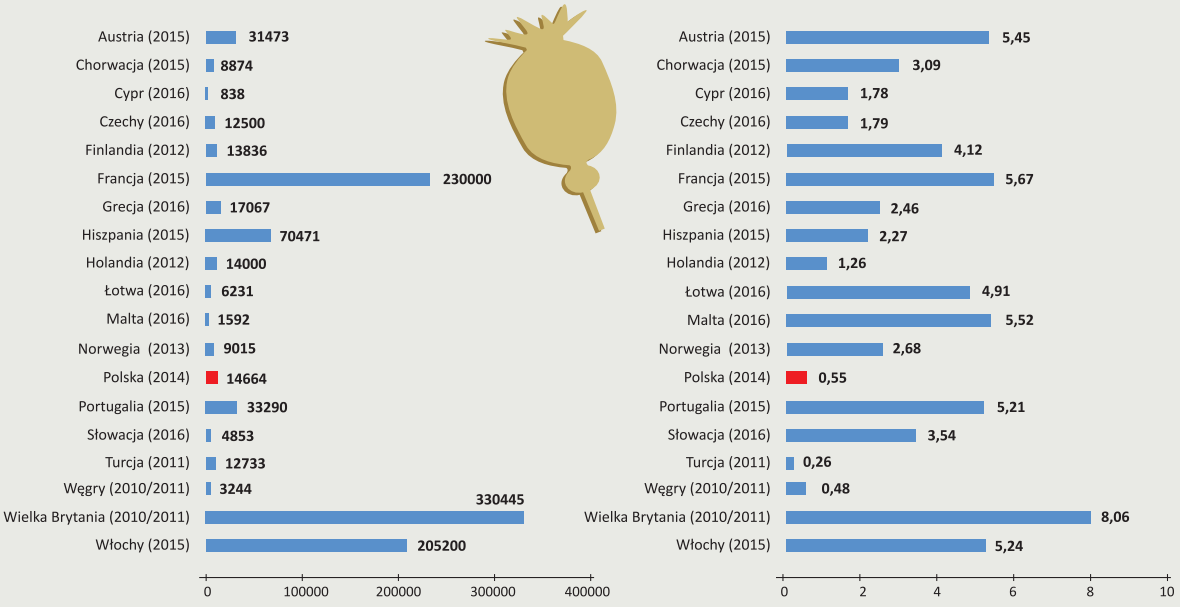
Szacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce pokazuje również, że skala problemów związanych z opioidami jest jedną z najmniejszych w Europie. W naszym kraju odnotowano około 15 tysięcy problemowych użytkowników opioidów, co daje wskaźnik 0,55 osoby na 1000 mieszkańców. Najwyższy wskaźnik odnotowano w Wielkiej Brytanii – 8 osób na 1000 mieszkańców (ikonografika 4.2).

Ikonografika 4.1. Szacowane liczby problemowych użytkowników narkotyków



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

Ikonografika 4.2. Wskaźnik liczby problemowych użytkowników opioidów (15-64 lata)



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018.

5. Wzory używania narkotyków na podstawie danych z leczenia i programów wymiany igieł i strzykawek

W ciągu ostatnich 10 lat scena narkotykowa uległa zmianie, co pokazują m.in. dane z leczenia osób uzależnionych oraz pochodzące z programów adresowanych do iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na początku XX wieku najczęściej używanymi narkotykami wśród iniekcyjnych użytkowników była heroina i amfetamina. Obecnie, według danych z programów wymiany igieł i strzykawek z 2016 roku, po heroinę sięga co czwarty badany (27%), a po polską heroinę mniej niż co

siódmy – 15% (wskaźnik dotyczy używania w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem). W 2008 roku odsetek użytkowników dla polskiej heroiny wyniósł 50%, a dla heroiny – 44%.

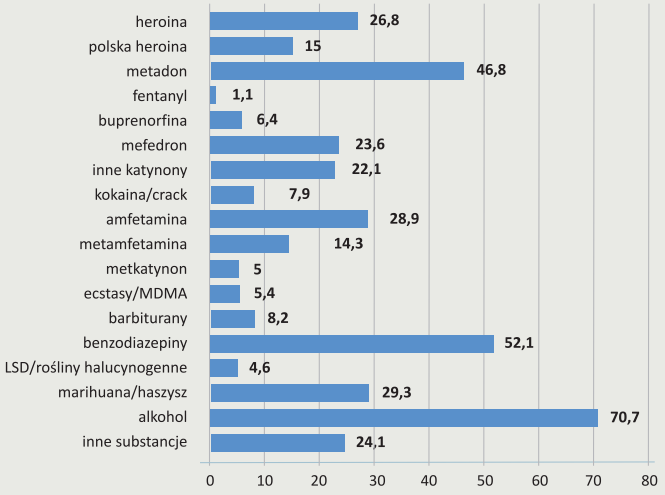
Dane z badań odbiorców wymiany igieł i strzykawek wyraźnie pokazują zmiany na polskiej scenie narkotykowej. Pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych spowodowało, że obecnie około 40% badanych (dane za 2016 rok) w ciągu ostatnich 30 dni zażywało NSP. Nadal używana jest amfetamina, prawie co trzeci użytkownik deklarował jej zażywanie (29%). Warto zwrócić uwagę, że duży odsetek osób przyjmujących narkotyki często sięga po alkohol (71%), benzodiazepiny (52%) oraz metadon (47%), czyli substancje legalne.

Scena narkotykowa nie jest już tak homogeniczna, jak to było w przeszłości, kiedy dominowała na niej heroina. Obecnie popularność różnych substancji psychoaktywnych w poszczególnych miastach jest zróżnicowana. Według danych z programów redukcji szkód w Krakowie heroina nie pojawia się już na rynku, a użytkownicy przyjmują przede wszystkim nowe substancje psychoaktywne. Natomiast w Warszawie nadal jest ona popularna wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Dane pochodzące z lecznictwa za 2017 rok, dotyczące osób, które podjęły leczenie po raz pierwszy w życiu, pozwalają na uchwycenie kolejnej zmiany wśród problemowych użytkowników narkotyków. W Polsce najczęściej osoby podejmowały leczenie z powodu problemów z marihuaną (39%), a na drugim miejscu – amfetaminą (24%). Warto także zauważyć, że 8% osób podejmujących leczenie po raz pierwszy, jako główny przyjmowany narkotyk podawały metamfetaminę. Widać zatem rosnącą popularność metamfetaminy w ciągu ostatnich lat i jest to również nowe zjawisko na polskiej scenie narkotykowej. O ile w przypadku odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek, gdzie dominują osoby przed 40. rokiem życia (średnia wieku wyniosła 37 lat) nadal użytkownicy heroiny stanowią znaczący odsetek, to według danych z lecznictwa jedynie 3% osób zgłosiło się do leczenia z powodu heroiny w 2017 roku (ikonografika 5.1.).

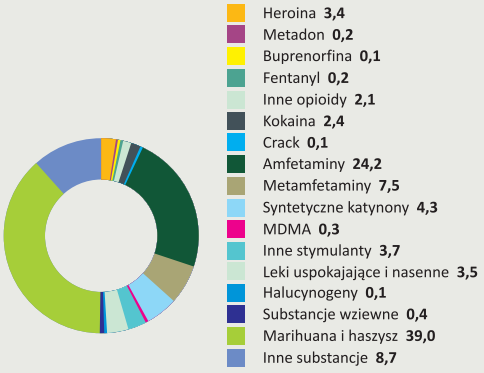
Ikonografika 5.1. **Używanie narkotyków: dane z placówek leczniczych oraz programów wymiany igieł i strzykawek**

Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (%)
wyniki ogólnopolskich badań wśród klientów programów wymiany w 2016 r. (n=280)



Źródło: CINN KBPN.

Zgłaszalność do leczenia w 2017 r. z powodu narkotyków w podziale na narkotyk podstawowy (osoby zgłoszone do leczenia po raz pierwszy) (TDI)



Źródło: TDI KBPN.

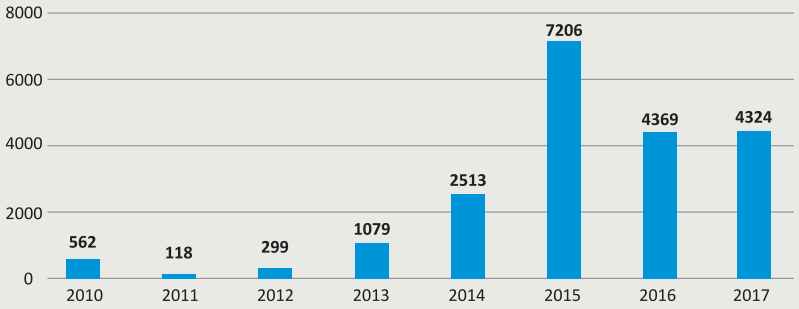
6. Skala używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP)

Od 2008 roku przeprowadzono w Polsce kilkanaście badań, w których zostały uwzględnione nowe substancje psychoaktywne. Ostatnie badanie dotyczące NSP zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia 2016 roku przez Fundację CBOS oraz KBPN wśród uczniów z 82 szkół (N=1724). Ich wyniki wyraźnie pokazują spadek używania NSP wśród młodzieży. Obecnie odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami jest na takim samym poziomie jak w 2008 roku – 3,5%. W ciągu ostatniego roku NSP używało 1% badanych, podobnie jak w ciągu ostatniego miesiąca – również 1%. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzonego badania, tj. od 2008 roku. Według deklaracji z 2008 roku, po NSP sięgnęło „kiedykolwiek w życiu" 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Innym badaniem, które pozwala przyjrzeć się skali używania NSP, nie tylko w Polsce, lecz także w Europie, jest badanie z 2014 roku pn. „Young People and Drugs" (Flash Eurobarometer, 401), zlecone po raz drugi przez Komisję Europejską, a zrealizowane przez TNS Political and Social. Wywiady przeprowadzono wśród osób pomiędzy 15. a 24. rokiem życia. Warto zwrócić uwagę, że według Eurobarometru odsetek osób, które miały kontakt kiedykolwiek w życiu z NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie w 2014 roku (9%) co w roku 2011 (9%). Średnia europejska dla wszystkich badanych wzrosła o trzy punkty procentowe do 8% w 2014 roku. Kilka krajów odnotowało duży wzrost odsetka osób zażywających NSP: Irlandia o 6 punktów procentowych (22% w 2014 roku), podobnie Słowenia (6%), Francja o 7 punktów procentowych (12%) i podobnie Słowacja (10%), natomiast Hiszpania o 8 punktów procentowych (13%). Mimo że w latach 2011--2014 średnia europejska wzrosła, to poziom używania NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie (TNS Political & Social, 2014). W całej populacji skala używania NSP jest na niskim poziomie. Według badań KBPN i Fundacji CBOS do używania NSP kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku nowych substancji psychoaktywnych używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2% (dane za 2014 rok). Dane KBPN dotyczące zgłaszalności do leczenia z 2017 roku pokazują, że 4,3% osób, które podjęły leczenie z powodu narkotyków, zgłosiło syntetyczne katynony jako substancję podstawową. Analizując dane z Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO) widać, że Polska może być największym rynkiem NSP w Europie Środkowo-Wschodniej. Dane dotyczące liczby zabezpieczonych NSP w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO) za rok 2017 wskazują na trzykrotny wzrost liczby zabezpieczonych NSP w latach 2014-2017 – z 5 352 skonfiskowanych NSP do 17 355. Nasi południowi sąsiedzi odnotowali o wiele mniejsze liczby: 104 w Republice Czeskiej oraz 38 na Słowacji w 2017 roku, a największą liczbę zabezpieczonych NSP odnotowały Węgry 8 128 (2017 rok).

