

PRAWO • SAMORZĄDY • ZDROWIE PUBLICZNE
PROFILAKTYKA • EDUKACJA • POLITYKA LOKALNA



**Lokalne
strategie
rozwiązywania
problemu
narkomanii**

Jacek Charmast
Magdalena Dąbkowska
Marta Jabłońska
Dorota Macander
Sławomir Pietrzak
Agnieszka Sieniawska
Grzegorz Wodowski

Lokalne strategie rozwiązywania problemu narkomanii

Warszawa 2018 r.



**POLSKA SIĘĆ
POLITYKI
NARKOTYKOWEJ**

Autorzy rozdziałów:

Jacek Charmast

Magdalena Dąbkowska

Marta Jabłońska

Dorota Macander

Sławomir Pietrzak

Agnieszka Sieniawska

Grzegorz Wodowski

Recenzje: Danuta Janusz, dr hab. Iwona Niewiadomska

Ilustracja na okładce: Łukasz Kowalik

Redakcja: Filip Nawara

Publikacja jest współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia.

Copyright © Ministerstwo Zdrowia oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
Warszawa 2018

ISBN 978-83-951463-0-5

Egzemplarz bezpłatny

Spis treści

WPROWADZENIE. Cele i założenia publikacji.....	5
Rozdział I. Narodowy Program Zdrowia w kontekście realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i realizacji w poszczególnych województwach.....	7
A. Kierunki działań samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii określone w ustawie o zdrowiu publicznym i Narodowym Programie Zdrowia <i>Opracowanie: Sławomir Pietrzak</i>	7
B. Pomoc osobom używającym narkotyków w Polsce. Rola samorządu w likwidacji deficytów <i>Opracowanie: Jacek Charmast</i>	12
Rozdział II. Edukacja i profilaktyka <i>Opracowanie: Dorota Macander</i>	20
Rozdział III. Wyzwania współczesnej sceny narkotykowej w kontekście filozofii redukcji szkód <i>Opracowanie: Grzegorz Wodowski</i>	25
Rozdział IV. Nowe substancje psychoaktywne <i>Opracowanie: Marta Jabłońska</i>	30
Rozdział V. Prawo narkotykowe w Polsce <i>Opracowanie: Agnieszka Sieniawska</i>	41
Rozdział VI. Współpraca i pragmatyzm. O skutecznej polityce narkotykowej w europejskich miastach <i>Opracowanie: Magdalena Dąbkowska</i>	47
Rozdział VII. Deklaracja Warszawska jako punkt wyjścia do opracowania skutecznych rozwiązań w zakresie lokalnych polityk narkotykowych <i>Opracowanie: Agnieszka Sieniawska</i>	54

WPROWADZENIE. Cele i założenia publikacji

Niniejsza publikacja podejmuje zagadnienia dotyczące realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, skutecznych programów i metod profilaktyki, leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych realizowanych w ramach gminnych i wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii, przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, współczesnego zjawiska uzależnień, jak i wykazu najlepszych miejskich praktyk – polskich i zagranicznych. Tak zarysowana tematyka może stanowić odpowiedź na potrzebę podejmowania systemowych i ustrukturyzowanych działań w zakresie zapobiegania narkomanii na poziomie samorządu województwa i gminy oraz wdrożenia innowacyjnych działań na szczeblu lokalnym.

3 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa o zdrowiu publicznym z 11 września 2015 r.¹ Zgodnie z art. 23 pkt 2a ustawy przestał obowiązywać Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016, zaś w jego miejsce wprowadzono Narodowy Program Zdrowia.

Zgodnie z art. 7 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku² jest on najważniejszym aktem wykonawczym stanowiącym podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Regulacje krajowe są opracowywane w oparciu o Strategię Narkotykową Unii Europejskiej (EU Drug Strategy) na lata 2013–2020³. Założenia strategii zdefiniowane w tym dokumencie znajdują odzwierciedlenie także w Planach Działania Unii Europejskiej (Action Plan)⁴.

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII określa zadania i uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego⁵ – na tej podstawie organy wykonawcze samorządu województwa oraz wójt, burmistrz lub prezydent miasta opracowują odpowiednio Wojewódzkie i Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii.

Obowiązujący Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii opiera się na 6 filarach:

- 1) ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP (nowe substancje psychoaktywne tzw. „dopalacze”)
- 2) rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii
- 3) profilaktyce
- 4) redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej
- 5) monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych
- 6) współpracy międzynarodowej⁶.

To właśnie jednostki samorządu terytorialnego stanowią najważniejsze ogniwo w implementacji Narodowego Programu Zdrowia, a co za tym idzie, odgrywają kluczową rolę w realizacji polityki narkotykowej.

1 Ustawa o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r., Dz. U. z 2015 r. poz.1916, zm. Dz. U. z 2016 r. poz. 2003.

2 Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku, tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 783, zm. Dz. U z 2017 r. poz. 1458.

3 Strategia Narkotykowa Unii Europejskiej na lata 2013–2020, 2012/C 402/01, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 29 grudnia 2012 roku

4 Plan Działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2017–2020, 2017/C 215/02, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 5 lipca 2017 roku

5 art. 1 pkt. 2., art. 10 pkt 1. Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku, tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 783, zm. Dz. U z 2017 r. poz. 1458

6 Wyżej cyt. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, strona 17–26.

wej nie tylko na swoim terytorium, ale faktycznie w skali całego kraju. W związku z faktem, iż jednostki samorządu terytorialnego mają dosyć dużą dowolność w kształtowaniu swoich wojewódzkich jak i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii to właśnie na tych jednostkach spoczywa odpowiedzialność za przygotowanie, wdrożenie jak i ocenę strategii rozwiązywania problemów uzależnień¹.

Bardzo często programy te różnią się od siebie, dlatego celem publikacji jest nie tylko przedstawienie współczesnego obrazu zjawiska używania substancji psychoaktywnych i środków odurzających, ale także wskazanie działań rekomendowanych podejmowanych na poziomie lokalnym. Celowi temu służyć ma m.in. prezentacja Deklaracji Warszawskiej, która w 10 postulatach opisuje w jaki sposób kształtować skuteczne polityki lokalne w zakresie przeciwdziałania narkomanii².

Zjawisko używania substancji zmieniających świadomość ulega ciągłym zmianom i ewoluuje – pojawiają się nowe substancje i nowe modele ich używania, które stają się przedmiotem badań naukowych. Świat naukowy dostarcza wiedzy zarówno na temat substancji psychoaktywnych, mechanizmów uzależnienia, sposobów redukowania szkód jak i skutecznych strategii profilaktycznych.

Problem narkomanii ma charakter interdyscyplinarny – obejmuje m.in. kwestie naukowe, medyczne, prawne, etyczne oraz społeczne. Dlatego też planowane działania w tym obszarze powinny być podejmowane w oparciu o najnowsze, potwierdzone naukowo wyniki badań.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja będzie stanowić inspirację dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, przedstawicieli organizacji pozarządowych i pracowników oświaty do wdrażania innowacyjnych rozwiązań w zakresie realizacji strategii narkotykowych w poszczególnych regionach Polski.

Serdecznie dziękujemy Paniom Danucie Janusz i dr hab. Iwonie Niewiadomskiej za recenzje niniejszego opracowania.

Agnieszka Sieniawska

Prezes Fundacji Polska Sieć Polityki Narkotykowej

Publikacja została zrealizowana z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez Fundację Polska Sieć Polityki Narkotykowej w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia i zadania konkursowego „Wojewódzkie konferencje na temat strategii rozwiązywania problemu uzależnień”. Zadanie zrealizowano przy współfinansowaniu ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

-
- 1 W 2015 roku 13 województw opracowało wojewódzkie programy przeciwdziałania narkomanii. 3 pozostałe opracowały programy przeciwdziałania uzależnieniom. W roku 2015 Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii został opracowany w 939 gminach, natomiast 1190 gmin opracowało wspólny dla kilku obszarów Gminny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom. 60 gmin nie opracowało żadnego programu. Informacja dostępna w Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania narkomanii w 2015 roku, Ministerstwo Zdrowia, dostępne na stronie <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=111387>, strona 87
 - 2 Pełny tekst Deklaracji Warszawskiej dostępny jest na stronie <http://urbandrugpolicies.com/pl/podpisz-deklaracje-warszawska/>

Rozdział I. Narodowy Program Zdrowia w kontekście realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i realizacji w poszczególnych województwach.

W rozdziale tym przedstawiono problematykę organizacji realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii w oparciu o Narodowy Program Zdrowia i ustawę o zdrowiu publicznym.

A. Kierunki działań samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii określone w ustawie o zdrowiu publicznym i Narodowym Programie Zdrowia.

Opracowanie: Sławomir Pietrzak

W dniu 2 grudnia 2015 r. weszła w życie Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹. Ustawa ta istotnie zmieniła sposób realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień oraz innych zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom od substancji psychoaktywnych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Przed dniem wejścia w życie Ustawy, jednostki samorządu terytorialnego były zobowiązane do opracowywania swojej strategii działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom w formie Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (dalej GPN) oraz Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (dalej GPPR).

Programy te musiały uwzględniać zadania i kierunki określone w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii oraz Narodowym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Obecnie, wójt, burmistrz, czy prezydent miasta, w celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii, opracowując projekt GPN, bierze pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ). Podobnie realizacja zadań związanych z przeciwdziałaniem alkoholizmowi jest prowadzona tak, jak dotychczas, tj. na podstawie GPPR, jednak przy uwzględnieniu celów operacyjnych określonych w NPZ.

Sposób tworzenia gminnych programów nie uległ więc zmianie – jednostki samorządu terytorialnego nadal mają dużą swobodę we wskazywaniu działań jakie mają zamiar podejmować w celu ograniczenia problemów wynikających z uzależnienia, a działania te nadal muszą uwzględniać cele i kierunki strategiczne określone w aktach normatywnych opracowanych na szczeblu centralnym.

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA, w którym ujęte zostały główne zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom, został przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów w dniu 4 sierpnia 2016 r. Zadania dotyczące przeciwdziałaniu uzależnieniom zawarte są w **celu operacyjnym** „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”, na który to cel składają się następujące zadania: „Krajowy program przeciwdziałania narkomanii”, „Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”, „Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych” oraz „Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym”.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą realizować jako zadania własne jedynie te, które zostały zapisane w zadaniach „Krajowego programu przeciwdziałania narkomanii”, „Krajowego programu pro-

¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym

filaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych” oraz „Programu zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych”.

Narodowy Program Zdrowia wskazuje kilka obszarów aktywności samorządów lokalnych w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Są to przede wszystkim zadania związane z edukacją i profilaktyką, ale także wspieraniem leczenia, redukcji szkód i rehabilitacji osób uzależnionych.

Działania informacyjno-edukacyjne jakie mogą realizować gminy to:

- prowadzenie edukacji, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców;
- upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin.
- wspieranie rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom.

Profilaktyka uzależnień jest bardzo ważnym obszarem aktywności samorządu.

Samorządy, zgodnie ze wskazaniami NPZ, muszą wspierać realizację oddziaływań zarówno z zakresu profilaktyki uniwersalnej, jak i profilaktyki selektywnej oraz wskazującej. Szczególnie ważne jest, aby samorządy angażowały się przede wszystkim w realizację programów profilaktycznych o naukowych podstawach lub udokumentowanej skuteczności – zwłaszcza tych, które znajdują się w systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Wskazane jest także, aby samorządy wspierały w swoich działaniach programy spełniające standardy jakości w zakresie profilaktyki narkomanii.

Zadania związane z redukcją szkód, rehabilitacją i reintegracją społeczną przewidziane przez Narodowy Program Zdrowia to m.in.:

- realizacja programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
- rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;
- rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego;
- wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
- zwiększanie dostępności oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych.

Zapisy dotyczące finansowania

Ustawa o zdrowiu publicznym wprowadziła znaczące zmiany w sposobie finansowania zadań, które zostały zapisane w Narodowym Programie Zdrowia.

Artykuł 13 Ustawy stwierdza, że zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji: ministra właściwego do spraw zdrowia; innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej oraz agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego; oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Artykuł 14 Ustawy określa zaś sposób przekazywania środków finansowych realizatorom działań: „Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środ-

ków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta.”

Zgodnie z Ustawą możliwe jest przekazanie środków realizatorowi zadania z pominięciem konkursu ofert, ale jedynie w przypadku, gdy w Narodowym Programie Zdrowia określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków. Zapisy artykułu 14 oznaczają, że do ogłaszanego przez jednostkę samorządu terytorialnego konkursu mogą zgłaszać się, zgodnie z art. 3 ust. 2 Ustawy, podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności, dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w Ustawie, w tym organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, osoby prawne a także osoby fizyczne.