Dane Systemu Wczesnego Ostrzegania wskazują, że w Polsce rośnie liczba zabezpieczonych opioidów z grupy NSP. W 2016 roku opioidy zidentyfikowano w prawie 170 przypadkach, podczas gdy w 2015 roku były to 24 przypadki. Wcześniej substancje z tej grupy praktycznie nie występowały w danych raportowanych przez SWO. Jest to niepokojąca tendencja szczególnie w kontekście potencjału tej grupy do powodowania zatruć.

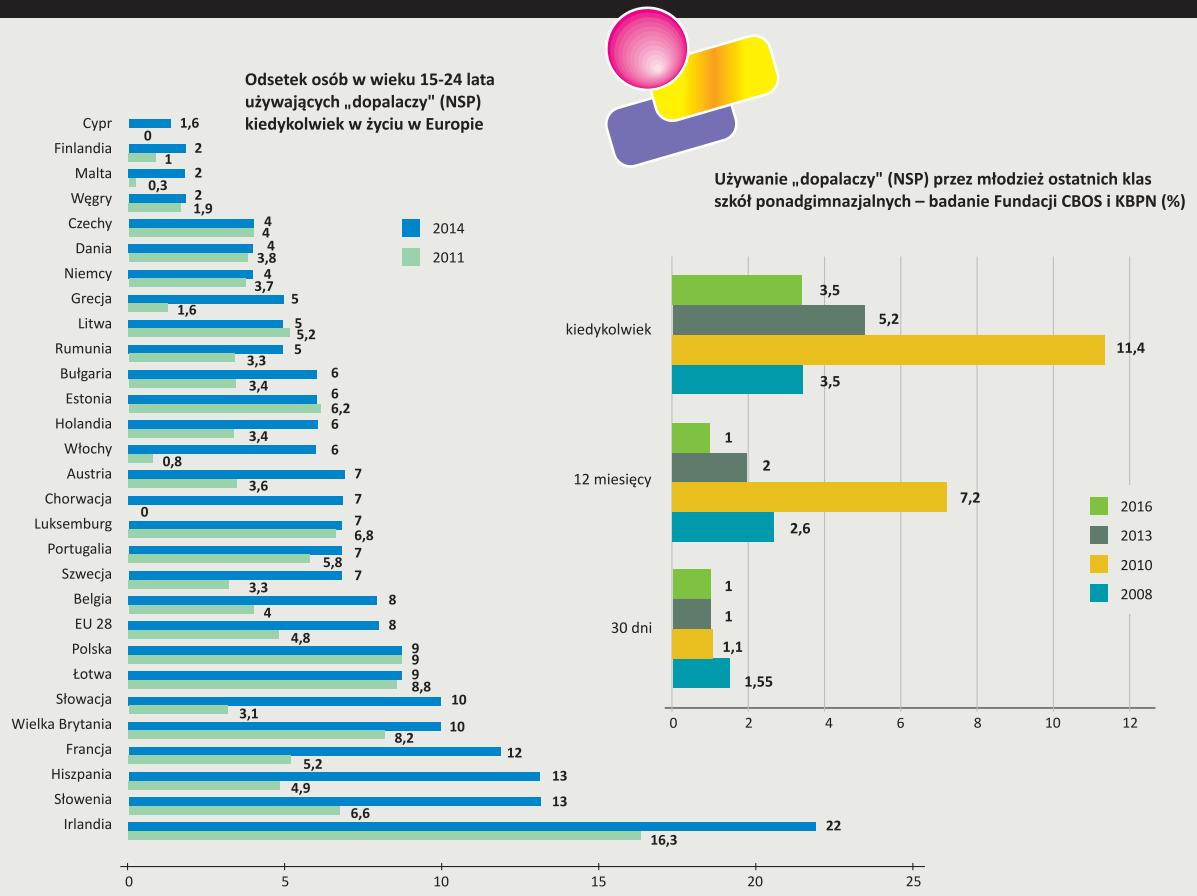
Dane Ośrodka Kontroli Zatruć w Warszawie potwierdzają wysokie wskaźniki zatruć. Po rekordowym pod względem liczby zatruć roku 2015 (7 206), w 2016 roku odnotowano spadek do 4 369 przypadków. Podobny wynik zarejestrowano w 2017 roku (4 324). Nadal jednak są to wysokie liczby, które być może zmniejszą się w wyniku wprowadzonych nowych rozwiązań prawnych z sierpnia 2018 roku.

Ikonografika 6.1. Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi w latach 2010-2017



Źródło: Ośrodek Kontroli Zatruć, Warszawa.

Ikonografika 6.2. Używanie nowych substancji psychoaktywnych (NSP)



Źródło: Flash Eurobarometer, 2014.

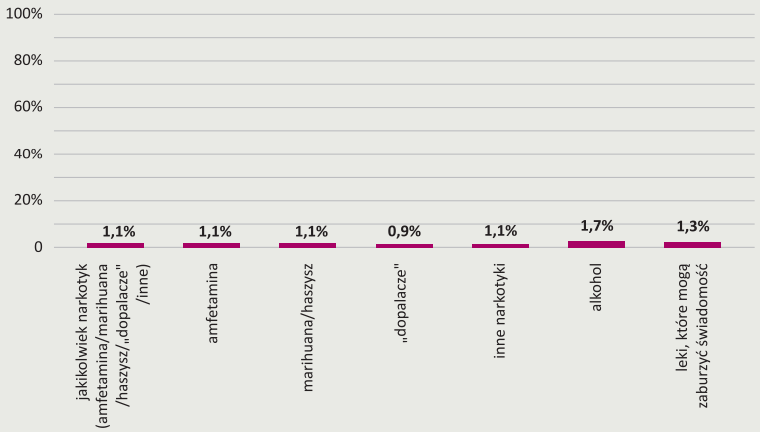
Źródło: badania Fundacji CBOS oraz CINN KBPN.

7. Substancje psychoaktywne w ruchu drogowym

Na przełomie września i października 2018 roku zostało przeprowadzone badanie na temat substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym przez Instytut Kantar Millward Brown S.A. oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (N=1006). Osobom badanym zadano pytanie, czy znają kogoś, kto prowadzi pod wpływem substancji psychoaktywnych. 8% dorosłych Polaków deklaruje, że zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu. W przypadku innych substancji 2% dorosłych Polaków deklaruje, że zna osoby, które prowadziły pojazdy mechaniczne pod wpływem marihuany/haszyszu, 1% – pod wpływem amfetaminy, 1% – pod wpływem „dopalaczy". 2% deklaruje, że zna osoby, które prowadziły pojazd mechaniczny pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość. Przedmiotem pomiaru była również kwestia, czy osoby decydują się być pasażerem samochodu prowadzonego przez kogoś pod wpływem substancji psychoaktywnych. Osobom badanym zadano zatem pytanie, czy jechali samochodem lub innym pojazdem, który był prowadzony przez osobę po użyciu substancji psychoaktywnych. 2,2% dorosłych Polaków deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem alkoholu. Mniejszy odsetek (1,5%) dorosłych Polaków deklaruje, że było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem narkotyków (0,7% – pod wpływem marihuany/haszyszu, 0,6% – pod wpływem amfetaminy, 0,5% – pod wpływem „dopalaczy"). 0,7% badanych deklaruje, że było pasażerem kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem leków, które mogą zaburzać świadomość.

Jednym z ważniejszych obszarów pomiaru były osobiste doświadczenia badanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych. Badani zostali zapytani czy prowadzili samochód pod wpływem substancji psychoaktywnych. 1,7% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem alkoholu. Mniejszy odsetek badanych, tj. 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robiło to pod wpływem narkotyku.

Ikonografika 7.1. **Prowadzenie samochodu lub innych pojazdów mechanicznych pod wpływem środków zmieniających świadomość w ciągu ostatnich 12 miesięcy**



Źródło: Kantar Millward Brown S.A. oraz CINN KBPN.

8. Rynek narkotykowy oraz prekursory

Polska, obok Belgii i Holandii, jest jednym z głównych producentów amfetaminy w Europie. W 2017 roku ujawniono 12 laboratoriów produkujących amfetaminę, 5 produkujących metamfetaminę oraz jedno produkujące 4-CMC (nowa substancja psychoaktywna). Ponadto wykryto miejsce tabletkowania MDMA. W 2017 roku policja ujawniła 1 208 nielegalnych upraw konopi innych niż włókniste. Łącznie zabezpieczono 91 714 sztuk krzewów konopi indyjskich.

Według danych Komendy Głównej Policji do produkcji amfetaminy w dalszym ciągu stosuje się BMK (benzylometyloketon, z ang. *benzyl methyl ketone*). W 2017 roku zabezpieczono 48 litrów tej substancji, co w porównywaniu z rokiem 2016, kiedy to zabezpieczono 14 litrów, stanowi wzrost o 246%. Przed rokiem 2014 BMK było masowo produkowane z niekontrolowanej wówczas substancji o nazwie APAAN. W styczniu 2014 roku umieszczono tę substancję na liście substancji objętych kontrolą na mocy ustawy, co pozwoliło służbom na skuteczniejsze monitorowanie obrotu tą substancją i praktycznie wyeliminowanie jej z nielegalnego rynku. W 2015 roku APAAN (alfa-fenylacetoacetonitril) został zastąpiony przez substancję o nazwie APAA (2-acetylo-2-fenyloacetamid), która to nie została objęta kontrolą ustawową. Z tej substancji, w drodze prostych przemian chemicznych, wytwarzano BMK, a w konsekwencji amfetaminę. Drugą substancją, która pojawiła się w ostatnim czasie jest 2-fenyloacetamid (zapachem przypomina kwas fenylooctowy), z której przy pomocy bezwodnika octowego i kwasu solnego lub kwasu siarkowego, lub zasady sodowej można w prosty sposób otrzymać BMK. Substancja ta nie jest objęta kontrolą na mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Kolejnym sposobem produkcji BMK, spotykanym w nielegalnych laboratoriach, jest otrzymywanie go z nitrostyrenu, który może powstać w wyniku reakcji chemicznych benzaldehydu i nitroetanu.

W porównaniu z danymi z roku poprzedniego, w 2017 roku odnotowano wzrost zabezpieczeń marihuany i haszyszu, jak również metamfetaminy. Zabezpieczono również większą liczbę listków LSD. Warto zwrócić uwagę, że dane dotyczące ilości zabezpieczonych narkotyków są trudne do interpretacji, bo na wielkość zabezpieczonych narkotyków może mieć wpływ jedna duża konfiskata. W maju 2018 roku policja zabezpieczyła ponad 3 tony haszyszu, które pochodziły z jednego przemytu. Oznacza to, że w 2018 roku dane statystyczne dotyczące zabezpieczeń haszyszu będą rekordowe.

Tabela 8.1. Zabezpieczenia narkotyków w Polsce (policja oraz Straż Graniczna)

Substancje	2016	2017
Haszysz (kg)	32,89	1237,16
Marihuana (kg)	2 569,44	3620,08
Heroina (kg)	9,02	2,49
Kokaina (kg)	448,76	81,05
Amfetamina (kg)	943,27	582,41
Metamfetamina (kg)	17,94	25,60
Ekstazy (tabletka)	149 921	112 614
LSD (listek)	166	866

Źródło: CINN KBPN.

Najdroższymi substancjami na rynku są kokaina i heroina. Ich ceny za gram osiągają 250 zł. Najtańszym narkotykiem jest marihuana. Jej średnie ceny mieszczą się w przedziale 20-34 zł za gram. Dane KGP dotyczące narkotyków zawarte są w tabeli 8.2.

Tabela 8.2. Ceny czarnorynkowe narkotyków w 2017 roku

Rodzaj substancji	Jednostka miary	Średnia cena detaliczna (PLN)	Średnia cena hurtowa (PLN)
Heroina biała	Gram	250	150
Marihuana	Gram	20-34	20-25
Haszysz	Gram	30	20
Olej haszyszowy	Ml	150	–
Amfetamina	Gram	40-50	30
Metamfetamina	Gram	50-150	100
Ekstazy	Sztuki	20-25	10-15
Kokaina	Gram	220-250	150-200

Źródło: Dane raportowane do UNODC w ramach ARQ.

9. Redukcja podaży na narkotyki

W Polsce w ramach wydziałów do walki z przestępczością narkotykową, wydziałów kryminalnych, sekcji, zespołów oraz jednoosobowych samodzielnych stanowisk, przestępczością narkotykową etatowo zajmowało się 1 178 funkcjonariuszy (dane na 31 grudnia 2017). W 2017 roku zarejestrowano 64 575 przestępstw stwierdzonych za naruszenie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Najwięcej przestępstw (61%) dotyczyło art. 62, czyli spraw o posiadanie narkotyków. W drugiej kolejności odnotowano przestępstwa dotyczące handlu (art. 59 – 20%) oraz dotyczące art. 58 (udzielanie) 6 632 przestępstwa (10%). Od 2015 roku można zaobserwować wzrost liczby przestępstw stwierdzonych z 54 778 do 64 575, jednakże najwyższą liczbę przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii odnotowano w 2013 roku – 72 073.

W 2017 roku odnotowano wzrost liczby podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do 30 121 osób (29 434 osoby w 2016 roku). Największy odsetek stanowili podejrzani z art. 62 – 83%, a na drugim miejscu podejrzani z art. 59 – 5%.

Na infografice 9.1 zostały przedstawione wyniki analiz Centralnego Laboratorium Kryminalnego Policji dotyczące czystości amfetaminy oraz stężenia THC w marihuanie. Od 2005 roku średnia czystość amfetaminy uległa zmniejszeniu z ponad 50% do 16%, a marihuany wzrosła z 1% do 11%.

Tabela 9.1. Liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Przestępstwa stwierdzone	2013	2014	2015	2016	2017
Art. 53 – wytwarzanie	272	286	242	295	356
Art. 54 – posiadanie, nabywanie przyrządów do produkcji	251	216	231	222	278
Art. 55 – przemyt	904	898	801	738	783
Art. 56 – wprowadzanie do obrotu	3 372	3 357	2 071	1 984	2 021
Art. 57 – przygotowanie do przemytu	55	71	40	24	40
Art. 58 – udzielanie	12 208	8 698	6 625	6 849	6 632
Art. 59 – handel	13 739	11 560	9 793	10 487	12 811
Art. 60 – niepowiadomienie o handlu	2	1	1	1	1
Art. 61 – prekursory	25	39	31	40	42
Art. 62 – posiadanie	39 088	35 490	32 976	37 349	39 388
Art. 63 – uprawa	2 116	2 083	1 931	2 245	2 200
Art. 64 – przywłaszczenie odurzających	36	25	34	163	23
Art. 68 – reklama środków	5	1	2	3	0
Razem	**72 073**	**62 725**	**54 778**	**60 400**	**64 575**

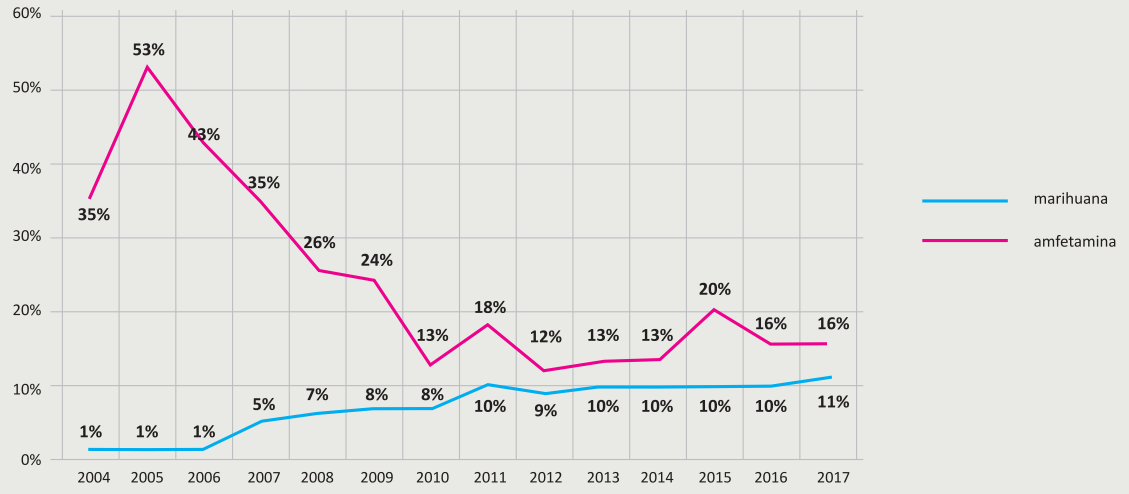
Źródło: Komenda Główna Policji.

Tabela 9.2. Liczba podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Podejrzani	2013	2014	2015	2016	2017
Art. 53 – wytwarzanie	190	165	176	190	241
Art. 54 – posiadanie, nabywanie przyrządów do produkcji	45	37	53	43	41
Art. 55 – przemyt	474	507	489	465	490
Art. 56 – wprowadzanie do obrotu	1 133	1 195	995	1 022	854
Art. 57 – przygotowanie do przemytu	24	18	27	7	12
Art. 58 – udzielanie	1 715	1 509	991	925	839
Art. 59 – handel	2 073	1 865	1 446	1 235	1 368
Art. 60 – niepowiadomienie o handlu	1	0	1	0	2
Art. 61 – prekursory	11	10	11	8	15
Art. 62 – posiadanie	21 493	22 008	21 630	24 341	25 181
Art. 63 – uprawa	1 175	1 132	1 066	1 175	1 069
Art. 64 – przywłaszczenie odurzających	20	14	22	23	9
Art. 68 – reklama środków	0	0	2	0	0
Razem	**28 354**	**28 460**	**26 909**	**29 434**	**30 121**

Źródło: Komenda Główna Policji.

Infografika 9.1. Czystość marihuany oraz amfetaminy w latach 2004-2017



Źródło: Centralne Laboratorium Kryminalne Policji.

10. Przemyt narkotyków

Według informacji Komendy Głównej Straży Granicznej główne kierunki zagrożeń przestępczością narkotykową dotyczącą przemytu od kilku lat nie ulegają większym zmianom i przedstawiają się następująco:

- przemyt ziela konopi (marihuany) do Polski odbywa się głównie z terytorium Holandii, Belgii, Niemiec oraz terytorium Czech przy wykorzystaniu w przeważającej mierze transportu drogowego (samochody osobowe, autokary rejsowe),
- przemyt narkotyków pochodzenia konopnego (marihuana, haszysz) odbywa się tzw. kanałem hiszpańskim z Maroko przez terytorium Polski i Ukrainy, Białorusi i Litwy do Rosji,
- przemyt kokainy pochodzącej z Ameryki Południowej do Polski następuje poprzez kraje Europy Zachodniej (Niemcy, Holandię),
- przemyt środków farmaceutycznych, półproduktów anabolików odbywa się w przesyłkach pocztowych Cargo poprzez przesyłanie gotowych produktów do USA, Wielkiej Brytanii oraz innych państw Unii Europejskiej,
- organizowanie na terytorium Polski nielegalnych laboratoriów narkotykowych (metamfetaminowych) i upraw konopi innych niż włókniste przez zorganizowane grupy przestępcze składające się także z obywateli państw azjatyckich.

Polska jest nie tylko producentem, ale również odbiorcą narkotyków syntetycznych, takich jak amfetamina w postaci płynnej czy MDMA. Substancje te pochodzą z laboratoriów znajdujących się w Holandii i Belgii. Nadal jednym z głównych kierunków przemytu polskiej amfetaminy są kraje skandynawskie. Polska amfetamina jest w Skandynawii popularna i poszukiwana z uwagi na jej wysoką czystość. Zasadniczym powodem wyboru określonego kierunku przemytu są względy ekonomiczne. Polskie grupy przestępcze wybierają takie kraje, jak Szwecja, Dania, Norwegia, ponieważ cena narkotyków na tamtejszych rynkach jest wyższa niż w innych krajach Unii Europejskiej.

11. Skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Według danych z Ministerstwa Sprawiedliwości w 2016 roku 7% skazanych w Polsce były to osoby skazane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Spośród 8 095 skazanych za przestępstwa narkotykowe 5 639 osób otrzymało karę w zawieszeniu. Wśród osób skazanych z wyrokiem w zawieszeniu 2 521 osób miało dozór. Najczęściej orzekany wymiar kar to był 1 rok pozbawienia wolności (2 303 osób), w tym 82% skazań to były wyroki w zawieszeniu.