✿ Istotne dla samorządów zapisy zawiera również ust. 4 artykułu 14, mówiący o tym, że: „Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych¹ oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie²”.

Ustawa o zdrowiu publicznym nie wyklucza jednak możliwości stosowania innych niż wymienione wyżej ustaw przy zlecaniu zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom. Ustawą, z której w szczególności mogą korzystać jednostki samorządu terytorialnego jest Ustawa o działalności leczniczej³, której art. 38 ust. 2 wskazuje, że jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć obowiązek wykonania określonego zadania na podmiot leczniczy, będący: spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka, samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym.

Takim zadaniem może być na przykład realizacja programu promocji zdrowia lub profilaktyki chorób.

Zapisy dotyczące konkursów i rozliczania zadań

Podstawowym trybem zlecania zadań według ustawy jest tryb konkursowy. Zapisy Ustawy pozostawiają znaczną swobodę dysponentom w zakresie ustalania warunków konkursu.

Między innymi nie określają jak długo może być realizowane zadanie, jednakże analiza zapisów Narodowego Programu Zdrowia wskazuje, że zadania winny być prowadzone w sposób ciągły przez okres trwania Programu. Wydaje się więc, że maksymalny czas realizacji zadania, na które ogłaszany jest konkurs, nie może przekroczyć daty końcowej obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia.

✿ Zapisy Ustawy nie precyzują wszystkich istotnych z punktu widzenia jednostek samorządu terytorialnego elementów procesu zlecania zadań z zakresu zdrowia publicznego. W Ustawie brak jest zapisów dotyczących minimalnego czasu publikacji ogłoszenia konkursowego w Biuletynie Informacji Publicznej, co może, choć nie musi, ograniczać dostępność ogłoszenia dla potencjalnych oferentów.

✿ Brak jest również zapisów dotyczących obowiązku składania przez realizatorów zadań sprawozdań z realizacji umowy. Jest to o tyle istotne, że art. 17 ust. 5 Ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, że do środków przekazywanych na podstawie umowy, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji, co implikuje konieczność precyzyjnego rozliczenia przekazanych środków.

✿ Ustawodawca nie wskazał również rozwiązania polegającego na określeniu w przepisach wykonawczych (np. w rozporządzeniu ministra zdrowia) ramowego wzoru umowy i sprawozdania tak jak miało to miejsce np. w przepisach wykonawczych do ustawy o

1 Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych

2 Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

3 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

działalności pożytku publicznego i wolontariacie, w związku z czym pozostawił dysponentom środków dużą swobodę w zakresie formy umowy zawieranej z wykonawcami umowy.

Funkcjonowanie proponowanych rozwiązań

Niewątpliwie Ustawa o zdrowiu publicznym wprowadza nowe spojrzenie na sprawy związane z rozwiązywaniem problemów uzależnień. Wiele zaproponowanych w ustawie rozwiązań daje możliwości lepszego i efektywniejszego działania na rzecz osób uzależnionych.

Wydaje się, że najważniejszym z nich jest uwzględnienie w procedurze konkursowej wszystkich rodzajów podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. Art. 3 ust. 2 Ustawy mówi, iż „W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”. W praktyce jednak może okazać się, iż z katalogu tego wyłączone zostaną osoby fizyczne, gdyż z reguły prowadzą one tzw. uproszczoną księgowość, zaś przepisy prawa obligują podmioty otrzymujące dotacje ze środków publicznych do prowadzenia wyodrębnionej księgowości. Istnieje więc bardzo duże prawdopodobieństwo, że z tego względu wiele osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą nie będzie przystępowało do ogłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego konkursów.

Równie ważną pozytywną zmianą jest **wprowadzenie trybu konkursowego do wyboru realizatorów zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom.**

✳ Procedura konkursowa może przyczynić się do znacznej poprawy jakości działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, w szczególności oddziaływań profilaktycznych. Podniesie ona znacząco transparentność działań jednostek samorządu terytorialnego, z uwagi na konieczność precyzyjnego określenia kryteriów oceny ofert w ogłaszanym konkursie. Samorządy zyskują również możliwość korzystania z kryterium ekonomicznego przy ocenie oferty, co powinno przełożyć się na efektywniejsze wydatkowanie środków publicznych. Należy oczywiście pamiętać o tym, że kryterium ekonomiczne nie powinno być kryterium jedynym lub najważniejszym.

✳ Również wyłączenie przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych (w tym brak konieczności stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych do zamówień o wartości nie przekraczającej 30 tysięcy Euro), powinno przyczynić się do wycofania z obszaru przeciwdziałania narkomanii – a zwłaszcza profilaktyki uzależnień – podmiotów oferujących takie oddziaływania „profilaktyczne” jak teatry profilaktyczne, festyny, pogadanki i inne działania o niskiej lub niesprawdzonej skuteczności.

Niestety, niektóre regulacje prawne zawarte w ustawie mogą utrudnić realizację zadań przeciwdziałania uzależnieniom. Utrudnienie takie dotyczy m.in. realizacji zadań, które nie zostały uwzględnione w konkursach ogłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Dotychczas ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie umożliwiała organizacjom pozarządowym ubieganie się o realizację zadania publicznego z własnej inicjatywy w trybie art. 12¹ oraz art. 19a².

1 Art. 12 ust. 1. Organizacja pozarządowa oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 mogą z własnej inicjatywy złożyć wniosek o realizację zadania publicznego, także takiego, które jest realizowane dotychczas w inny sposób, w tym przez organy administracji publicznej. Wniosek zawiera w szczególności:

1) opis zadania publicznego przeznaczonego do realizacji;
2) szacunkową kalkulację kosztów realizacji zadania publicznego

2 Art. 19a ust. 1. Na podstawie oferty realizacji zadania publicznego, o której mowa w art. 14, złożonej przez organizację pozarządową lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego uznając celowość realizacji tego zadania, może zlecić organizacji pozarządowej lub podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3, z pominięciem otwartego konkursu ofert, realizację zadania publicznego o charakterze lokalnym lub regionalnym, spełniającego łącznie następujące warunki:

1) wysokość dofinansowania lub finansowania zadania publicznego nie przekracza kwoty 10 000 zł;

O ile w przypadku art. 12 nie ma żadnych przeciwwskazań do przyjęcia wniosku organizacji i ogłoszenia na jego podstawie konkursu zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym, to w przypadku art. 19a, nie ma możliwości jego stosowania w stosunku do zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Monitoring

Istotnym elementem lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii jest monitorowanie zjawiska narkomanii i problemów z tego wynikających.

Zadania związane z monitorowaniem problemów zdrowia publicznego określone w Narodowym Programie Zdrowia realizowane będą głównie przez administrację centralną jednak samorządy lokalne powinny angażować się w proces monitorowania lokalnych problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych.

Najczęściej podejmowanymi przez samorządy działaniami związanymi z monitorowaniem sytuacji lokalnej są badania ilościowe w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD, "Młodzież"), prowadzone co najmniej raz na cztery lata według metodologii EMCDDA. Dobrą praktyką stosowaną przez samorządy powinno być przekazywanie wyników tej lokalnej diagnozy placówkom oświatowym z terenu gminy. Jej wyniki oraz wnioski z niej wypływające mogą być bowiem dla placówek oświatowych bardzo przydatne przy przygotowaniu przez nie programu wychowawczo-profilaktycznego, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej¹.

✿ Warto również pamiętać o tym, że zadania określone w ramach celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia (jeżeli nie wskazano inaczej), uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji działań z zakresu zdrowia publicznego a ich finansowanie odbywa się w ramach środków pozostających w dyspozycji danego podmiotu.

Podsumowanie

Ustawa o zdrowiu publicznym daje samorządom duże możliwości w zakresie kreowania i realizowania polityki związanej z uzależnieniami. Wymaga jednak od nich dużego zaangażowania w procedury związane ze zlecaniem zadań z zakresu zdrowia publicznego, precyzyjnego przygotowywania zapisów konkursów oraz umów z realizatorami zadań.

Dobrze wykorzystana, Ustawa o zdrowiu publicznym z pewnością przyczyni się do poprawy jakości świadczeń oferowanych osobom uzależnionym. Co jest równie ważne, umiejscowienie zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom w zapisach ustawy o zdrowiu publicznym oraz Narodowego Programu Zdrowia może oznaczać, że rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniem przesunąć się będzie coraz bardziej do obszaru zdrowia publicznego.

Sławomir Pietrzak

Psycholog. Absolwent Uniwersytetu Wrocławskiego, Uniwersytetu Jagiellońskiego i Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu. Ukończył organizowaną przez EMCDDA i ISCTE-IUL „European Drugs Summer School”. Pracuje w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, gdzie zajmuje się koordynacją działań wynikających z Gminnego Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Jest również prezesem Fundacji Pozytywnej Profilaktyki oraz członkiem Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR).

2) zadanie publiczne ma być realizowane w okresie nie dłuższym niż 90 dni.

1 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii

B. Pomoc osobom używającym narkotyków w Polsce. Rola samorządu w likwidacji deficytów.

Opracowanie: Jacek Charmast

Skala zjawiska używania narkotyków w Polsce

Na podstawie danych CBOS z 2014 roku, szacunkowa liczba osób, które kiedykolwiek sięgnęły po narkotyki to 4,5 mln osób, w tym ok. 3,0 mln mężczyzn oraz 1,5 mln kobiet. Na podstawie danych CBOS z 2015 r. autorzy szacują, że w roku 2014 było w Polsce ok. 100 tys. problemowych użytkowników narkotyków, w tym ok. 15 tys. użytkowników opioidów.

Przytoczone badanie bierze pod lupę między innymi liczby zgonów związanych z narkotykami oraz narkotykowe przestępstwa. W 2015 r. z przyczyn bezpośrednio związanych z narkotykami (np. samobójstwa, przedawkowania) czy związanych pośrednio (np. choroby przewlekłe) zmarło 611 osób, w tym 477 mężczyzn i 134 kobiety. Co do przestępczości narkotykowej, dane dotyczą rozpoczętych postępowań z artykułów Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii. I tak, w roku 2010 dokonano ok. 20 tys. przestępstw, w roku 2015 już 25 tys. przestępstw¹.

NSP

Nowe substancje psychoaktywne (NSP) od kilku lat są największym wyzwaniem dla instytucji kształtujących politykę narkotykową, problemem wymagającym ciągłej uwagi i rozważanych reakcji. Według danych z raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z 2017 r. instytucja ta monitorowała w 2016 r. ponad 620 nowych substancji. W raportowanym roku pojawiło się 66 nowych „dopalaczy”².

Wielu specjalistów zajmujących się analizą problematyki nowych narkotyków wskazuje pewną prawidłowość: gdy jakiś popularny „dopalacz” trafia na listę substancji kontrolowanych, na rynku pojawia się dla niego alternatywa w postaci nowego, nieco zmienionego produktu, substancji niekiedy groźniejszej. Dobrym przykładem jest tu **mefedron**, popularna substancja o działaniu stymulującym, której kolejne i groźniejsze generacje pojawiają się w obrocie ulicznym.

W ciągu ostatnich paru lat odnotowano **spadek popytu na „dopalacze” wśród młodzieży**, jak i stabilizację trendu w grupie okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Badania jednak odnotowują **wzrost popytu wśród osób uzależnionych i poddanych społecznej marginalizacji**: w grupach tych 40% osób używa nowych narkotyków, a 21% wskazuje je jako najbardziej problemowe dla siebie substancje. Wzrostowi popytu na NSP towarzyszy spadek popytu na niektóre narkotyki tradycyjne: w latach 2010–2016 używanie amfetaminy spadło z 60% do 29%, a heroiny z 45% do 15%³.

❁ Pośród NSP używanych przez osoby zmarginalizowane społecznie, popularną substancją jest wspomniany wyżej **mefedron**, którego używało w 2012 r. 12% klientów programów redukcji szkód. Do iniekcyjnego używania mefedronu przyznawało się w 2010 r. 40% jego użytkowników, dwa lata później już 90%⁴.

1 Zofia Mielecka-Kubień, Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r., Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017.

2 EMCDDA. Europejski Raport Narkotykowy 2017. Tendencje i osiągnięcia. Urząd Publikacji EU, Luxemburg.

3 Artur Malczewski, *Nowe substancje psychoaktywne coraz groźniejsze*. Serwis Informacyjny Uzależnienia 4/2017.

4 Piotr Jabłoński, Artur Malczewski, *Dopalacze, czyli nowe substancje psychoaktywne: skala zjawiska i przeciwdziałanie*, Serwis Informacyjny Narkomania 3/2014.