Tabela 11.1. Skazani prawomocnie przez sądy

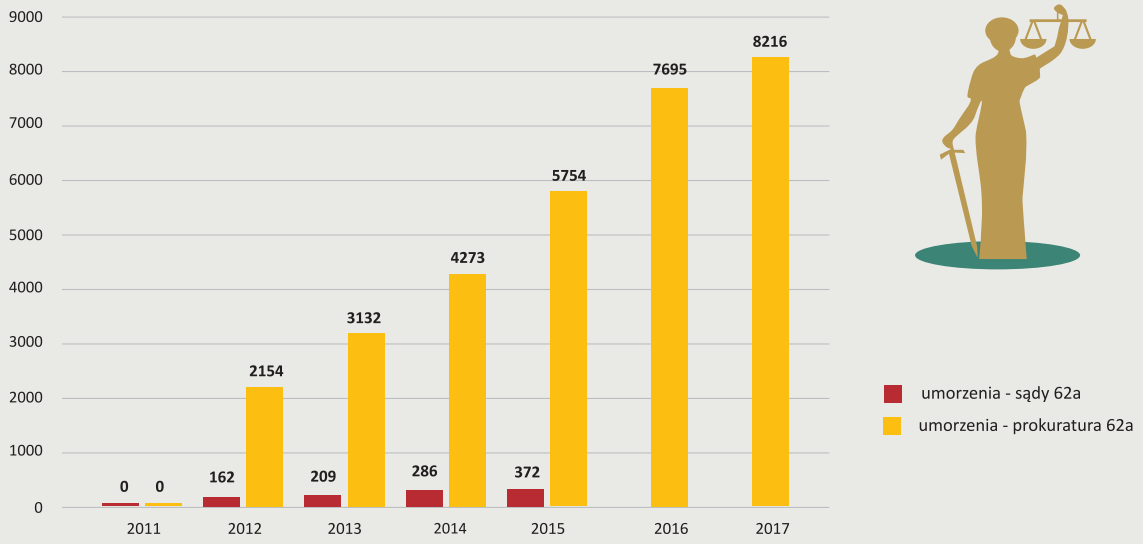
	Skazani prawomocnie przez sądy		Skazani na karę pozbawienia wolności z ustawy narkotykowej		
	Wszyscy skazani	Skazania z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii	Wszyscy skazani	Bez zawieszenia	Z zawieszeniem
1999	207 607	2 264	1 865	420	1 445
2000	222 815	2 878	2 428	572	1 856
2001	315 013	4 300	3 802	1 024	2 778
2002	365 326	6 407	5 417	1 282	4 133
2003	415 533	9 815	7 785	1 489	6 296
2004	512 969	16 608	12 417	2 308	10 109
2005	503 909	20 164	14 249	2 085	12 164
2006	462 937	20 381	15 383	2 355	13 028
2007	426 377	20 801	15 475	2 118	13 357
2008	421 051	20 631	15 165	2 390	12 775
2009	415 272	20 024	14 739	2 188	12 551
2010	432 891	20 601	14 837	2 278	12 559
2011	423 464	21 049	14 437	2 163	12 274
2012	408 107	19 226	13 131	2 019	11 112
2013	353 208	18 189	12 321	1 837	10 484
2014	295 353	17 464	11 155	1 738	9 417
2015	260 034	16 402	10 122	1 819	8 303
2016	289 512	19 446	8095	2457	5639

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

12. Rozwiązania alternatywne do karania

Po kilku latach stosowania regulacji art. 62a należy zauważyć, że zakres praktycznego zastosowania tego przepisu przez ograny prokuratury jest szeroki. W pierwszym roku obowiązywania omawianej normy prawnej prokuratorzy umorzyli łącznie 2 154 postępowań. Najnowsze dane za 2017 rok odnotowują ponad 8 000 przypadków (infografika 12.1).

Infografika 12.1. **Dane w zakresie umorzeń na mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Sądy Rejonowe. Umorzenia na podst. art. 62a - prokuratura.**



Art. 62a. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

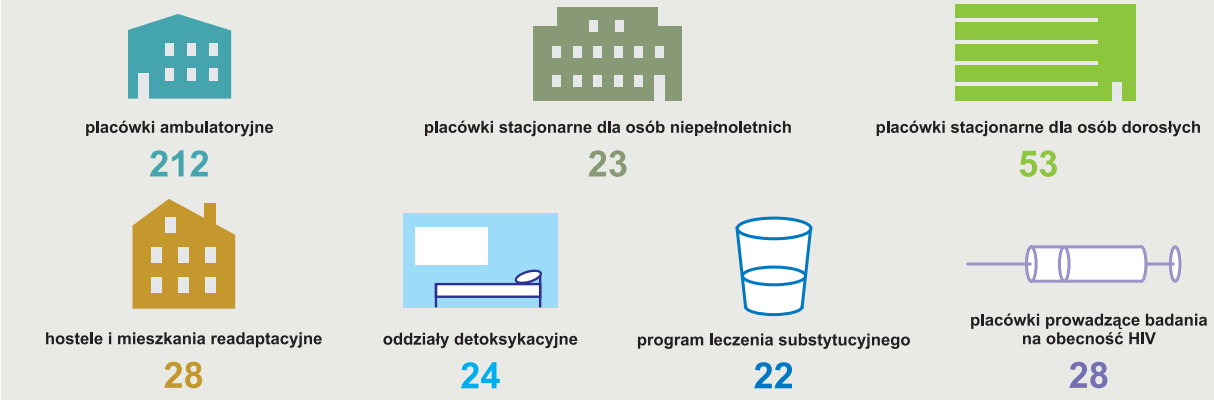
13. System leczenia osób uzależnionych od narkotyków

Zgodnie z art. 26 pkt. 5 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, świadczenia w zakresie leczenia, rehabilitacji i reintegracji są udzielane osobie uzależnionej bezpłatnie, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków zorganizowane jest na podstawie dostępu do sieci placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, które posiadają status publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podstawowym ogniwem pierwszej interwencji i pomocy psychologicznej są placówki ambulatoryjne, przede wszystkim Poradnie Profilaktyki i Leczenia Uzależnień. Placówki stacjonarne w większości zlokalizowane są poza obszarami miejskimi i realizują programy leczniczo-rehabilitacyjne, opierając się na modelu społeczności terapeutycznej. W Polsce, według ostatnich danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii opublikowanych w VIII edycji informatora „Narkomania – gdzie szukać pomocy?" działa 76 ośrodków stacjonarnych oraz 212 placówek ambulatoryjnych. Ponadto świadczenia dla osób uzależnionych od narkotyków udzielają: oddziały

detoksykacyjne, dzienne ośrodki leczenia uzależnień, oddziały leczenia uzależnień w strukturach szpitala, programy redukcji szkód, oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych w zakładach karnych oraz programy reintegracji społecznej. Wybrane ośrodki świadczą także usługi dla pacjentów z podwójną diagnozą.

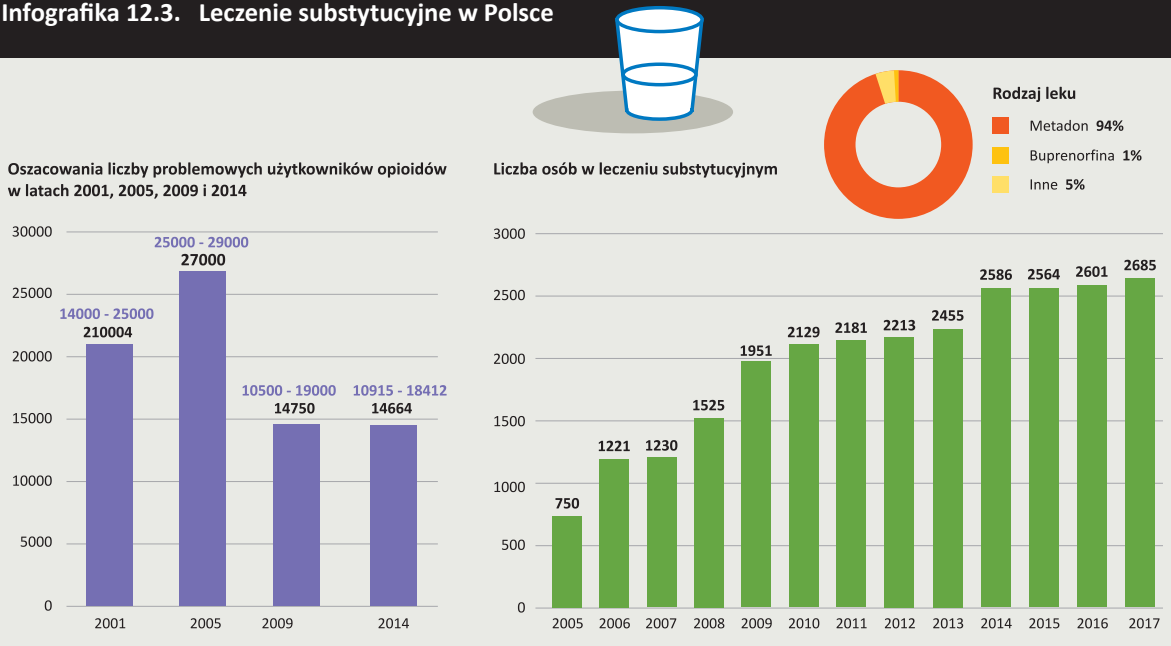
W 2017 roku leczeniem substytucyjnym objęto 2 685 pacjentów w 20 programach prowadzonych przez zakłady opieki zdrowotnej i w programach prowadzonych w więzieniach. Leczenie substytucyjne obejmuje około 18% problemowych użytkowników opioidów.

Infografika 12.2. Leczenie osób uzależnionych w Polsce



Źródło: Informator KBPN „Gdzie szukać pomocy", 2017.

Infografika 12.3. Leczenie substytucyjne w Polsce



Źródło: IPiN.

Źródło: KBPN.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z 2016 roku największe kwoty zostały przeznaczone na leczenie stacjonarne: 166 276 512 zł. W o wiele mniejszym stopniu finansowane było leczenie ambulatoryjne (61 210 375 zł). Trzykrotnie mniejsze kwoty wydatkowano na leczenie substytucyjne (21 838 690 zł), a najmniejsze środki zostały przeznaczone na leczenie dzienne (8 075 183 zł).

14. Profilaktyka, edukacja oraz informacja

W Polsce działania profilaktyczne są realizowane w ramach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ). Ważnym elementem NPZ jest zwiększony nacisk na poprawę jakości programów profilaktycznych. W Polsce działania profilaktyczne są realizowane przez wiele podmiotów, w tym przede wszystkim przez jednostki administracji rządowej (właściwe ministerstwa i podległe agencje), samorządy lokalne i regionalne oraz organizacje pozarządowe.

Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) i Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) wspierają szkoły i placówki w realizacji działalności wychowawczo-profilaktycznej, której częścią są zadania z zakresu profilaktyki narkomanii. Działalność MEN dotyczy legislacji, oceny prawidłowości prowadzenia działań w szkołach w ramach nadzoru pedagogicznego oraz przygotowania nauczycieli do ich realizacji, wsparcia rodziców w profilaktyce domowej.

Główne cele działań z zakresu narkomanii dotyczą:

- zmniejszania poziomu używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież, wzrostu kompetencji rodziców do prowadzenia profilaktyki domowej oraz ich zaangażowanie w działania profilaktyczne w szkołach w ramach programu wychowawczo-profilaktycznego,
- wzrostu kompetencji profilaktycznych nauczycieli w zakresie podejmowania działań opartych na skutecznych strategiach profilaktycznych lub z wykorzystaniem rekomendowanych programów profilaktycznych[1] (*evidence-based practice*),
- podejmowania przez szkołę lub placówkę własnych działań profilaktyki narkomanii wynikających z diagnozy czynników ryzyka i czynników chroniących, poddanych wewnętrznej ocenie skuteczności,
- systematycznego podnoszenia jakości działań profilaktycznych w szkołach i placówkach, we współpracy z jednostką samorządu terytorialnego w ramach rozwiązywania problemów narkomanii w środowisku lokalnym.

W 2015 roku Minister Edukacji Narodowej wydał rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii[2], które w 2018 roku zostało znowelizowane[3]. W rozporządzeniu przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym podstawę

1 Instytucje: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dokonują oceny programów i dobrych praktyk. Programy są badane pod kątem spełniania standardów odnoszących się do jakości programu jako całości, a także poszczególnych etapów jego realizacji, tj. etapu diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania i oceny efektów programu w trakcie ewaluacji.

2 Dz.U. z 2015 r. poz. 1249.

3 Dz.U. z 2018 r. poz. 214.

podejmowania działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej stanowi diagnoza szeroko rozumianej sytuacji szkoły lub placówki pod kątem zagrożeń narkomanią. Postawienie trafnej diagnozy czynników chroniących i czynników ryzyka jest kluczowym elementem, który umożliwia adekwatne dostosowanie oferty podejmowanej działalności do potrzeb określonej grupy odbiorców. Celem nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia, poza dostosowaniem przepisów, było również zwrócenie szczególnej uwagi na zagrożenia związane z używaniem środków zastępczych (tzw. dopalaczy) i nowych substancji psychoaktywnych. W regulacji zaakcentowano potrzebę współpracy szkół z policją oraz państwowymi wojewódzkimi i powiatowymi inspektorami sanitarnymi, ze względu na ich doświadczenie w prowadzeniu działań profilaktycznych dotyczących środków zastępczych. Działania z zakresu profilaktyki narkomanii stanowią część działań ujętych w programie wychowawczo-profilaktycznym szkoły lub placówki.

W podstawie programowej kształcenia ogólnego[4] na każdym etapie edukacyjnym wpisano zadania wychowawczo-profilaktyczne szkoły, uwzględniane odpowiednio w programach nauczania podczas realizacji zajęć z wychowawcą. Zagadnienia dotyczące kształtowania zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania narkomanii zawarto w podstawach programowych wielu przedmiotów, m.in. wychowania fizycznego, przyrody, biologii, chemii, wychowania do życia w rodzinie, etyce. Zagadnienia te zostały ujęte również w edukacji zdrowotnej realizowanej na wszystkich poziomach kształcenia.

Ośrodek Rozwoju Edukacji[5] przygotował bogatą ofertę edukacyjno-informacyjną zawierającą: poradniki, informatory, programy, scenariusze zajęć z uczniami i rodzicami oraz ofertę doskonalenia zawodowego nauczycieli z tej problematyki. Materiały i oferta szkoleń zostały udostępnione na stronie: www.ore.edu.pl.

Interwencje profilaktyczne obejmują szeroki zakres komplementarnych podejść. Profilaktyka środowiskowa i uniwersalna jest ukierunkowana na całe populacje, natomiast selektywna adresowana jest do grup wrażliwych, które mogą być w większym stopniu narażone na problemy związane z używaniem substancji, a profilaktyka wskazująca koncentruje się na osobach z grup ryzyka.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) wspierało rozpowszechnianie programu „Unplugged", uniwersalnego programu profilaktyki uzależnień od narkotyków skierowanego do uczniów w wieku 12-14 lat, w wymiarze ogólnokrajowym. Ocena tego programu w Polsce wykazała jego pozytywny wpływ na zmniejszenie spożycia konopi i alkoholu poprzez minimalizowanie pozytywnych przekonań i postaw dotyczących substancji uzależniających oraz poprawę wiedzy i kompetencji wśród rodziców.

W ramach działań informacyjnych i edukacyjnych w 2017 roku opracowano i dystrybuowano szereg materiałów oraz prowadzono kilka stron internetowych. Materiały były umieszczone na stronie KBPN w sekcji wydawnictwa: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=110639. Wydano m.in. broszurę „O narkotykach bez przesady". Publikacja jest skierowana do młodzieży i zawiera 26 tekstów, które zostały opublikowane w latach 2015-2017 w serwisie KBPN: www.dopalaczeinfo.pl.

---

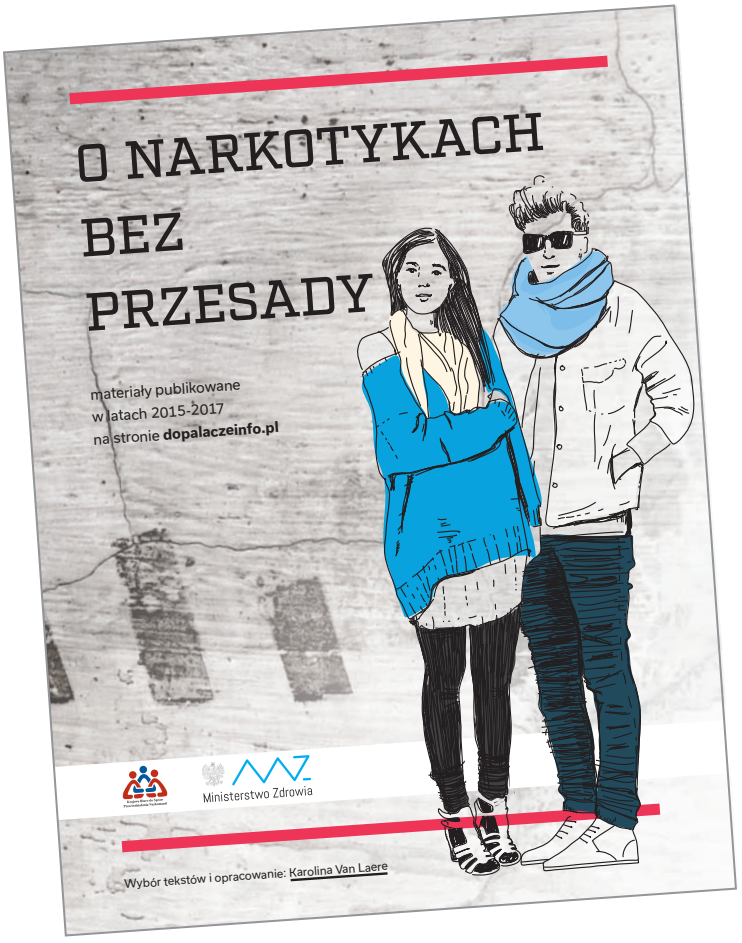
4 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. poz. 356).

5 Ośrodek Rozwoju Edukacji jest publiczną placówką doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym prowadzoną przez Ministra Edukacji Narodowej.

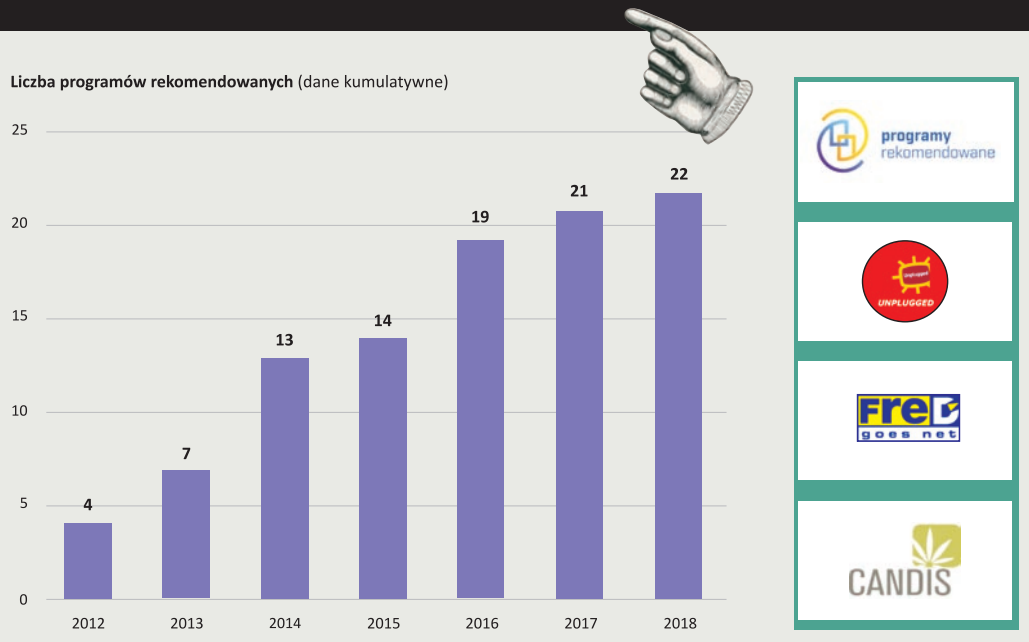
Wydano także VIII edycję informatora „Narkomania – gdzie szukać pomocy?" zawierającego bazę placówek pomocowych (http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=7768550). W ramach popularyzacji programu „FreD goes net" działała strona internetowa: www.programfred.pl. Wydano i dystrybuowano także ulotkę promującą program „FreD goes net" pt. „Skieruj do programu!" (http://programfred.pl/ulotka_promujaca_program-fred-goes-net). Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach promocji programu CANDIS na bieżąco administruje stronę internetową poświęconą projektowi: www.candisprogram.pl, gdzie można znaleźć kontakty do osób wdrażających program CANDIS.

W 2017 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zrealizowano 44 programy profilaktyki selektywnej. Adresatami działań profilaktycznych były dzieci i młodzież, a także tzw. młodzi dorośli do 25. roku życia, którzy są narażeni na działanie czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, środowiskowych), związanych z podejmowaniem zachowań ryzykownych. Były to: „dzieci ulicy", niepełnoletnie osoby zagrożone przestępczością i demoralizacją, popełniające czyny karalne, dzieci i młodzież zagrożone wykluczeniem społecznym, uzależnieniem, eksperymentujące z narkotykami, okazjonalnie używające narkotyków. Program wczesnej interwencji „FreD goes net" był realizowany w ponad 30 miastach w Polsce. Miał on na celu ograniczanie czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym; poprawę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego; kształtowanie adekwatnych przekonań normatywnych dotyczących narkotyków; pokonywanie sytuacji kryzysowych związanych z narkotykami; promocję postaw prozdrowotnych. W 2017 roku zrealizowano 41 programów profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków. Programy te realizowano głównie w większych miastach Polski. Ukierunkowane były na osiągnięcie i utrzymanie abstynencji narkotykowej; zapobieganie rozwojowi uzależnienia od substancji psychoaktywnych; ograniczenie częstości używania lub zmianę wzorów używania substancji; kształtowanie adekwatnych przekonań normatywnych dotyczących narkotyków oraz promocję postaw prozdrowotnych; rozwiązywanie sytuacji kryzysowych związanych z używaniem narkotyków.