Prawdopodobnie to mefedron, lub substancje sprzedawane jako mefedron, są w głównej mierze odpowiedzialne za rosnącą liczbę przedawkowań i interwencji pogotowia w jednej z dzielnic Warszawy. Te dane Pogotowia zostaną przytoczone w dalszej części opracowania, jako przykład monitorowania problemów narkotykowych na poziomie lokalnym.

Natomiast dane Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie pokazują, że w latach 2016–2017 w naszym kraju dochodzi miesięcznie do ok. 300 zatruc nowymi substancjami, czyli mniej więcej tyle, ile przez cały rok 2012.

Wiele wskazuje na występowanie korelacji między używaniem NSP, a liczbą nowych przypadków zaburzeń psychicznych, zaliczanych do tzw. podwójnej diagnozy. Niestety, brakuje aktualnych danych dotyczących zgłoszeń do leczenia z tym rozpoznaniem. Można natomiast o nich wnioskować pośrednio, na podstawie kwot zawartych przez NFZ kontraktów.

Z perspektywy jednej placówki – Poradni Stowarzyszenia Jump 93 – wynika, że stosunkowo duży wzrost nakładów na leczenie tego wskazania (czterokrotny w latach 2010–2016), stabilizuje jedynie sytuację. Dzięki tym nakładom, kolejki do leczenia nie wydłużają się w sposób znaczący.

Tabela 1. Nakłady NFZ na leczenie tzw. podwójnej diagnozy

wyliczenia własne Stowarzyszenia Jump 93 na podstawie danych NFZ

województwo:	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	liczba świadczeniodawców w 2014 r.
Dolnośląskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Lubuskie	997682	957557	938382	1011606	1156557	1087175	1118130	1
Łódzkie	0	0	0	0	0	0	0	0
Małopolskie	0	0	0	0	0	18018	3523585	0
Mazowieckie	607901	1427219	2603056	2739215	3047612	3523585	3193772	2
Opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0
Podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Pomorskie	0	0	273140	282620	306639	307350	304252	1
Śląskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Warmińsko-mazurskie	351390	357345	395408	387788	393768	416221	482449	1
Wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	1956973	2742121	4209986	4421229	4904576	5352349	8622188	5

Zbieranie danych – monitoring lokalny

Bardzo istotny, z punktu widzenia właściwego reagowania na zjawisko narkomanii, jest systematyczny przegląd lokalnych zasobów i weryfikacja ich adekwatności do potrzeb.

Jeśli nasza wiedza o tych zasobach jest niewystarczająca, dobrym źródłem informacji jest internetowa wyszukiwarka zawartych przez NFZ umów. **Na stronie internetowej Funduszu** dowiemy się, który podmiot leczniczy w naszym mieście czy województwie, zajmuje się interesującym nas świadczeniem, a zakontraktowana kwota pozwoli nam dowiedzieć się o skali usług.

Innym, równie przydatnym źródłem informacji o lokalnych zasobach, jest internetowy i książkowy Informator Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pt. Gdzie szukać pomocy?

Jest to aktualizowany i rzetelny serwis, który stara się zamieszczać informacje o wszystkich dostępnych w naszym kraju placówkach, oferujących pomoc osobom używającym narkotyków. Zastosowany w nim terytorialny podział usług oraz podział ze względu na formy pomocy, pozwala szybko wyszukać m.in. działające na danym terenie oddziały detoksykacji, programy redukcji szkód, poradnie leczenia uzależnień, ośrodki rehabilitacji, hostele readaptacyjne czy programy leczenia substytucyjnego. W serwisie znajdziemy nie tylko dane teleadresowe, ale też podstawowe informacje o prowadzonych programach.

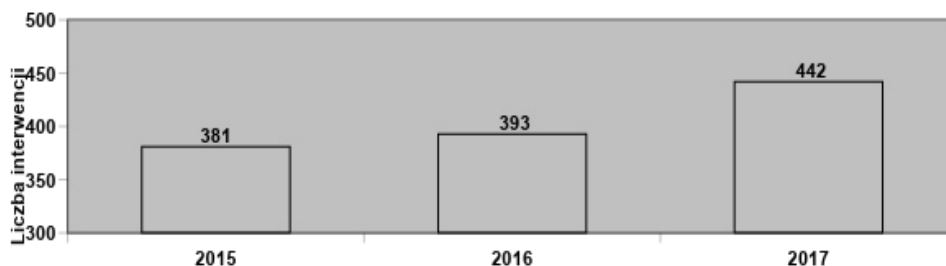
NALEŻY TU PODKREŚLIĆ, ŻE AMBICJĄ DUŻYCH AGLOMERACJI miejskich powinno być prowadzenie własnej polityki narkotykowej, opartej na rzetelnej diagnozie problemowej oraz na wykorzystaniu interdyscyplinarnych grup doradczych, złożonych z lekarzy, terapeutów, przedstawicieli serwisów opiekuńczych, pracowników socjalnych.

Grupy doradcze nie są jednak „łatwe w obsłudze”. Kluczowy dla sukcesu grupy, jest wybór właściwej osoby, która pokieruje jej pracami. Doświadczenie uczy, że powinna to być osoba niezależna, z autorytetem, znająca dobrze problemy organizacji pomocowych, ale przede wszystkim osoba otwarta na nowe rozwiązania, dostrzegająca wielowymiarowość problemów i potrzeb osób używających narkotyków.

- Diagnoza sytuacji epidemiologicznej może być kosztowna, w szczególności wówczas, gdy chcemy zlecić badania wyspecjalizowanym firmom czy ośrodkom naukowym. Podstawowe informacje można zbierać jednak niewielkim nakładem środków, ponieważ wiele instytucji takie dane zbiera i raczej chętnie się nimi dzieli. Zbierają dane np. szpitale, pomoc społeczna, Policja, straż miejska czy pogotowie. Zbiera wiele danych NFZ.

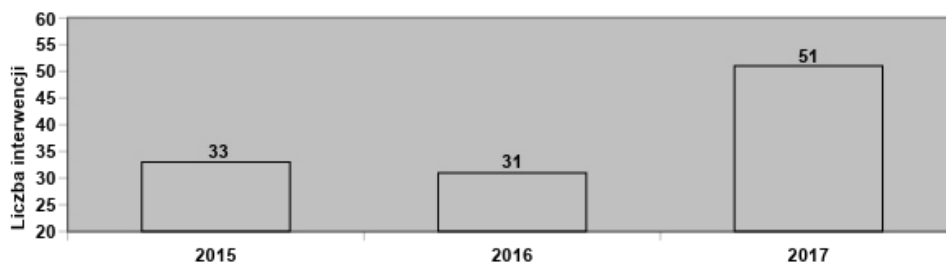
Poniższe wykresy prezentują przykłady danych zbieranych samodzielnie przez Stowarzyszenie Jump '93, w Warszawie.

Interwencje Policji w związku z przestępstwami narkotykowymi w dzielnicy X, w latach 2015–2016
źródło: VI Komenda Rejonowa Policji w Warszawie



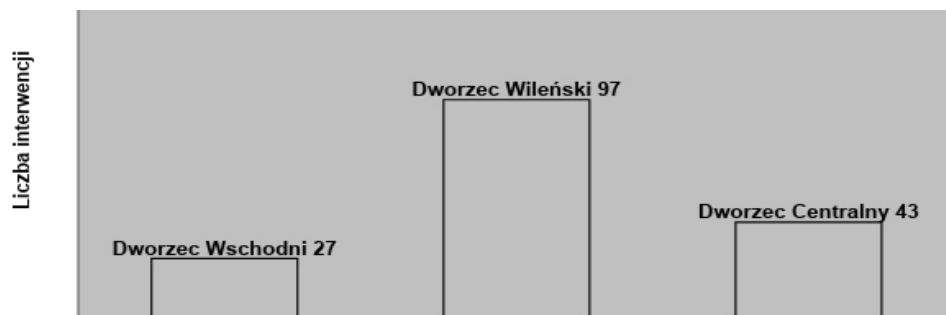
Interwencje Policji w związku z przestępstwami narkotykowymi w obszarze ulicy X, w Warszawie w latach 2015–2016

źródło: VI Komenda Rejonowa Policji w Warszawie



Liczba interwencji Policji w związku z przestępstwami narkotykowymi na terenie wybranych warszawskich dworców kolejowych – lata 2015 – 2017 łącznie

źródło: Komenda Stołeczna Policji



Wykaz wyjazdów Pogotowia Ratunkowego do pacjentów z rozpoznaniem świadczącym o użyciu substancji psychoaktywnych: 3 bezpłatne toalety publiczne w obiekcie X

źródło: Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans”

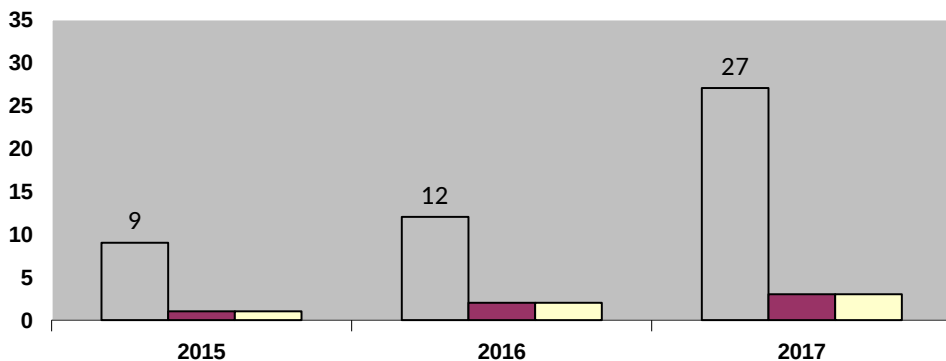


Tabela 2. Pacjent korzystający z pomocy społecznej w Warszawie w 2016 r.

Obszar działania placówki pomocy społecznej	Liczba osób z diagnozą uzależnienia, korzystających z pomocy placówki	Liczba uzależnionych i bezdomnych	Liczba uzależnionych i zagrożonych bezdomnością	Liczba uzależnionych z orzeczeniem o niepełnosprawności	Liczba uzależnionych 40+	Liczba uzależnionych 50+ (zawierająca się w liczbie osób 40+)
Bemowo	15	3	0	13	7	2
Białołęka	23	13	bd	8	bd	bd
Bielany	28	0	1	11	6	2
Kobyłka	1	0	0	0	1	0
Legionowo	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Mokotów	31	9	6	22	6	1
Ochota	26	3	4	21	11	3
Otwock	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Piaseczno	10	9	2	10	6	0
Praga Pd	51	4	0	51	9	9
Praga Pn	28	4	11	18	3	2
Pruszków	6	0	1	4	2	1
Rembertów	14	2	9	14	6	2
Śródmieście	40	bd	bd	18	23	9
Targówek	37	5	11	22	3	1
Ursus	24	bd	bd	17	2	2
Ursynów	10	6	3	6	0	0
Wawer	10	1	1	1	bd	bd
Wesoła	2	2	0	0	0	1
Wilanów	1	0	1	2	0	1
Włochy	3	bd	bd	1	0	0
Wola	60	10	0	31	14	4
Wołomin	21	5	7	7	1	0
Ząbki	8	16	2	0	1	0
Zielonka	0	0	0	0	0	0
Żoliborz	17	2	3	14	8	4
RAZEM	466	94	62	291	109	44

Gminne programy przeciwdziałania narkomanii a struktura pomocy

W 2005 r. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nałożyła na gminy obowiązek opracowania i wdrożenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii wykazały, że znaczna większość gmin wywiązuje się z tego obowiązku. W grupie tej, gminy opracowują połączone strategie dla rozwiązywania problemów alkoholowych i narkotykowych (według sprawozdania z realizacji KPPN w 2016 r. było to 1148 gmin), bądź posiadają dla narkotyków strategie odrębne (965 gmin w 2016 r.).

WAŻNYM ZALECENIEM DLA GMINNYCH PROGRAMÓW jest kwestia diagnozy społecznej oraz systematycznego monitorowania sytuacji epidemiologicznej i zaangażowanych zasobów.

W 2016 r. powstało 205 raportów z takiego monitorowania, które dla pewnej grupy gmin stanowią podstawę do prowadzenia własnej polityki narkotykowej. Dobrą wiadomością jest stały wzrost wydatków na realizację gminnych programów, za to problemem jest ich realizacja oraz dobór narzędzi.

Nadal zbyt duże kwoty przeznaczane są na wątpliwe z perspektywy efektywności działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej, jak pikniki czy wydarzenia sportowe, ale jest tu zauważalny postęp: rośnie liczba obecnych w gminach rekomendowanych przez Ministerstwo Zdrowia programów profilaktycznych oraz liczba ich odbiorców.

PROBLEMEM NADAL JEST NISKA AKTYWNOŚĆ w zakresie finansowania programów readaptacji społecznej czy redukcji szkód. Te ostatnie, finansowało tylko 99 spośród 2129 posiadających własne strategie narkotykowe gmin. Co do programów readaptacji społecznej, wspierało je 366 gmin.

Analiza terytorialnego rozkładu serwisów leczniczych i pomocowych wykazuje, że są one rozłożone nierównomiernie i nadal w wielu miejscach naszego kraju jest duży kłopot z dostępnością do niektórych istotnych świadczeń. Wciąż dominuje przyjęty jeszcze w latach 80-tych model pomocy, który opierał się na pół-izolacyjnych stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji i ich długoterminowych, opartych na wymogu całkowitej abstynencji programach, w których zalecano leczenie jak najdalej od domu i od aglomeracji miejskich.

Jednak i w Polsce zaczęto doceniać ambulatoryjne formy pomocy, dostrzegać ogromne korzyści płynące z terapii substytucyjnej, programów redukcji szkód, a ostatnio z działań z zakresu reintegracji społecznej zorientowanych na różnorodne grupy klientów.

Ostatnie lata udowodniły, że jest możliwa efektywna praca z klientem w okresie kontynuowania przez niego używania narkotyków, nie tylko praca zorientowana na abstynencję, ale mająca też na celu ograniczenie czy zmianę wzoru używania substancji. Narastające szybko od 2010 r. problemy związane z popytem na NSP, pozwoliły zrozumieć wielu specjalistom dość już banalną prawdę, że najbardziej niebezpieczny dla siebie i dla otoczenia, jest użytkownik narkotyków funkcjonujący poza systemem pomocy i leczenia.

Należy tu zaznaczyć, że inkluzyjne podejście do pomocy było obecne w polityce Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii od dawna.

✿ Od kilku lat można odnotować znaczny wzrost nakładów NFZ na leczenie podwójnej diagnozy, a od 2017 r. KBPN na podstawie ustawy o Narodowym Programie Zdrowia, zaczęło wykorzystywać **Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych** do zwiększenia nakładów na profilaktykę i rozwiązywanie problemów narkotykowych. Dzięki temu funduszowi znalazła się znacząca kwota 13 milionów złotych, która pozwoliła między innymi na zwielokrotnienie nakładów na zaniedbane dotąd obszary, takie jak redukcja szkód czy reintegracja społeczna.

Tabela 3. przedstawia strukturę nakładów NFZ na świadczenia „narkotykowe”. Choć dotyczy lat 2010–2012, to sytuacja do dzisiaj nie zmieniała się wiele. Trendy są nadal aktualne, biorąc pod uwagę, że NFZ od kilku lat nie ogłasza nowych konkursów w kategorii obejmującej leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji z psychoaktywnych, przedłużając jedynie dotychczas podpisane umowy¹.

Tabela 3. Nakłady NFZ na lecznictwo „narkotykowe”

wyliczenia własne Stowarzyszenia Jump 93 na podstawie danych NFZ

Rodzaj usług	2010	2011	2012	Kwota o którą wzrosły nakłady w latach 2011–2012
lecznictwo ambulatoryjne i dzienne	14 390 618,76	15 026 694,78	16 258 711,46	1 232 016,68
lecznictwo substytucyjne	17 468 933,28	17 279 825,94	18 939 406,18	1 659 580,24
lecznictwo stacjonarne średnio- i długoterminowe	56 183 505,00	56 308 136,26	62 475 900,60	6 167 764,34
lecznictwo stacjonarne krótkoterminowe	12 417 871,02	11 327 222,62	11 820 941,80	493 719,18
postrehabilitacja (hostele)	2 121 242,16	2 147 436,06	2 315 416,00	167 979,94
detoksykacja	9 628 822,65	9 080 124,57	8 809 097,87	-271 026,70
RAZEM	112 210 992,90	111 169 440,20	120 619 473,90	9 450 033,70
w tym lecznictwo stacjonarne	68 601 376,02	67 635 358,88	74 296 842,40	6 661 483,52
procent nakładów na lecznictwo stacjonarne w całości nakładów NFZ	61%	60%	61%	

Przykłady dobrych praktyk – Warszawa i Mazowsze

Mazowsze i Warszawa posiadają znacząco odmienną strukturę świadczeń pomocowych od pozostałych polskich miast i województw, bardziej zrównoważoną i odpowiadającą społecznym potrzebom. Ma na to wpływ wiele czynników: generalnie większy i bardziej złożony niż gdzie indziej problem narkomanii, większe budżety na pomoc, obecność siedzib istotnych dla polityki narkotykowej instytucji.

W ostatnich latach na zmiany w strukturze świadczeń istotnie wpłynęły działania złożonego z przedstawicieli organizacji społecznych **zespołu doradczego** przy Urzędzie Miasta - Warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS. Zespół rekomenduje wspieranie deficytowych działalności, wskazuje nowe problemy i rozwiązania, pomaga opracowywać gminny program przeciwdziałania narkomanii. Komisja ma istotny wpływ na politykę narkotykową miasta, jej spotkania od kilku lat odbywają się regularnie co miesiąc. Jest to praktyka ze wszech miar godna zarekomendowania.

W LATACH 1999–2004 warszawski program wymiany igieł i strzykawek prowadzony przez streetworkerów Centrum Redukcji Szkód Monar, obsługiwał rocznie ok. 2000 iniekcyjnych użytkowników narkotyków, głównie opiatów. Duża część klientów tego programu znajdowała się w bardzo złym stanie higienicznym i zdrowotnym, wielu było bezdomnych. Handel narkotykami, który skupiał się wtedy na dworcach w centrum miasta, przyciągał klientów z całej Polski.

W tym czasie działały w Warszawie trzy programy leczenia substytucyjnego, z ok. 200 miejscami. Czas oczekiwania na miejsce w każdym z tych programów przekraczał 2 lata. W 2004 r. streetworker-

¹ Sprawozdanie z realizacji KPPN za 2016 r.

rzy przedstawili sytuację swoich klientów władzom Warszawy, zarazem zwrócili się do nich o podjęcie inicjatywy na rzecz zwiększenia liczby miejsc w programach substytucyjnych.

Inicjatywa ta została podjęta przez Miasto, ale też poparta przez szereg kolejnych instytucji. Od początku była wspierana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Instytut Psychiatrii i Neurologii. Na kolejnym etapie uzyskano deklarację współpracy mazowieckiego NFZ. W efekcie wspólnie podjętych wysiłków, w ciągu 5 lat liczba miejsc terapii substytucyjnej wzrosła ponad czterokrotnie. Dodatkowo, utworzono w Warszawie schronisko dla osób leczonych substytucyjnie oraz punkt pobytu dziennego dla osób czynnie używających narkotyków.

Nakłady na leczenie substytucyjne w Polsce – w mln PLN

źródło: Stowarzyszenie Jump 93, na podstawie danych NFZ

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Polska	3,08	7,45	11,64	16,70	17,46	17,27	18,93
Warszawa i woj. Mazowieckie	bd.	3,78	6,26	9,07	9,23	8,55	8,82
Polska, bez Mazowsza		3,67	5,38	7,63	8,23	8,72	10,11

✿ Szerokie udostępnienie leczenia substytucyjnego w Warszawie, przyczyniło się przede wszystkim do znaczącej redukcji popytu na opiaty, co spowodowało, że heroina i kompot niemal zniknęły z ulic i dopiero szerokie pojawienie się „dopalaczy” wiele efektów tego sukcesu popsuło.

Podsumowanie: nowe zadania dla lecznictwa ambulatoryjnego

Pośród wielu różnych rekomendacji Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS (KDS) dla Warszawy, pojawił się postulat wspierania i organizowania silnych placówek ambulatoryjnych. Chodzi tu o placówki, które oprócz standardowych świadczeń finansowanych przez NFZ, poszerzyłyby ofertę o nowe komponenty, niezwykle istotne z punktu widzenia potrzeb klientów, głównie osób uwikłanych w nowe narkotyki i związane z ich używaniem problemy.

Z punktu widzenia tych potrzeb, istotne jest wzmocnienie diagnostyki psychiatrycznej, udostępnienie leczenia farmakologicznego, w tym substytucyjnego, zapewnienie placówce zaplecza do działań readaptacyjnych w postaci hosteli i mieszkań treningowych, zaplecza do działań środowiskowych i redukcji szkód. Ponadto, niezwykle ważnym elementem takiej struktury, byłoby poradnictwo prawne i rekomendowane programy profilaktyczne, a wśród nich Fred Goes Net oraz Program Candis.

Zdaniem członków warszawskiej KDS, tak wyposażona placówka mogłaby zabezpieczać większość podstawowych potrzeb klienta, w tym potrzeb w zakresie poprawy zdrowia biologicznego i psychicznego, opieki socjalnej i higieny.

Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego dla takich placówek wydaje się być rekomendacją strategiczną dla optymalizacji pomocy dostarczanej osobom używającym narkotyków w wielu miejscach naszego kraju.

Jacek Charmast

Koordynator programów redukcji szkód Stowarzyszenia Jump 93, założyciel i koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych w Warszawie, przewodniczący Stowarzyszenia Jump 93, były przewodniczący Komitetu Sterującego Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, w latach 1996–2009 pracował w placówkach Stowarzyszenia Monar w Krakowie i Warszawie, w 2002–2004 roku był członkiem Zarządu Głównego Stowarzyszenia Monar.

Rozdział II. Edukacja i profilaktyka

Opracowanie: Dorota Macander

Profilaktyka narkomanii w Polsce ma swoje wieloletnie doświadczenia i prowadzona jest na kilku poziomach, dla różnorodnych grup odbiorców. Jedną z najważniejszych grup, ze względu na rozwojowe uwarunkowania, jak niedojrzałość psychofizyczna lub społeczna – jest młodzież szkolna.

Szkoły są zobowiązane do prowadzenia profilaktyki narkomanii na podstawie Ustawy Prawo Oświatowe (Dz. U z 2017r., poz.59) oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz. U. z 2015, Poz. 1249 z późn. zm.).

Z tego też względu do szkół i placówek trafia wiele propozycji działań profilaktycznych, prowadzonych przez zewnętrznych trenerów i są to programy ogólnopolskie lub lokalne, pogadanki bądź jednorazowe akcje: spektakle, koncerty lub festyny – w założeniu profilaktyczne.

Nie wszystkie te działania poddawane są ewaluacji i nie wiadomo, jaka jest ich skuteczność.

Planując lokalną profilaktykę narkomanii należy zatem zadbać, aby realizacja działań, szczególnie w środowisku szkolnym, odpowiadała faktycznemu zapotrzebowaniu. Każda szkoła / placówka oświatowa, wybierając program profilaktyczny powinna kierować się jego jakością, ale przede wszystkim potrzebą, wynikającą z aktualnej diagnozy. Warto również wiedzieć, czy wdrażane programy oparte są na wiedzy naukowej i skutecznych strategiach profilaktycznych.

System rekomendacji programów profilaktycznych

Od 2010 roku oceną jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce zajmuje się międzyinstytucjonalny Zespół ds. Oceny i Rekomendacji Programów Profilaktycznych(...), którego prace koordynuje Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ocena, a następnie rekomendacja, dotyczy programów, których autor lub koordynator (podmiot odpowiedzialny za program profilaktyczny / promocji zdrowia psychicznego) aplikuje do Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Rekomendacja jest udzielana łącznie przez cztery instytucje współpracujące w ramach Zespołu: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹, Ośrodek Rozwoju Edukacji², Instytut Psychiatrii i Neurologii³ oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych⁴, według przyjętych standardów, na trzech poziomach:

- Poziom I – PROGRAM OBIECUJĄCY
- Poziom II – program DOBRA PRAKTYKA
- Poziom III – PROGRAM MODELOWY

Aktualnie⁵ w Bazie znajduje się 21 programów rekomendowanych, pogrupowanych w kategorii odpowiadające poziomom profilaktyki: profilaktyka uniwersalna, wskazująca i selektywna oraz promocja zdrowia psychicznego.

1 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.

2 Ośrodek Rozwoju Edukacji, ul. Polna 46a, 00-644 Warszawa

3 Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

4 Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ul. Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa

5 Stan na dzień 9.04.2018 r.

Najczęściej w placówkach oświatowych wdrażane są rekomendowane programy z poziomu profilaktyki uniwersalnej, których adresatem jest klasa lub większa grupa uczniów, a także rodzice i nauczyciele. Oddziaływanie na wszystkie podmioty w środowisku szkolnym jest efektywną metodą pracy profilaktycznej, bowiem wiedza na temat substancji psychoaktywnych, czy zachowań problemowych oraz możliwości przeciwdziałania dociera wówczas nie tylko do dzieci i młodzieży, ale również do dorosłych opiekunów.