W 2017 roku realizowano działania mające na celu promocję systemu rekomendacji, a także upowszechnienie informacji na temat standardów programów profilaktycznych i poszczególnych programów rekomendowanych. Aktualnie baza programów, dostępna na stronie www.programy-rekomendowane.pl, zawiera 22 programy profilaktyczne i promocji zdrowia psychicznego.



Infografika 14.1. System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia



Źródło: KBPN.

W 2017 roku zrealizowano 29 programów ze środków KBPN, które były ukierunkowane na pomoc rodzinom osób używających narkotyków. Działania te obejmowały: zajęcia edukacyjno-informacyjne dla rodzin na temat mechanizmów uzależnienia i współuzależnienia, poradnictwo rodzinne, interwencje kryzysowe, grupy wsparcia dla rodzin, warsztaty umiejętności wychowawczych, pomoc/konsultacje prawne. W ramach pomocy rodzinie dofinansowano realizację programów o potwierdzonej skuteczności i wpisanych do bazy programów rekomendowanych, takich jak: „Program Wzmacniania Rodziny 10-14" oraz „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców". Efektem przeprowadzonych działań było zwiększenie poziomu wiedzy rodziców na temat uzależnień i współuzależnienia, pogłębienie umiejętności rozwiązywania problemów i rozwój umiejętności wychowawczych.

W 2017 roku kontynuowano prowadzenie serwisu internetowego www.programyrekomendowane.pl, poświęconego programom rekomendowanym. Serwis przeznaczony jest dla osób, które prowadzą działania profilaktyczne w swojej pracy z dziećmi i młodzieżą, oraz dla autorów programów profilaktycznych.

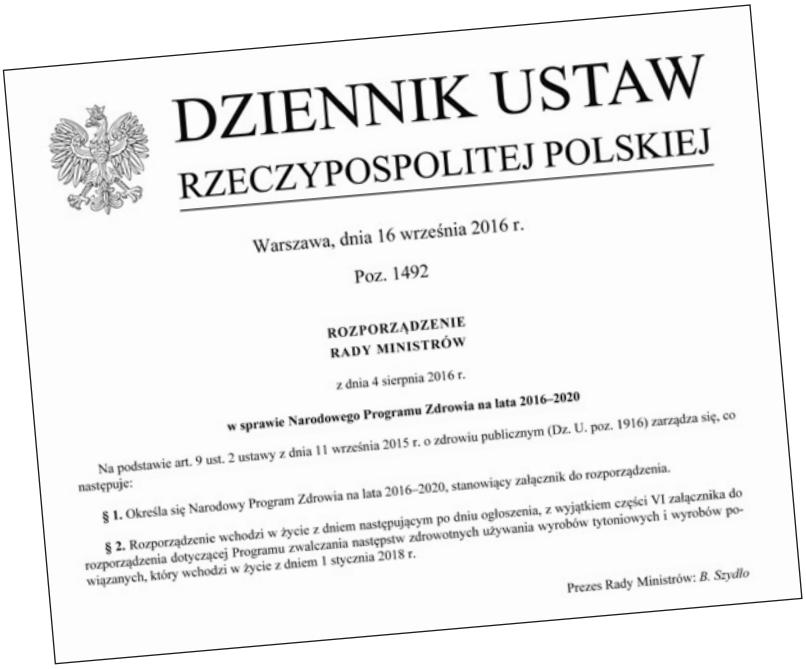
15. Redukcja szkód

Programy redukcji szkód są realizowane w Polsce od 1992 roku, a od 2011 roku ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych zostało ujęte w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii jako jeden z elementów polityki społecznej w obszarze przeciwdziałania narkomanii. W 2017 roku realizowano 12 programów redukcji szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych, które zajmowały się wymianą igieł i strzykawek. Programy były prowadzone głównie w większych miastach Polski: Warszawie, Częstochowie, Krakowie, Jeleniej Górze, Puławach, Wrocławiu, Chorzowie oraz w Zgorzelcu. Projekty były wdrażane na ulicach, dworcach, „bajzlach", w punktach stacjonarnych (tzw. drop in), noclegowniach dla uzależnionych. Programy obejmowały, oprócz wymiany sprzętu do iniekcji oraz rozdawania prezerwatyw i środków czystości, także nawiązanie kontaktu z klientami, działalność informacyjną i motywującą do leczenia. W 2017 roku wydano prawie 60 000 strzykawek, a programami objęto 1 726 odbiorców w 10 miastach.

16. Ramy prawne przeciwdziałania narkomanii

Działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii w Polsce określa Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku, która była później kilka razy nowelizowana. Ostatnie zmiany z lipca 2018, które weszły w życie 21 sierpnia, wprowadziły dość zasadnicze zmiany w sposobie wprowadzania nowych substancji pod kontrolę. Nowe rozwiązania prawne umożliwiają delegalizację substancji psychoaktywnych za pomocą rozporządzenia Ministra Zdrowia, co znacznie przyśpieszy delegalizację nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). Ponadto zostały wprowadzone grupy generyczne. Oznacza to, że będzie możliwe kontrolowanie całych grup chemicznych substancji, a nie jak do tej pory – każdej substancji oddzielnie. Wpisanie bowiem takiej substancji na listę substancji kontrolnych wymagało nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Definicje generyczne zaproponowane przez ustawodawcę w Polsce wydają się obejmować wyczerpującą listę modyfikacji nowych substancji w ramach czterech grup: pochodne 2-fenyloetyloaminy – grupa I-NSP; pochodne katynonu (2-amino-1-fenylopropan-1-onu) – grupa II-NSP; syntetyczne kannabinoidy (kannabinomimetyki) – grupa III-NSP; pochodne fentanylu grupy IV-NSP. Listę nielegalnych substancji psychoaktywnych zawiera nowy akt prawny Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 sierpnia 2018 roku w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, które weszło w życie 21 sierpnia. W rozporządzeniu, oprócz wyżej wymienionych grup, znalazło się również 31 nowych substancji psychoaktywnych oraz wszystkie kontrolowane dotychczas substancje, w tym ponad 160 substancji i roślin zdelegalizowanych od 2008 roku. Opublikowanie rozporządzenia było konieczne, ponieważ nowelizacja ustawy wyłączyła listy substancji kontrolowanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W nowej ustawie będą one publikowane w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Nowe rozwiązania zachowały Zespół ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia związanych z używaniem NSP, który rekomenduje ministrowi zdrowia objęcie kontrolą NSP. Wcześniejsze rozwiązania oparte na prawie indywidualnym, czyli wpisywania każdej substancji oddzielnie okazywały się zbyt powolne w stosunku do dynamicznie rozwijającego się rynku nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. Dla przykładu warto wspomnieć, że ostatnia delegalizacja 114 nowych substancji psychoaktywnych miała miejsce w 2015 roku (czyli trzy lata temu), a w miejsce kontrolowanych substancji po-

jawiły się kolejne w ofercie sklepów internetowych, stacjonarnych, jak również oferowanych przez dilerów. Kolejną zasadniczą zmianą w systemie prawnym dotyczącym uzależnień były rozwiązania odnoszące się do krajowej strategii przeciwdziałania narkomanii, czyli ujęcie programu przeciwdziałania narkomanii w szerszym wymiarze: Narodowym Programie Zdrowia. Od 2015 roku obowiązuje ustawa o zdrowiu publicznym, a od 2016 roku Narodowy Program Zdrowia (NPZ), którego cel operacyjny numer 2 dotyczy przeciwdziałania uzależnieniom. NPZ na lata 2016–2020 obejmuje w swoim zakresie zagadnienie uzależnień oraz przeciwdziałania różnym substancjom psychoaktywnym (od tytoniu, przez alkohol, po substancje nielegalne). Uchwalenie NPZ wprowadziło zasadnicze zmiany, bo tematyka uzależnień została ujęta w szerszym kontekście zdrowia publicznego. Wcześniej działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii określane były w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii (ostatni program obejmował lata 2011–2016), który obecnie w nowej formie stanowi część NPZ. Podobne zmiany zaszły w przypadku rozwiązywania problemów alkoholowych, które także są obecnie elementem NPZ. Zagadnienia dotyczące substancji zarówno legalnych, jak i nielegalnych zostały ujęte w jednym programie. Warto wspomnieć, że ustanowiona została Rada ds. Zdrowia Publicznego, która funkcjonuje od 24 lutego 2016 roku. Rada wspiera międzysektorową politykę zdrowia publicznego i stanowi forum współpracy w tym obszarze. Pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra zdrowia.



DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 16 września 2016 r.

Poz. 1492

ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW

z dnia 4 sierpnia 2016 r.

w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem części VI załącznika do rozporządzenia dotyczącej Programu zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Prezes Rady Ministrów: *B. Szydło*

17. Działania samorządu w przeciwdziałaniu narkomanii

Jedna z czterech kluczowych reform przeprowadzona w Polsce w 1999 roku, dotycząca administracji samorządowej, miała na celu zwiększenie kompetencji samorządu terytorialnego. Ponadto, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001 wyznaczył po raz pierwszy zadania dla jednostek samorządu terytorialnego. Na mocy Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii gminy rozpoczęły wykorzystywanie środków z pozwoleń na sprze-

daż alkoholu na działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Jednostki samorządu terytorialnego zostały również zobowiązane do opracowania i wdrożenia gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Ponadto w Krajowym Programie od 2006 roku znajdują się zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii do realizacji przez samorząd lokalny.

W 2017 roku 1 326 gmin wspierało programy profilaktyki uniwersalnej (71% spośród tych, które nadesłały sprawozdanie w 2017 roku). W większym stopniu finansowane były działania edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży na temat zagrożeń wynikających z używania narkotyków i NSP. Tego typu działania podejmowało 1 397 gmin (75%). Dane o zakresie podejmowanych działań w latach 2015–2017 zawiera tabela 17.1.

Tabela 17.1. Dane dotyczące finansowania przez gminy programów profilaktyki uniwersalnej w latach 2015–2017 w ramach realizacji programu przeciwdziałania narkomanii

	2015	2016	2017
Liczba szkół realizujących programy profilaktyki uniwersalnej	10 182	10 171	9 879
Liczba placówek systemu oświaty innych niż szkoły realizujących programy profilaktyki uniwersalnej	1 765	1 653	2 686
Liczba osób objętych programami profilaktyki uniwersalnej	1 624 897	1 567 511	1 203 886

Źródło: Sprawozdania Krajowego Biura z realizacji KPPN.