Profilaktyka uniwersalna

W tej kategorii ważne miejsce zajmują programy kierowane do mniejszej grupy klasowej: Program Domowych Detektywów (PDD), Fantastyczne Możliwości (FM), Unplugged oraz Spójrz inaczej dla klas 1-3 i klas 4-6.

Program „Domowych Detektywów „JAŚ i MAŁGOSIA NA TROPIE” adresowany do uczniów klas IV lub V szkół podstawowych oraz ich rodziców.

Ma na celu opóźnienie inicjacji alkoholowej wśród dzieci oraz ograniczanie problemów związanych z pićm alkoholu poprzez wzmacnianie rodzinnych, indywidualnych i rówieśniczych czynników chroniących. Zastosowano w nim strategię edukacji rówieśniczej i strategię rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców, składa się więc z części szkolnej i domowej. Jest prowadzony w konwencji nauki poprzez zabawę.

Realizacja całego programu trwa 10 – 12 tygodni.

Program „Fantastyczne Możliwości” adresowany do uczniów klas IV lub V szkół podstawowych oraz ich rodziców i powinien być kontynuacją Programu Domowych Detektywów , razem bowiem tworzą dwuletni program profilaktyki alkoholowej.

Głównym celem jest, tak jak w przypadku PDD, opóźnienie inicjacji alkoholowej młodzieży. Składa się z części szkolnej – 5 spotkań – oraz domowej, realizowanej równolegle z zajęciami w klasie. Praca z uczniami to przede wszystkim doskonalenie ich umiejętności psychospołecznych (m. in. odmawiania picia). Dla rodziców przeznaczone są cztery broszury, zawierające rzetelne informacje, jak również zadania domowe do rozwiązywania wraz z dziećmi, które mogą być okazją do rozmowy na tematy związane z alkoholem.

Program Fantastyczne Możliwości realizowany jest przez 12-14 tygodni, a jego realizatorzy zachęcani są także do organizowania innych zajęć pozaszkolnych o charakterze profilaktycznym, przygotowujących przy udziale osób ze społeczności lokalnej.

Program „Unplugged” adresowany do uczniów w wieku 12-14 lat oraz ich rodziców.

Głównym celem programu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki) przez młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych ich rodziców. Program uwzględnia wiedzę o czynnikach chroniących młodzież przed okazjonalnym i problemowym używaniem środków psychoaktywnych.

Dla uczniów przeznaczone jest 12 lekcji (tematów) realizowanych w klasie, które koncentrują się na umiejętnościach życiowych, przekonaniach normatywnych i wiedzy o substancjach psychoaktywnych. Zajęcia dla rodziców obejmują trzy spotkania (2-3 godziny każde) i prowadzone są w formie wykładowo-warsztatowej.

Program „Spójrz inaczej” dla klas 1 – 3, adresowany do dzieci w wieku 7–10 lat.

Celem ogólnym programu jest zapobieganie uzależnieniom i innym destrukcyjnym zachowaniom oraz nieprawidłowej adaptacji społecznej dzieci na 1. etapie edukacji (edukacja wczesnoszkolna).

Program Spójrz inaczej powinien być realizowany przez 3 lata, ogółem 68 godzin dydaktycznych zajęć profilaktycznych. Odpowiednio dobrane scenariusze zajęć z klasą szkolną mają wspierać prawidłowy rozwój dziecka i rozwijać umiejętności psychospołeczne.

Do wymagań programu należy również przeprowadzenie przez realizatora spotkania informacyjnego z rodzicami, dotyczącego samego programu oraz dwóch spotkań (w trakcie roku szkolnego i na zakończenie cyklu zajęć) poświęconych efektom realizacji.

Program „Spójrz inaczej” dla klas 4 – 6, adresowany do dzieci w wieku 10–13 lat.

Celem ogólnym programu jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym i destrukcyjnym w klasie szkolnej oraz problemom zdrowia psychicznego uczniów. Jest nastawiony na wspieranie uczniów w środowisku szkolnym oraz psychoedukację nauczycieli i uwrażliwianie na potrzeby dzieci.

Zajęcia programu Spójrz inaczej w klasach 4–6 powinny być kontynuacją zajęć prowadzonych w klasach 1–3. Ogółem uczniowie uczestniczą w 79 godzinach dydaktycznych zajęć profilaktycznych. W trakcie zajęć z uczniami, realizator spotyka się także dwukrotnie z rodzicami (w trakcie roku szkolnego i na zakończenie cyklu zajęć), aby przekazać informacje o efektach realizacji programu.

W wymienionych programach, realizatorami są pracownicy pedagogiczni szkoły (nauczyciel, wychowawca lub pedagog szkolny), przeszkoleni w ramach kilkunastu lub kilkudziesięciu godzin warsztatów, przygotowujących do realizacji zajęć profilaktycznych, doskonalących ich umiejętności wychowawcze i dających uprawnienia do prowadzenia zajęć z konkretnego programu.

Programy dla dużych grup odbiorców

W Bazie rekomendowanych programów profilaktyki uniwersalnej znajduje się również Archipelag Skarbów, przeznaczony dla dużych grup szkolnych, zbudowany na modelu profilaktyki zintegrowanej.

Program „Archipelag Skarbów” adresowany do uczniów klas II i III gimnazjum (klasa VIII szkoły podstawowej i I klasa szkoły ponadpodstawowej)

Celem głównym programu jest zapobieganie różnym zachowaniom ryzykownym i problemowym młodzieży, a w szczególności ograniczenie wczesnych kontaktów seksualnych i problemów z nimi związanych, ograniczenie picia alkoholu, używania narkotyków i dopalaczy oraz ograniczenie natężenia przemocy rówieśniczej (fizycznej, słownej oraz o podtekście seksualnym).

Realizacja programu odbywa się w formie dwóch mityngów w grupach od 60 do 200 osób, trwających po 3,5 godziny każdy. Obejmuje również przeprowadzenie półtoragodzinnego spotkania z rodzicami i półtoragodzinnie szkolenie dla rady pedagogicznej danej szkoły.

Program jest realizowany przez 3–4 osobowy zespół zewnętrznych trenerów, którzy posiadają certyfikat wydany przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej.

Program „ARS, czyli jak dbać o miłość”

Celem tego programu jest wzbogacanie wiedzy odbiorców w wieku 16–19 lat na temat wartości zdrowia i życia. ARS ma wpłynąć na kształtowanie zdrowego stylu życia oraz zwiększenie dystansu do uży-

wania substancji psychoaktywnych (alkoholu, nikotyny, narkotyków), zwłaszcza w sytuacjach prokreacyjnych. Tym samym program powinien wzmacniać postawy prokreacyjne i abstynenckie młodych ludzi.

Program ARS jest przeznaczony dla młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych i ponadpodstawowych, ich rodziców oraz nauczycieli uczestniczących w zajęciach. Wyposażony jest w podręcznik dla osoby prowadzącej zajęcia z uczniami oraz materiały edukacyjne – broszurę dla rodziców.

Program koordynuje Główny Inspektorat Sanitarny oraz koordynatorzy wojewódzcy. Edycja programu realizowana jest w ciągu roku szkolnego. Zajęcia trwają 6–12 godzin lekcyjnych i mogą być realizowane w różnych układach, np. co tydzień jedna lekcja, dwie lekcje co kilka dni itp.

Dla rodziców

Na poziomie profilaktyki uniwersalnej na szczególną uwagę zasługuje również program Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, przeznaczony dla dorosłych odbiorców oddziaływań profilaktycznych, choć jego docelowym adresatem są dzieci.

Program „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” adresowany do wszystkich rodziców i opiekunów dzieci w każdym wieku oraz profesjonalistów, którzy chcą przeciwdziałać zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży.

Celem Szkoły dla Rodziców i Wychowawców jest zwiększenie umiejętności wychowawczych beneficjentów oraz zmiana ich postaw wychowawczych, tak by potrafili zapobiegać lub minimalizować wystąpienie zachowań problemowych/ryzykownych dzieci młodzieży.

Program jest realizowany w trzech częściach, w formie 10 warsztatów psychoedukacyjnych (3 godziny każdy), ogółem więc jedna część warsztatowa to 300 godzin zajęć edukacyjno-profilaktycznych. Część I dotyczy relacji dorosły – dziecko, część II uczy budowania relacji między rodzeństwem (kolegami), a część III jest skierowana do rodziców i wychowawców nastolatków.

Zajęcia dla rodziców i nauczycieli prowadzą przeszkoleni profesjonalści – realizatorzy programu.

Interwencje profilaktyczne

W profilaktyce narkomanii w środowisku edukacyjnym warto pamiętać o programach dla młodzieży z grup zwiększonego ryzyka, czyli profilaktyce selektywnej i wskazującej. Wśród rekomendowanych programów znajdują się wysokiej jakości działania interwencyjne: Szkolna interwencja profilaktyczna oraz FreD goes net.

Program „Szkolna interwencja profilaktyczna” przeznaczony do realizacji w szkole lub placówce oświatowej, adresowany do uczniów od II etapu szkoły podstawowej, którzy sięgają po substancje psychoaktywne oraz do ich rodziców.

Celem ogólnym programu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez uczniów oraz poprawa ich funkcjonowania w szkole. Stosowana w nim metoda interwencji polega, przede wszystkim, na udzieleniu wsparcia rodzicom i uczniom w poradzeniu sobie z problemem poprzez dostarczenie odpowiednich informacji i zaproponowanie konkretnego sposobu jego rozwiązania.

Program w szkole może realizować każdy pracownik szkoły, który brał udział w dwóch szkoleniach: w 4-godzinny spotkaniu rady pedagogicznej oraz 2-dniowych warsztatach dla osób chętnych do prowadzenia działań interwencyjnych w szkole (12 godzin), prowadzonych przez certyfikowanych instruktorów programu.

Program „FreD goes net” jest adresowany do osób w wieku 14 – 21 lat, które używają różne substancje psychoaktywnych w sposób okazjonalny lub szkodliwy, często „przyłapanych” na używaniu lub posiadaniu substancji.

Celem programu jest przeciwdziałanie rozwojowi uzależnienia od narkotyków i alkoholu, a prowadzony jest z wykorzystaniem metody dialogu motywującego Millera i Rollnicka. Zazwyczaj bowiem są to osoby, które używanie substancji nie spostrzegają jako problem lub ich podejście do używania narkotyków, alkoholu cechuje ambiwalencja.

Program może być prowadzony w pozaszkolnych placówkach (publicznych i niepublicznych) oferujących pomoc profilaktyczną lub profilaktyczno–lecniczą osobom używającym narkotyków, we współpracy z instytucjami i organizacjami (partnerami) lokalnymi – szkołą, policją, podmiotami leczniczymi.

Realizatorem programu może być osoba, która ukończyła kilkudniowe szkolenie zorganizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i uzyskała certyfikat.

☛ Więcej informacji o Bazie i zawartych w niej programach rekomendowanych znajduje się na stronie: programyrekomendowane.pl

Dorota Macander

Psycholog, trener warsztatu psychologicznego oraz rekomendowanych programów profilaktycznych. Zajmuje się problematyką wychowania i profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz promocji zdrowia psychicznego. Prowadzi szkolenia (wykłady i zajęcia warsztatowe) dotyczące doskonalenia umiejętności interpersonalnych, interwencji wobec dzieci z grup ryzyka, a także konsultacje dla pracowników oświaty. Autorka i współautorka publikacji i materiałów edukacyjnych, dotyczących działań wychowawczych i profilaktyki uzależnień w szkole i placówce oświatowej.

Lista programów według poziomów rekomendacji:

Poziom I – PROGRAM OBIECUJĄCY

- 1) Przyjaciele Zippiego
- 2) Program Epsilon
- 3) Spójrz inaczej dla klas 4 – 6
- 4) Program Domowych Detektywów
- 5) Szkolna Interwencja Profilaktyczna
- 6) Środowiskowa profilaktyka uzależnień
- 7) FreD goes net
- 8) Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych
- 9) Laboratorium Wiedzy Pozytywnej
- 10) Debata
- 11) Program Nauki Zachowania
- 12) Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej
- 13) ARS, czyli jak dbać o miłość

- 1) Spójrz inaczej dla klas 1 – 3
- 2) Archipelag Skarbów
- 3) Program Wzmacniania Rodziny
- 4) Szkoła dla Rodziców i Wychowawców
- 5) Trzy koła
- 6) Program Unplugged
- 7) Program wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nie lubianych

Poziom III PROGRAM MODELOWY

- 1) Fantastyczne Możliwości

Poziom II – program DOBRA PRAKTYKA

Rozdział III. Wyzwania współczesnej sceny narkotykowej w kontekście filozofii redukcji szkód.

Opracowanie: Grzegorz Wodowski

Redukcja szkód traktuje używanie narkotyków jako zjawisko, które jest nieuniknione – nie walczy z nim, lecz koncentruje swoje wysiłki wokół tego, aby zminimalizować negatywne skutki zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Strategie redukcji szkód nie są niczym wyjątkowym, możemy je dostrzec w różnych obszarach życia, gdzie zupełne wyeliminowanie zagrożeń jest niemożliwe.

Nowe substancje – nowe wyzwania

Pisząc o współczesnych wyzwaniach dla redukcji szkód trudno jest nie zacząć od podkreślenia faktu pojawienia się nowych substancji psychoaktywnych (NSP) i wpływu tego zjawiska na zdrowie i porządek publiczny – szczególnie w naszym kraju, gdzie ich rozpowszechnienie należy do największych w Europie¹.

✱ **Nowe substancje psychoaktywne** zaczęły pojawiać się na większą skalę dekadę temu. Początkowe traktowanie ich jako w miarę bezpiecznych używek, trochę złagodzonej formy prawdziwych narkotyków, umożliwiło powstanie dużej liczby sklepów stacjonarnych (ponad 1,5 tysiąca w całej Polsce). Szybko okazało się, że potencjał niektórych z tych substancji dorównuje sile działania tradycyjnych nielegalnych narkotyków.

Prawo karne i działania organów ścigania, aczkolwiek nieodzowne, nie są w stanie w skuteczny sposób ochronić społeczeństwa przed narkotykami. Dziesięciolecia prohibicji nie wyeliminowały kilkunastu tradycyjnych narkotyków i, na dobrą sprawę, trudno jest sobie wyobrazić, że stanie się to teraz, gdy mamy do czynienia z niebywałą (i ciągle rosnącą) liczbą nowych substancji psychoaktywnych.

Sprawę komplikuje fakt, że status prawny wielu tych środków nie jest jednoznaczny, ani jednolity w różnych krajach, nawet europejskich. I mimo, że dynamika pojawiania się nowych substancji w ostatnim roku zmalała – to i tak „innovacyjność” producentów wyprzedza zarówno reakcje prawne, jak i naszą wiedzę na temat ich szkodliwości.

Istnieje też niebezpieczeństwo, że **dotychczasowe rozwiązania prawne w zakresie narkotyków mogą być jedną z przyczyn** tak gwałtownego wzrostu liczby i różnorodności nowych substancji, czego rezultatem jest pojawianie się narkotyków, których szkodliwość może być znacznie wyższa niż w przypadku „tradycyjnych” substancji: zagrożenia zdrowotne wynikające ze stosowania syntetycznych kanabinoidów są bez wątpienia poważniejsze niż te związane z używaniem marihuany; ryzyko przedawkowania pochodnych fentanylu jest wielokrotnie wyższe niż w przypadku heroiny.

Filozofia redukcji szkód

Używanie narkotyków jest złożonym zjawiskiem obejmującym szerokie spektrum wzorców, od eksperymentów z narkotykami po poważne nadużywanie i uzależnienie.

Wśród polskich specjalistów od pewnego czasu panuje zgoda co do tego, że działania redukcji szkód skierowane do osób ciężko uzależnionych (szczególnie tych którzy przyjmują opioidy w iniekcjach) mają głęboki sens, ponieważ pozwalają na większą kontrolę zakażeń krwipochodnych (programy wymiany igieł i strzykawek) i zmniejszają przestępczość (programy substytucyjne).

¹ Dane European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3436/06_LXAddictions_RS_NSP_FINAL.pdf

Takiego zrozumienia nie ma jednak, gdy chodzi o szerzej adresowane działania spod szyldu redukcji szkód. Głosy, że edukacja dotycząca bezpieczeństwa związanego z używaniem narkotyków skierowana do okazjonalnych użytkowników to nic innego jak tylko zachęta i „narkomański” instruktaż nie należą do rzadkości.

Okazjonalne używanie narkotyków stało się jednak w ostatnich latach zjawiskiem na tyle powszechnym, że związanych z tym zagrożeń zdrowotnych nie powinno się bagatelizować, jak również liczyć na to, że młodzi ludzie gremialnie powiedzą narkotykom NIE.

Nowi odbiorcy

„Kiedyś seks i narkotyki to były dwie różne rzeczy. Teraz zły się w jedno. Nie uprawiasz seksu bez dragów i nie bierzesz dragów bez seksu.” – mówi jeden z bohaterów dokumentalnego filmu „Chemsex”. Konsumpcja narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych stały się trwałym elementem zabawy i życia towarzyskiego osób, które na co dzień raczej stronią od nielegalnych używek, ale nie widzą nic niewłaściwego w sięganiu po nie w weekendy.

Działania wobec tych osób powinny brać pod uwagę również praktyczną edukację na temat tego, jak zachować bezpieczeństwo używania narkotyków, jak reagować na sytuacje zagrażające życiu. „Możesz się dobrze bawić, ale nie daj się zabić” – głosi slogan jednej z ulotek skierowanych do okazjonalnych użytkowników. A w poniedziałek wrócić do pracy – chcieliby się dodać.

Uważne przyglądanie się nowym trendom, tworzenie adekwatnych narzędzi oraz docieranie do różnych środowisk i miejsc, gdzie odbywa się konsumpcja narkotyków, a nade wszystko niezgoda na bagatelizowanie lub ignorowanie prawdziwych zagrożeń związanych z konsumpcją narkotyków to niekwestionowane wyzwania dla redukcji szkód.

Nowe pola oddziaływań

Nadal pod wieloma względami dziewiczym obszarem dla działań redukcji szkód jest Internet, który w dużej mierze przejął funkcję czarnego rynku narkotykowego. Tutaj też użytkownicy narkotyków zdobywają swoją wiedzę na temat substancji psychoaktywnych, ich dawkowania oraz ryzyka związanego z ich używaniem. Niestety, fora internetowe, gdzie następuje wymiana informacji między użytkownikami narkotyków, epatują beztroską i ignorancją, a przede wszystkim nie zawierają odniesień do obiektywnej wiedzy naukowej.

Z drugiej strony informacje o ryzyku używania narkotyków umieszczane w sieci przez instytucje zajmujące się profilaktyką uzależnień są zazwyczaj ignorowane przez młodzież. Wyzwaniem dla redukcji szkód jest bez wątpienia znajdowanie przekonujących metod informowania o ryzyku używania narkotyków, bez moralizowania i w sposób akceptowany przez młodych ludzi.

Redukcja szkód musi znaleźć odpowiedź na pytanie: jak, posługując się Internetem, ograniczać szkody wynikające z używania narkotyków?

Bo jeśli rewolucja technologiczna tak wyśmienicie służy dystrybucji narkotyków, to nie ma powodu, aby nie korzystać z niej dla bardziej zbożnych celów. Edukacja prowadzona online dociera do szerokiego grona odbiorców, może odbywać się za pomocą osobistych profili, wykorzystywać istniejące fora, czaty czy aplikacje (nawet randkowe). Jej niewątpliwą zaletą jest też to, że nie wymaga dużych nakładów finansowych.

Redukcja szkód a choroby zakaźne

Przyglądając się zagrożeniom zdrowotnym związanym z konsumpcją narkotyków nie możemy pominąć kwestii zakażeń HIV i HCV. Warto przypomnieć, że to właśnie strategie redukcji szkód miały w latach 90. największy wpływ na zahamowanie epidemii tych chorób.

Odpowiednia edukacja, programy wymiany igieł i strzykawek oraz podtrzymująca terapia substytucyjna stały się podstawowymi metodami przeciwdziałania epidemii HIV i HCV wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Scena narkotykowa uległa znacznym przeobrażeniom i zakażenia HIV nie spędzają już snu z powiek służbom medycznym. Czy możemy jednak – mimo, że epidemia tych chorób wydaje się w dużej mierze powstrzymana, a używanie narkotyków drogą iniekcji ma tendencję spadkową – pozwolić sobie na rezygnację z tych działań?

Wydaje się raczej, że powinny zostać **odpowiednio ocenione i dostosowane do zmian**.

Względny sukces osiągnięty w zatrzymaniu rozwoju epidemii HIV nie może uspokajać z co najmniej kilku powodów. Choćby fakt, że drugim co do wielkości segmentem nowych substancji psychoaktywnych są syntetyczne katynony, używane w niektórych środowiskach drogą iniekcji. W kolejce ustawiają się pochodne fentanylu, których dożylnie stosowanie również nie należy do rzadkości. Nie są to czynniki, które wróżyły by koniec kariery igły i strzykawki, a wraz z nimi ryzyka rozprzestrzeniania zakażeń.

Nowe substancje a zgony z powodu przedawkowań

Skoro mowa o fentanylu i jego pochodnych, to spróbujmy przyjrzeć się problemowi śmiertelnych przedawkowań. Zgony spowodowane narkotykami są na ogół (w 80 procentach) następstwem stosowania heroiny i innych opioidów. W wyniku zatruc opioidami umiera co roku ponad 8 tysięcy Europejczyków; w Polsce liczba ta waha się pomiędzy 200 a 250 osobami¹.

Szacuje się, że użytkownicy opioidów są nawet 10-krotnie bardziej narażeni na ryzyko śmierci niż ich rówieśnicy nie używający narkotyków. W Europie dominującym opioidem jest brązowa heroina. Scena narkotykowa jest pod tym względem w Polsce bardzo zróżnicowana: „kompot” odszedł do lamusa już ładnych parę lat temu, w niektórych dużych miastach jest heroina. Obserwujemy coraz większy udział w rynku medycznych opioidów, takich jak morfina czy tramadol, a także przenikających na czarny rynek preparatów używanych w leczeniu substytucyjnym – metadonu i buprenorfiny.

❁ Poważnym problemem stała się konsumpcja **fentanylu** i jego analogów – **akrylfentanylu** i **furanylfentanylu**. Działają one zdecydowanie silniej niż heroina, a co się z tym wiąże – rośnie ryzyko śmiertelnego zatrucia.

Zapobieganie śmiertelnym zatruciom

Dziś wiele osób zadaje sobie pytanie: czy zainteresowanie fentanylami będzie rosło i czy czeka nas fala zgonów wywołanych narkotykami? Rozpoczęła się dyskusja na temat dostępu użytkowników do Narkanu (naloxone) – leku który jest bardzo skutecznym antidotum na zatrucia opioidami. Taka dystrybucja ma miejsce w wielu krajach na świecie i wszystko wskazuje na to, że zwiększa bezpieczeństwo uzależnionych: to oni i ich rodziny są najczęściej świadkami przedawkowań i dysponując odtrutką – mogą uratować czyjeś życie.

Ma to miejsce m.in. Stanach Zjednoczonych, które borykają się z najpoważniejszą w historii tego kraju epidemią zgonów wywołanych opioidami. W Polsce, mimo dostępnej już donosowej formy (od grudnia 2017 r. jest zarejestrowany Nyxoid 1,8 mg, aerozol do nosa), z trudnych do zrozumienia powodów Narkan wciąż jest stosowany tylko w lecznictwie zamkniętym i karetkach pogotowia.

❁ **Istotnym czynnikiem ryzyka śmiertelnych przedawkowań** jest używanie kilku narkotyków jednocześnie. To także trend dostrzegalny w całej Europie. Z niebytu powracają barbiturany, które używane z opioidami tworzą wyjątkowo niebezpieczny tandem.

¹ Europejski raport narkotykowy EMCDDA 2017 str. 88 <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PLN.pdf>

Starsza populacja i readaptacja

Należałoby także zwrócić baczniejszą uwagę na starzejącą się grupę użytkowników (pomiędzy 40 a 50 rokiem życia) i ich problemy będące następstwami długoletniego, iniekcyjnego stosowania narkotyków. Brak odpowiedniej opieki medycznej, choroby zakaźne, mało higieniczny styl życia i wiele, wiele innych czynników spowodowało u tych osób przyspieszone fizyczne starzenie.

Dostępne obecnie wysoce skuteczne terapie eliminujące zupełnie wirusa zapalenia wątroby typu C, a także leki zatrzymujące rozwój zespołu chorobowego AIDS stwarzają okazję poprawy stanu zdrowia. Tym samym otwierają szanse na, przynajmniej częściową, readaptację społeczną.

Bezdomność, samotność i chaotyczny styl życia nie sprzyjają jednak efektywnej terapii nowymi lekami. W tym kontekście nieodzowne jest stwarzanie tym osobom odpowiednich warunków do podjęcia leczenia, poprzez wsparcie psychologiczne i poprawę sytuacji materialnej.