W 2017 roku 191 gmin wpierało programy wczesnej interwencji i programy profilaktyki selektywnej, adresowane do środowisk zagrożonych, a 92 gminy programy profilaktyki wskazującej. W efekcie prowadzonych działań profilaktyką wskazującą i selektywną objęto 49 212 osób.

Tabela 17.2. Działania gmin dotyczące finansowanych przez gminy programów profilaktyki selektywnej i wskazującej w latach 2015–2017 w ramach realizacji programu przeciwdziałania narkomanii

	2015	2016	2017
Liczba osób objętych działaniami	107 393	134 170	49 212

Źródło: Sprawozdania Krajowego Biura z realizacji KPPN.

Od wielu lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii promuje realizację programów rekomendowanych. Informacje na temat tych programów są dostępne na stronie: www.programyrekomendowane.pl. Spośród programów profilaktyki, które uzyskały rekomendacje KBPN, IPiN, ORE i PARPA, samorządy gmin najczęściej finansowały realizację programu „Archipelag Skarbów" (161 gmin) oraz „Program domowych detektywów" (153 gminy). Szczegółowe dane na temat programów rekomendowanych finansowanych przez gminy w 2017 roku zawiera tabela 17.3.

Tabela 17.3. Działania gmin dotyczące finansowanych w 2017 roku przez gminy rekomendowanych programów profilaktyki uniwersalnej

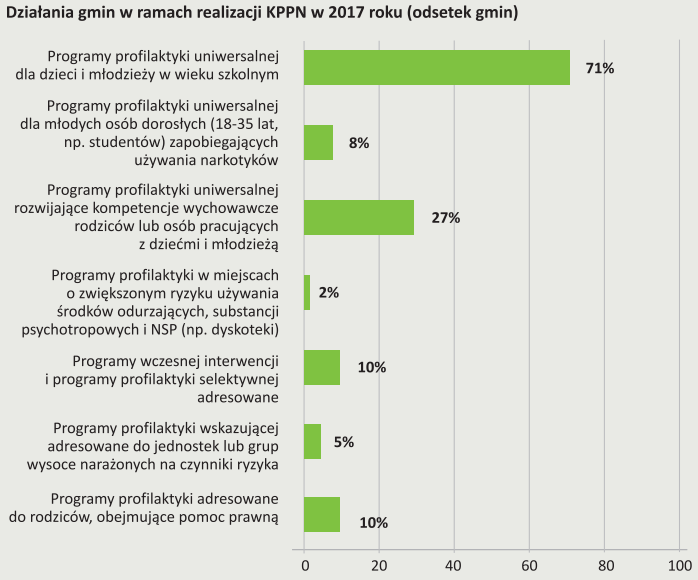
	Liczba gmin	Odsetek	Liczba szkół i placówek systemu oświaty	Liczba odbiorców
„Archipelag Skarbów", program koordynowany przez Fundację Homo Homini im. Karola de Foucauld i Fundację Instytut Profilaktyki Zintegrowanej	161	9	392	48 785
„Fantastyczne Możliwości", program koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii	27	2	52	2 453
Program Domowych Detektywów, koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii	153	8	534	24 297
Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon, koordynowany przez Stowarzyszenie Epsilon	25	1	242	32 754
Program Wzmacniania Rodziny 10-14, koordynowany przez Fundację Maraton	24	1	Nie dotyczy	1 948
„Przyjaciele Zippiego", program koordynowany przez Centrum Pozytywnej Edukacji	105	6	253	8 472
Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, program koordynowany przez Ośrodek Rozwoju Edukacji	81	4	Nie dotyczy	1 878
„Laboratorium Wiedzy Pozytywnej", program koordynowany przez Stowarzyszenie Monar	14	1	18	1 098
„Spójrz inaczej" dla klas 1-3, koordynowany przez Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki „Spójrz inaczej"	125	7	347	27 319
„Spójrz inaczej" dla klas 4-6, koordynowany przez Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki „Spójrz inaczej"	116	6	361	17 997
Program „Trzy Koła", koordynowany przez Fundację Wychowawców i Rodziców „Prom"	21	1	83	2 030
Program Profilaktyczny „Debata", koordynowany przez Krzysztofa Wojcieszka	101	5	377	20 913
Program „Unplugged", koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ośrodek Rozwoju Edukacji	63	3	600	8 900
„Fred goes net", program koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	49	3	Nie dotyczy	2 406
Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej, realizowany przez Fundację Praesterno	5	0,3	Nie dotyczy	568

Szkolna Interwencja Profilaktyczna, koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji	33	2	134	7326
Środowiskowa Profilaktyka Uzależnień, program realizowany przez Towarzystwo Nowa Kuźnia	3	0,2	Nie dotyczy	112
Program wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych, koordynowany przez Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Zakład Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną	12	0,6	13	152
Program wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nielubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych, koordynowany przez Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Zakład Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną	6	0,3	4	231
Nauki Program Zachowania, koordynowany przez Niepubliczny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli SOPHIA	8	0,4	15	239

Źródło: Sprawozdania gmin z realizacji KPPN przesłane do KBPN.

Infografika 17.1. Realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Od 2005 roku jednostki samorządu terytorialnego zostały zobligowane do opracowywania gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Według danych z 2017 roku Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii został opracowany w 955 gminach, 868 gmin opracowało wspólny (razem z rozwiązywaniem problemów alkoholowych) Gminny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom. W 2017 jednostki samorządu terytorialnego wydały 39 391 000 złotych w ramach gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.



Gminy	51 557 299,00	49 220 415,00	58 689 240,00	64 448 741,00	65 090 949,00	79 790 471,00	75 147 723,00	36 701 710,90	36 318 156,00	40 354 128,74
Urzędy Marszałkowskie	2 493 070,81	4 430 866,27	3 774 112,58	6 558 223,00	5 217 518,09	6 184 134,24	7 104 209,01	5 122 541,10	6 161 591,58	7 022 077,24
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015

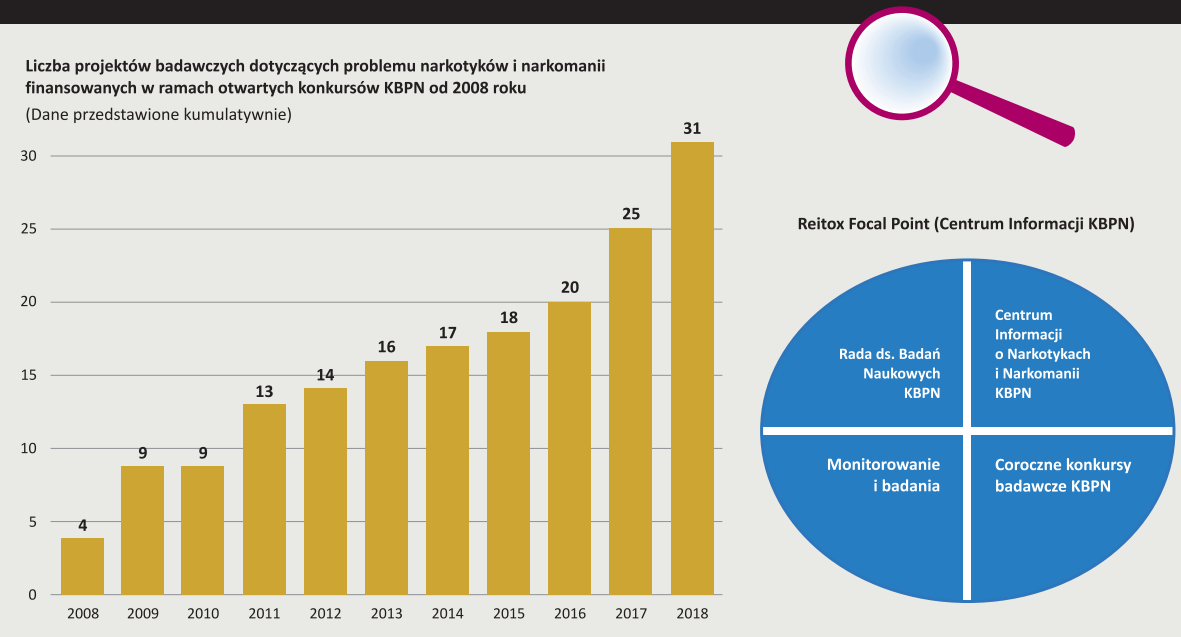
Źródło: 2006-2012 Sprawozdanie z KBPN, 2013-2015 dane Ministerstwa Finansów.

18. Badania i monitorowanie

Jednym z zadań realizacji 2 celu operacyjnego pn. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów w odniesieniu do nadużywania substancji, uzależnień behawioralnych i innych ryzykownych zachowań" Narodowego Programu Zdrowia, który obowiązuje od 2016 roku na mocy Ustawy z dnia 15 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, jest zadanie 2.5. Obejmuje ono monitorowanie sytuacji epidemiologicznej dotyczącej środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych, w tym finansowania badań naukowych w dziedzinie narkotyków i narkomanii. KBPN pozostaje głównym podmiotem zlecającym i finansującym realizację badań w dziedzinie narkotyków i narkomanii, chociaż Komitet Badań Naukowych również zapewnia finansowanie badań związanych z narkotykami i narkomanią.

Projekty badawcze realizowane są także w oparciu o granty przyznawane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz programy międzynarodowe. KBPN wspiera badania nad narkotykami i narkomanią, ogłaszając co roku otwarty konkurs badawczy, w którym zainteresowane podmioty mogą składać swoje projekty badawcze. Działalność naukowa w zakresie narkotyków i narkomanii wpisuje się w działania statutowe wielu instytucji, jak np. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Higieny. Ponadto uniwersytety i agencje badawcze również realizują projekty badawcze. Wyniki badań są rozpowszechniane za pośrednictwem czasopism naukowych, stron internetowych i działań Reitox Focal Point (Centrum Informacji KBPN), które obejmują również publikację artykułów w pismach branżowych, na poświęconej tym zagadnieniom stronie internetowej, udział w konferencjach czy publikacje wyników badań, jak np. projektu I-TREND (https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1280468).

Infografika 18.1. Działania KBPN w obszarze badań i monitorowania problemu narkotyków i narkomanii



Źródło: CINN KBPN.

Liczba projektów badawczych realizowanych w ramach konkursów badawczych przedstawiona jest na infografice 18.1. Ponadto co roku finansowane są również projekty badawcze w ramach prowadzonego monitorowania problemów narkotyków i narkomanii, np. badania prowadzone wśród młodzieży szkolnej czy w populacji generalnej. W 2018 roku zlecono do realizacji 12 projektów badawczych dotyczących narkotyków czy nowych substancji psychoaktywnych, w tym 8 projektów w ramach konkursu z Narodowego Programu Zdrowia. Wyniki badań prezentowane są na stronie internetowej Centrum Informacji KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal.