Możemy to osiągnąć tylko poprzez integrowanie działań programów redukcji szkód mających dostęp do grup docelowych i rozeznanie w ich potrzebach oraz działań służb socjalnych, dysponujących odpowiednią infrastrukturą i środkami.

Rozwój programów substytucyjnych

Przez wiele lat trwała w naszym kraju dyskusja nad umożliwieniem uzależnionym szerokiego dostępu do leczenia substytucyjnego z wykorzystaniem metadonu. Specjaliści leczenia uzależnień byli podzieleni co do skuteczności, a nawet co do potrzeby rozwoju tej formy oddziaływań leczniczych. Koniec końców, w większości dużych miast powstały programy substytucyjne obejmując leczeniem nawet do 2 tysięcy osób uzależnionych od opioidów.

Teraz jednak ich formuła wydaje się przestarzała. Codzienne zgłaszanie się po lek substytucyjny, intensywny nadzór nad leczeniem i kontrola abstynencji są z całą pewnością uzasadnione na początkowych etapach leczenia, lecz w dłuższej perspektywie sprzyjają jedynie gettyzacji i dalszej stygmatyzacji uzależnionych. Po drugie leczenie substytucyjne w takiej formie nie jest w stanie dotrzeć do uzależnionych w tych ośrodkach miejskich, gdzie zapotrzebowanie na tę formę terapii jest mniejsze.

Odpowiednim rozwiązaniem wydaje się prowadzenie leczenia substytucyjnego przez lekarzy rodzinnych lub przynajmniej lekarzy psychiatrów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Warto też dodać, że koszt tak prowadzonego leczenia byłby zdecydowanie niższy niż w programach lekowych zakładając nawet całkowitą refundację kosztów leku. Natomiast pacjenci, zamiast dusić się w dawnych środowiskach, mogliby zająć się realizacją najważniejszych celów terapii.

✳ Coraz powszechniej wykorzystywanym w terapii substytucyjnej lekiem jest **buprenorfina**. Jej wpływ na ograniczanie zdolności poznawczych pacjentów jest mniejszy niż metadonu, a profil bezpieczeństwa zdecydowanie wyższy. Co więcej, technologie farmaceutyczne stwarzają dodatkowe możliwości, chociażby w postaci preparatów implantowanych podskórnie, których stabilne działanie może trwać nawet pół roku.

Warto dodać, że korzyści płynące z leczenia substytucyjnego nie ograniczają się tylko do redukcji zachorowalności i śmiertelności pacjentów, ale uwidaczniają się także w spadku przestępczości wśród uzależnionych od narkotyków.

Redukcja szkód a penalizacja

Problem odpowiedzialności karnej za posiadanie narkotyków na własny użytek ma poważny wpływ nie tylko na społeczne funkcjonowanie użytkowników.

Prohibicja przekłada się również na ograniczenia w zakresie organizowania niektórych programów redukcji szkód. Tzw. pokoje higieniczne, w których użytkownicy mogą przyjmować substancje

w warunkach zapewniającym im względne bezpieczeństwo zdrowotne (szczególnie jeśli chodzi o śmiertelne zatrucia narkotykami) działają już w dziesięciu krajach europejskich.

Aby tego typu przedsięwzięcia były możliwe w naszym kraju, przepisy karne umożliwiające ściganie tzw. przestępstw konsumenckich (m.in. posiadania niewielkich ilości narkotyków na własny użytek) powinny ulec zmianie. Wdrażanie takich projektów – z uwagi na ich kontrowersyjność – wymaga współpracy i zaangażowania najważniejszych instytucji zajmujących się problemami narkotyków i narkomanii, w tym policji.

Trudno jest w krótkim tekście wyliczyć i opisać wszystkie wyzwania, jakie stawia przed redukcją szkód współczesna scena narkotykowa. Zaletą tego podejścia jest uniwersalność i możliwość racjonalnego reagowania na wszelkie zagrożenia związane z narkotykami i ich stosowaniem.

Warunkiem powodzenia jest przede wszystkim szerokie uznanie tych wartości, które leżą u podstaw filozofii redukcji szkód: że każdy z nas ma prawo do pomocy zdrowotnej bez względu na źródło ryzyka podejmowanych zachowań i że wizja świata wolnego od narkotyków jest tyleż szlachetna, co utopijna.

Grzegorz Wodowski

Socjolog i specjalista terapii uzależnień. Kieruje Poradnią MONAR w Krakowie, prowadzi zarówno programy redukcji szkód, jak i działania związane z leczeniem uzależnień. Członek założyciel Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej. Autor wielu publikacji o tematyce uzależnień.

Rozdział IV. Nowe substancje psychoaktywne.

Opracowanie: Marta Jabłońska

W pierwszych latach XXI wieku w Polsce pojawiły się sygnały mogące świadczyć o ograniczeniu rozpowszechnienia i używania narkotyków, a także poprawie stanu zdrowia i bezpieczeństwa osób po nie sięgających.

Między innymi wyniki prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) badań ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), a także badań „Młodzież” prowadzonych przez Fundację CBOS, wskazywały na zmniejszające się wśród młodzieży rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych w latach 2003–2008 (Jabłoński, Malczewski, 2014). Zahamowanie to okazało się jednak krótkotrwałe, jako że na scenie narkotykowej pojawiło się nowe zjawisko, które gwałtownie zmieniło jej ilościowy i jakościowy charakter.

W wyniku globalizacji, dynamicznego rozwoju nowych technologii, w tym głównie Internetu, na rynku europejskim w krótkim czasie pojawiła się niespotykana dotychczas ilość nieznanymi różnorodnych substancji psychoaktywnych, nie podlegających kontroli prawa międzynarodowego.

Dla przykładu, **do 2016 roku na rynku pojawiło się ponad 620 nieznanymi dotąd substancji**, sprzedawanych jako „legalne” zamienniki niedozwolonych środków psychoaktywnych. W samym roku 2016 do Systemu Wczesnego Ostrzegania (*Early Warning System – EWS*) wpływało średnio **jedno zgłoszenie nowego narkotyku tygodniowo** (EMCDDA, 2017).

Podstawowa terminologia

„Dopalacze” to obiegowa nazwa, określająca pewną grupę substancji psychoaktywnych o podobnym działaniu do znanych substancji nielegalnych, kontrolowanych na mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Kidawa, 2013). Geneza określenia datowana jest na 2008 rok, kiedy w Polsce powstał pierwszy sklep internetowy z ofertą sprzedaży tego rodzaju substancji, o nazwie „Dopalacze.com” (Jabłoński, Malczewski, 2014). Mimo iż nazwa ta do dzisiejszego dnia jest najbardziej popularna i rozpoznawalna, odnosi się ona przede wszystkim do handlowych nazw produktów (jak np. „Funky”, „Kokolino”, „Sztynny Misza”), nie zaś do substancji czy odczynników chemicznych w nich zawartych (czyli, zgodnie z jedną z analiz wykonanych przez Narodowy Instytut Leków, odpowiednio: MDPBP, Pentedron, UR–144).

Nazwą nawiązującą do chemicznego rodowodu tej grupy substancji, w ostatnim czasie promowaną przez środowiska profesjonalnie związane z tematyką uzależnień, jest nazwa „Nowe Substancje Psychoaktywne”, w skrócie „NSP” (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko–Wierzbicka, 2017).

Według EMCDDA (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction/Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii*)¹ NSP definiowane są jako: *nowe środki odurzające oraz substancje psychotropowe, w formie czystej lub przetworzonej, które nie są kontrolowane na mocy konwencji Narodów Zjednoczonych, które jednak mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego porównywalne do zagrożenia jakie mogą powodować substancje ujęte w tych konwencjach.*

1 Adres strony: emcdda.europa.eu

Podział i działanie substancji

Dostępne źródła nie zawierają jednorodnego oficjalnego systemu klasyfikacji NSP. Jednym z najprostszymi jest ten zaczerpnięty ze strony *drugs-forum.com* (2018), który zakłada podział NSP na pięć grup substancji.

W niektórych klasyfikacjach grupę dysocjantów traktuje się jednak jako podkategorię grupy stymulantów, a tym samym wyróżnia się cztery podstawowe grupy, charakteryzujące się różnym działaniem:

Tabela 1: Podział NSP ze względu na działanie

Grupa	Naśladowanie	Działanie	Przykłady
1. SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	marihuana	podobne do THC	serie: JWH, AM, UR
2. (PSYCHO) STYMULANTY	amfetamina, kokaina	pobudzające	syntetyczne katynony (Mefedron, Pentedron) piperazyny (BZP) , piperidyny i pirolidyny (MDPV, α -PVP)
3. PSYCHODELIKI	LSD, grzyby halucynogenne	halucynogenne	tryptaminy (4-HO-MET), fenyloetyloaminy (serie: NBOMe, 2C), ergoliny (ALD-52)
4.* DYSOCJANTY	ketamina, PCP	Halucynogenne + redukujące sygnały z mózgu do świadomości	Metoksetamina (MXE)
5. ŚRODKI SEDATYWNE	heroina i morfina, leki uspokajające i nasenne	uspokajające	syntetyczne opioidy (MPPP), benzodiazepiny (Fenazepam)

* w niektórych zestawieniach występują łącznie z psychodelikami

Źródło: *drugs-forum.com*

Filary przeciwdziałania zjawisku NSP w Polsce

Zmiany w prawie europejskim i krajowym

W Europie - a więc także w Polsce - prawo narkotykowe regulowane jest na mocy dwóch konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych z 1961 i 1971 roku: *Jednolitej Konwencji o Środkach Odurzających* oraz *Konwencji o Substancjach Psychotropowych*, definiujących listę substancji, do których kontroli zobowiązane są wszystkie państwa członkowskie (Zięba, Ball, 2011), uzupełnionych Konwencją o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi sporządzoną w Wiedniu w 1988 roku (Dz. U. poz.69 z dn. 20 lutego 1995r.).

Przepisy krajowe opierają się na Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (UPN), a także nowelizacjach tej ustawy oraz odpowiednich rozporządzeniach. Jedną z pierwszych nowelizacji dotyczących zjawiska używania NSP powstała w odpowiedzi na pilną potrzebę ograniczenia zjawiska ich konsumpcji, dystrybucji i wytwarzania. Na mocy nowelizacji UPN, do tych wykazów środków kontrolowanych dopisywane były kolejne substancje.

8 MAJA 2009 ROKU WESZŁA W ŻYCIE NOWELIZACJA wprowadzająca kontrolę nad dwoma substancjami, a także 15-u roślinami najczęściej występującymi w składzie NSP. 25 sierpnia 2010 roku nowela poskutkowała wprowadzeniem kontroli prawnej nad kolejnymi substancjami.

W listopadzie 2010 r., w odpowiedzi na prężnie rozwijający się rynek nowych substancji oraz niską skuteczność dotychczasowych działań, na mocy nowelizacji do powyższej ustawy, wprowadzono definicję „środka zastępczego”, czyli każdej substancji pochodzenia naturalnego i syntetycznego w każdym stanie fizycznym; lub też produktu, rośliny, grzyba lub ich części, które zawierałyby takie

substancje; używanej zamiast substancji nielegalnej; której wytwarzanie i wprowadzenie do obrotu nie byłoby regulowane innymi przepisami).

- ✿ Ta sama nowela przyznała Państwowemu Inspektoratowi Sanitarnemu prawo do wstrzymania w drodze administracyjnej procesu wytwarzania lub wprowadzania do obrotu każdego produktu, co do którego istniałoby podejrzenie, że może on stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi, a także wycofania go z rynku na okres potrzebny do przeprowadzenia badań (do 18 miesięcy).

- ✿ Oprócz tego zakazano reklamy i promocji produktów przez sugerowanie, że posiadają właściwości takie jak substancje psychotropowe czy środki odurzające, wprowadziła też kary za łamanie tych przepisów (od 20000 do 1000000 PLN).

- ✿ Na listę środków kontrolowanych wpisano kolejne substancje. 8 czerwca 2011 uchwalona przez sejm nowelizacja wprowadziła na listę substancji kontrolowanych kolejne 23 substancje. Na mocy nowelizacji ustawy, która weszła w życie 1 lipca 2015 roku wprowadzono nową definicję NSP, czyli substancji pochodzenia naturalnego jak i syntetycznego w każdym stanie fizycznym, oddziałującej na ośrodkowy układ nerwowy, określonej w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia.