Ważnym podmiotem w obszarze badań jest Rada ds. Badań Naukowych KBPN, która została ustanowiona przez dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2011 roku. Rada jest ciałem doradczym i opiniotwórczym. Składa się z 7 członków, mianowanych ze względu na ich wiedzę i doświadczenie w zakresie badań związanych z uzależnieniami. Odpowiada za inicjowanie badań, określanie potrzeb i priorytetów w dziedzinie uzależnień. W ramach zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia, Rada inicjuje i wspiera badania naukowe w zakresie redukcji popytu i podaży na rynku narkotykowym.

19. Internet a narkotyki

Zjawisko nowych substancji psychoaktywnych od momentu rozpoczęcia swojego dynamicznego rozwoju było blisko związane z internetem. Analiza źródeł internetowych wskazuje, że polskojęzyczny internet posiada dość dużą liczbę sklepów oferujących produkty zawierające nowe substancje psychoaktywne. Jeden z elementów projektu I-TREND poświęcony był monitorowaniu sklepów internetowych[1]. Analizy wykazały, że w maju 2014 roku funkcjonowały 72 polskojęzyczne sklepy internetowe, oferujące nowe substancje psychoaktywne. Sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych prowadzona jest nie tylko za pomocą sklepów on-line, ale również w tzw. darknecie. W zakres sieci ukrytej (czyli darknet) wchodzą wszelkie strony niedostępne z poziomu tradycyjnych wyszukiwarek internetowych, czyli strony bankowe, strony wymagające logowania, zasoby uniwersytetów oraz inne niepubliczne bazy danych firm czy np. media społecznościowe. Silk Road (jedwabny szlak) był najbardziej popularną platformą do sprzedaży narkotyków, która została zamknięta przez FBI. Model biznesowy zakładający wykorzystanie zapewniających anonimowość płatności za pośrednictwem kryptowaluty bitcoin, oceny oferentów przez kupujących (jak na wielu legalnie funkcjonujących serwisach aukcyjnych) został potem powielony w wielu innych sklepach oferujących towary i usługi w ramach czarnego rynku. Jak wskazują analizy (uzup. źródła) zamknięcie Silk Road zaskutkowało pojawieniem się wielu, podobnych giełd internetowych, oferujących substancje psychoaktywne. Następstwem nowych zmian prawnych wprowadzonych w Polsce w sierpniu 2018 roku może być przeniesienie rynku „dopalaczy" do tzw. darknetu, gdzie działają ukryte giełdy oferujące do sprzedaży nielegalne substancje na podobnej zasadzie jak działa portal np. Allegro. Według analizy EMCDDA w internecie jest około 100 takich nielegalnych kryptorynków. Jednakże w ostatnim czasie policja odnotowała sukcesy w zwalczaniu kryptorynków (darknet market), bowiem w 2017 roku jedne z dwóch największych kryptorynków – Hansa oraz AlphaBay zostały przez nią zamknięte.

1 Martinez, M.,Kmetanyova, D., Belackova, V. (2016), 'A method of exploring the number of online shops selling new psychoactive substances: initial I-trend project results', The internet and drug markets (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction:Insight 21), Publication Office of European Union, Luxembourg.

20. Podsumowanie i wnioski

- W polskim społeczeństwie konsumpcja napojów alkoholowych jest o wiele bardziej rozpowszechniona niż używanie narkotyków. Ponadto skala używania narkotyków w Polsce na tle innych krajów UE nie jest duża.

- W przypadku używania narkotyków w populacji generalnej marihuana jest o wiele bardziej rozpowszechniona niż pozostałe nielegalne substancje psychoaktywne. Jednakże dane dotyczące młodzieży wymagają uwagi specjalistów, ponieważ odsetek użytkowników marihuany w tej grupie znajduje się powyżej średniej europejskiej (wyniki badania ESPAD).

- Dane dotyczące zgłaszalności do leczenia wskazują na najwyższy odsetek osób zgłaszających się do leczenia z powodu marihuany.

- Najnowsze dane mogą wskazywać na zmniejszanie się liczby zgonów z powodu narkotyków, jak również liczby zakażeń z powodu iniekcyjnego używania narkotyków. Jednakże warto podkreślić niepokojące sygnały dotyczące zagrożenia śmiertelnymi przedawkowaniami z powodu nowych opioidów z grupy nowych substancji psychoaktywnych.

- Ostatnie dane pokazują potencjalne problemy związane z metamfetaminą – wzrasta odsetek osób podejmujących leczenie z powodu tej substancji, jak również ilość zabezpieczonych narkotyków.

- Liczba problemowych użytkowników narkotyków pozostaje na stałym poziomie z jednym z niższych wskaźników na 100 tysięcy mieszkańców w Europie.

- Polakom częściej zdarza się prowadzić samochód lub inny pojazd mechaniczny pod wpływem alkoholu niż narkotyków, jednakże różnice w odsetkach nie są tak duże jak w przypadku rozpowszechnienia używania tych substancji w całej populacji.

- Analizując rodzaje substancji, pod wpływem których prowadzone były pojazdy mechaniczne, widać niewielkie różnice pomiędzy poszczególnymi narkotykami (marihuana, amfetamina, NSP), czyli inaczej niż według badań w populacji generalnej oraz młodzieży, gdzie odnotowujemy duże różnice między skalą używania marihuany a pozostałymi nielegalnymi substancjami.

Linki do stron, raportów oraz publikacji
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii:

1) Strony Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN):

- Strona główna KBPN: https://www.kbpn.gov.pl/portal
- Strona CINN KBPN z wynikami badań i analiz: https://www.cinn.gov.pl/portal
- Strona dotycząca programów rekomendowanych KBPN; https://www.programyrekomendowane.pl/
- Platforma Edukacyjna KBPN w zakresie problematyki narkomanii dla pedagogów szkolnych, nauczycieli oraz dla lekarzy wszystkich specjalizacji: https://narkomania.edu.pl/
- Strona zawierająca wersje on-line Serwisu Informacyjnego Uzależnienia: https://siu.praesterno.pl/
- Strona programu CANDIS: https://www.candisprogram.pl/program
- Strona internetowa KBPN dotycząca nowych substancji psychoaktywnych: https://dopalaczeinfo.pl/

2) Linki do wybranych stron CINN KBPN gdzie publikowane są raporty z badań na temat problemu narkotyków, narkomanii oraz nowych substancji psychoaktywnych:

- wyniki badań w populacji generalnej: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166643
- wyniki badań na młodzieży: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545
- wyniki badań dotyczących chorób zakaźnych: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349

3) Wybrane ostatnie publikacje KBPN:

- Informator: "Narkomania. Gdzie szukać pomocy?" VIII edycja: https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=7768550
- Broszura dotycząca nowych substancji psychoaktywnych pt. "O narkotykach bez przesady": https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=7437882
- Podręcznik pt. „Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków" III wydanie: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105447
- Książka Uniwersytetu SWPS oraz KBPN dotycząca nowych substancji psychoaktywnych pt. „Nowe substancje psychoaktywne – nowe ryzyka i wyzwania": https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1280468

Tabela I. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (badanie Młodzież 2016 Fundacja CBOS oraz KBPN) – odsetki badanych: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1150305

	Odsetki odpowiedzi „nie”				Odsetki odpowiedzi „tak”											
					Kiedykolwiek w życiu				W ciągu ostatnich 12 miesięcy				W ciągu ostatnich 30 dni			
	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016
Marihuana lub haszysz	69,1	63,0	59,3	57,2	30,5	35,7	40,2	42,0	16,4	18,0	23,0	21,0	7,3	7,7	9,0	9,9
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	77,9	78,4	79,6	80,2	21,8	19,9	19,7	18,6	11,2	9,6	11,0	9,2	4,7	3,8	5,1	4,4
Amfetamina	90,6	91,0	92,1	92,0	9,0	6,8	6,9	7,2	3,7	3,0	3,4	3,3	1,1	1,5	1,7	1,4
Ecstasy	94,3	94,8	96,7	95,3	5,5	3,5	2,6	3,9	3,0	1,4	1,4	1,9	1,1	0,8	1,0	0,9
Substancje wziewne	96,8	95,3	96,5	96,5	2,9	2,8	2,8	2,8	1,0	0,7	0,7	1,2	0,6	0,5	0,5	0,8
LSD lub inne halucynogenne (w 2013 r. i w 2016 r. razem z grzybami halucynogennymi)	97,5	94,9	95,1	94,9	2,3	3,3	4,4	4,3	1,3	1,4	1,8	2,2	0,5	0,7	1,1	1,1
Grzyby halucynogenne	96,1	94,7	-	-	3,6	3,4	-	-	2,0	1,4	-	-	1,1	0,6	-	-
Kokaina (w 2013 r. i 2016 r. razem z Crackiem)	97,5	94,8	96	95,4	2,2	2,3	3,5	3,4	1,1	0,7	1,9	1,6	0,6	0,6	1,1	1,0
Crack	98,6	95,8	-	-	1,2	2,3	-	-	0,5	0,6	-	-	0,4	0,5	-	-
Relevin (substancja nieistniejąca)	99,1	96,7	98,5	97,1	0,8	1,4	1,0	1,7	0,4	0,4	0,4	0,7	0,3	0,3	0,2	0,6
Heroina	98,5	96,3	97,9	96,9	1,3	1,9	1,6	1,9	0,6	0,8	1,0	0,7	0,1	0,5	0,7	0,7
Leki przeciwkaszlowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzania się	96,5	93,6	95,3	94,3	3,2	4,7	4,2	4,9	1,9	2,2	2,1	1,9	0,9	1,1	1,0	1,2
„Dopalacze” („Legal highs”)	96,4	86,8	94,3	95,6	3,5	11,4	5,2	3,6	2,6	7,2	2,0	1,1	1,5	1,1	1,0	0,7
Dekstrometorfan (DXM)	98,8	97,0	98,1	97,0	1,0	1,3	1,4	1,8	0,6	0,4	0,8	0,8	0,5	0,2	0,1	0,6
Sterydy anaboliczne	96,4	95,2	97,1	95,7	3,4	2,9	2,2	2,9	1,9	0,9	1,2	1,5	0,7	0,5	0,7	1,3

Tabela II.	Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (odsetki respondentów) – wyniki badania z 2014/2015 – CINN KBPN oraz Fundacja CBOS (wiek 15-64 lata).		
	Kiedykolwiek w życiu	**W czasie ostatnich 12 miesięcy**	**W czasie ostatnich 30 dni**
Jakikolwiek narkotyk	16,4	4,7	2,2
Marihuana lub haszysz	16,3	4,6	2,1
LSD	1,3	0,1	0,1
Amfetamina	1,7	0,2	-
Grzyby halucynogenne	1,1	0,3	-
Ecstasy	1,7	0,3	0,2
Kokaina	1,4	0,2	-
Heroina	0,2	-	-
Metadon	0,1	-	-
„Kompot”	-	-	-
GHB	0,2	-	-
Sterydy anaboliczne	0,2	0,2	0,2
Substancje wziewne	0,8	0,1	
Dopalacze	1,3	0,3	0,2
Inne narkotyki	0,8	0,3	0,1

Źródło: CINN KBPN i Fundacja CBOS.