- ✿ Zredefiniowano nazwy „środek zastępczy” jako nazwę odnoszącą się do produktów oraz „NSP” jako nazwę odnoszącą się do chemicznego rodowodu substancji. Na mocy noweli powołano również Zespół ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi, związanego z używaniem NSP. Służby celne uzyskały możliwość egzekwowania zakazu wwozu nowych substancji na teren kraju. Dodatkowo, delegalizacją objęto kolejne 114 substancji (Jabłoński, Malczewski, 2014).

AKTUALNIE TRWAJĄ PRACE NAD NASTĘPNĄ NOWELIZACJĄ, która zakłada, że kolejne środki psychoaktywne będą wpisywane na listę substancji kontrolowanych na mocy rozporządzenia, a nie, jak dotychczas, na mocy nowelizacji, co powinno znacząco skrócić okresy pomiędzy kolejnymi delegalizacjami.

Nowelizacja ma również doprecyzować definicję NSP zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 15 listopada 2017 roku, zakładającą włączenie nowych substancji psychoaktywnych do grupy narkotyków. Ma objąć prawem karnym: przetwarzanie, przerób, przywóz, dostawę, nabycie i wywóz NSP; doprecyzować zakaz promocji i reklamy (nie tylko, jak dotychczas, w odniesieniu do środków zastępczych, ale także NSP).

Na mocy tej nowelizacji Główny Inspektorat Sanitarny ma zostać zobowiązany do prowadzenia rejestru domen internetowych, na których odbywa się sprzedaż NSP, a każdorazowo nowy wpis do rejestru ma skutkować usunięciem adresu z systemów teleinformatycznych w ciągu 48 godzin, wejście na stronę ma natomiast skutkować przekierowaniem na stronę GIS, zawierającą komunikat dla odbiorców.

Ma zostać także wprowadzona konieczność zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wszystkich przypadków zatrucia NSP, GIS natomiast ma być zobowiązany do prowadzenia i aktualizowania co miesiąc ich rejestru. Rekomendowane jest także powołanie Inspektora ds. Substancji Chemicznych, mającego prowadzić nadzór nad wydawaniem zezwoleń dla poszczególnych branż (np. produkcyjnej) na wykorzystywanie niektórych substancji zdelegalizowanych.

- ✿ Za wszelkie czynności związane z wprowadzaniem na rynek NSP grozić będzie odpowiedzialność karna, tak jak w przypadku narkotyków. Kolejne substancje mają być też wpisane na listę środków kontrolowanych. Co jednak najważniejsze, najnowsza nowelizacja ma w zamiarze wprowadzić prawo generyczne, dzięki któremu definiowane i delegalizowane będą nie poszczególne substancje w miarę ich pojawiania się na rynku, a całe ich grupy (legislacja.rcl.gov.pl, 2018).

Akcje bezpośrednie organów państwowych

Na skutek rosnącej liczby informacji o hospitalizacjach związanych z zażyciem „dopalaczy”, a także doniesień medialnych na temat ciężkich zatruc, a w niektórych przypadkach zgonów związanych z ich zażyciem, poczynawszy od października 2010 roku, działając na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zakładającej możliwość unieruchomienia zakładu pracy lub jego części, zamknięcia obiektu użyteczności publicznej czy wycofania z obrotu środka spożywczego, przedmiotu użytku czy innego wyrobu, którego spożycie mogłoby powodować bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia, funkcjonariusze Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy współpracy z funkcjonariuszami Policji w krótkim czasie zamknęli 1378 sklepów sprzedających środki zastępcze (Jabłoński, Malczewski, 2014).

Corocznie, od 2011 r. do 2015 r., lawinowo wzrastały wszystkie wskaźniki związane z działalnością GIS oraz współpracujących organów państwowych (Policji, CBS, Służby Celnej, Straży Miejskiej, Urzędu Skarbowego, Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej) w związku z prowadzoną przez nie walką ze zjawiskiem NSP w Polsce (tabela 2).

Dopiero dane z 2016 roku pokazują skuteczność prowadzonych działań, w efekcie których zlikwidowano znaczną większość stacjonarnych punktów sprzedaży, a co za tym idzie – wskaźniki dotyczące powyższych działań służb obniżyły się (GIS: 2013, 2014, 2016).

Tabela 2: Akcje bezpośrednie ukierunkowane na walkę z NSP w latach 2011–2016

Rok	Kontrole	Decyzje o czasowym wycofaniu produktu	Zabezpieczone produkty	Pobrane próbki laboratoryjne	Kary finansowe (PLN)	Zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa
2011	335	*	1.819	35	*	*
2012	548	*	≈20.000	443	495.000	*
2013	687	*	21.652	1.422	≈10.000.000	*
2014	651	352	52.714	1.630	14.007.100	79
2015	1425	586	73.295	2.590	25.128.000	135
2016	893	393	38.626	1.222	14.162.100	101

* Nie dotyczy

Źródło: raporty GIS z lat: 2013–2016

Monitoring i badania EWS (Early Warning System)

Jednym z fundamentalnych działań podejmowanych wobec problemu NSP jest monitorowanie sceny substancji psychoaktywnych w Europie w ramach współpracy w obrębie EMCDDA, poprzez system EWS. Jego celem jest identyfikacja nowych substancji psychoaktywnych i ocena ryzyka związanego z ich używaniem, a także wymiana informacji pomiędzy państwami. W Polsce monitoring w ramach EWS prowadzony jest przez CINN (Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Jabłoński, Malczewski, 2014).

Badania laboratoryjne próbek

Ważnym elementem są również badania laboratoryjne próbek „dopalaczy”, dzięki którym dokonywana jest na bieżąco identyfikacja NSP i dzięki którym wiadomo m.in., że oferowane na rynku produkty są często mieszanką kilku substancji, a także że często zawierają substancje nielegalne – według badań NIL (Narodowego Instytutu Leków) jedynie 17% badanych produktów zawierała wyłącznie jedną substancję, a substancje nielegalne zidentyfikowano w 5% produktów (Jabłoński, Malczewski, 2014).

Z kolei analiza próbek substancji przeprowadzona na potrzeby badania I-trend (Internet tools for research in Europe on new drugs) wykazała, że zawartość próbek zamówionych w najpopularniejszych polskich sklepach z „dopalaczami” znacząco różniła się od deklarowanej – i tak np. Pentedron identyfikowany był zarówno w próbkach opisanych jako Pentedron, jak i tych opisanych jako: 3,4-DMMC, Brededron, MPPP czy Etylokatynon (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka, 2017).

Badania ilościowe

Używanie NSP w populacji generalnej

W przeprowadzonych przez Fundację CBOS badaniach dotyczących używania NSP w populacji generalnej do ich używania przyznał się niewielki odsetek osób (1,4%) w wieku 15–64 lat. W 2013 roku z kolei badania ilościowe na reprezentatywnej próbie 1000 osób przeprowadził TNS Polska we współpracy z CINN KBPN.

Badania te wykazały, że przynajmniej jednorazowy kontakt z NSP miało 2% respondentów. Największy odsetek wśród analizowanych grup wiekowych uzyskały osoby w wieku 20–24 lata (8%), o połowę mniejszy osoby w wieku 15–19 lat (4%), jeszcze nieco mniejszy zaś w grupie wiekowej 25–34 lata (3%). Wśród osób w wieku powyżej 34 lat odsetek ten był marginalny. Wyniki te wyraźnie sugerują, że zjawisko używania NSP dotyczy przede wszystkim osób bardzo młodych (Jabłoński, Malczewski, 2014).

Używanie NSP wśród młodzieży

Jednym z pierwszych badań dotyczących problemu NSP przeprowadzonym w Polsce było badanie „Młodzież” zlecone już w 2008 roku (niedługo po pojawieniu się pierwszych sklepów z „dopalaczami” w kraju) Centrum Badania Opinii Społecznych (CBOS) przez KBPN.

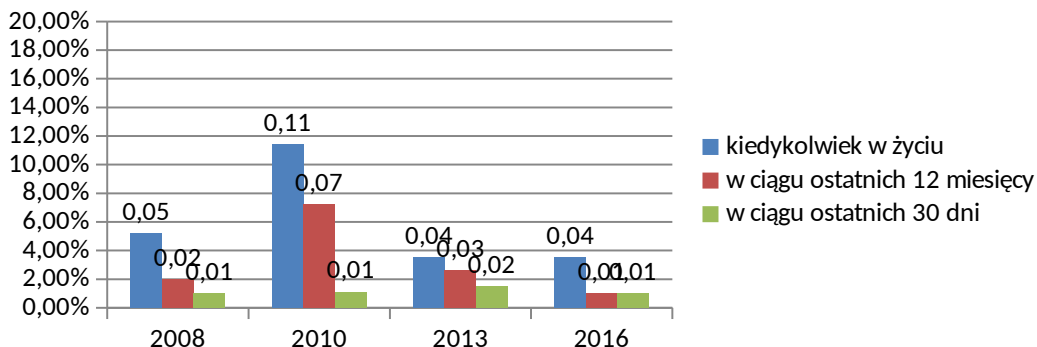
W badaniu tym osoby badane w wieku 18–19 lat pytane były m.in. o doświadczenie używania „dopalaczy”. Badania zostały zreplicowane także w 2010 roku (w momencie gdy sieć sprzedaży NSP była w Polsce najbardziej rozwinięta), w roku 2013 (a więc w 3 lata po zlikwidowaniu większości sklepów na skutek działań GIS) oraz w roku 2016.

Okazało się, że od 2008 roku do roku 2010 odsetek młodych osób, które spróbowały NSP w ciągu ostatniego roku oraz kiedykolwiek w życiu zdecydowanie wzrósł, by w latach 2013 i 2016 ponownie zdecydowanie się obniżyć. Dużych zmian nie odnotowano natomiast w kolejnych seriach badania jeśli chodzi o używanie „dopalaczy” w ciągu ostatniego miesiąca.

Wyniki te mogą wskazywać na wysoką skuteczność podjętych w 2010 roku działań GIS i ograniczenie dostępu do NSP na skutek zamknięcia sklepów stacjonarnych je oferujących, a także że działania te nie spowodowały znaczącego rozwoju internetowej sieci dystrybucji (Jabłoński, Malczewski, 2014).

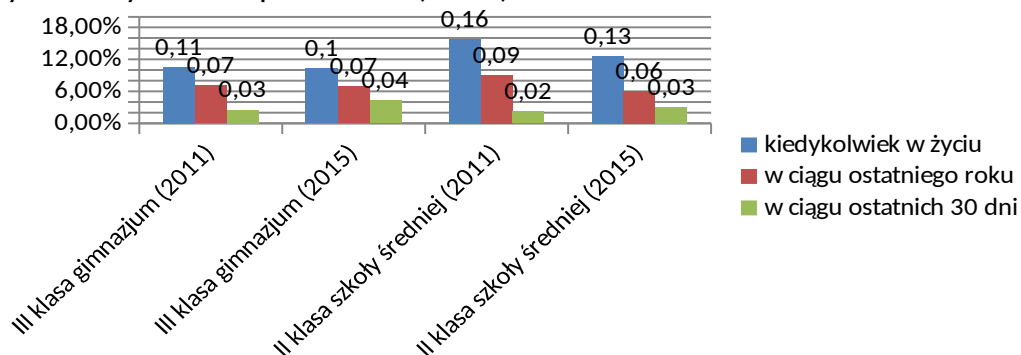
Do podobnych wniosków skłaniają wyniki badań ESPAD, realizowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), które od 2011 roku uwzględniają w kwestionariuszu także pytania dotyczące używania „dopalaczy” przez młodzież szkolną: w ciągu ostatniego miesiąca (czyli poprzedzających badanie 30 dni – tzw. „wskaźnik częstego używania”), ostatniego roku (a więc w ciągu poprzedzających udział w badaniu 12 miesięcy) czy kiedykolwiek w życiu (czyli co najmniej raz) (Jabłoński, Malczewski, 2014). Wyraźnie wskazują one na niżkowy trend używania NSP wśród młodzieży, głównie zaś przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych (Sierostawski, 2015).

Wykres 1: Używanie NSP przez młodzież w wieku 18–19 lat (CBOS)



Źródło: Fundacja CBOS i KBPN

Wykres 2: Używanie NSP przez uczniów (ESPAD)



Źródło: IPIŃ

Dane dotyczące używania NSP kiedykolwiek w życiu dostępne są także dzięki badaniom GIS (2017) „Młodzież a dopalacze”, w których do ich używania przyznało się 10,3% respondentów. Ciekawych informacji dostarczają dane dotyczące odsetka uczniów poszczególnych rodzajów szkół ponadgimnazjalnych mających doświadczenie używania NSP, wyraźnie pokazujące, że problem ten w zdecydowanie najwyższym stopniu dotyczy uczniów szkół zawodowych (24% wskazań), w nieco niższym techników (11,3%), a zdecydowanie najniższym liceów ogólnokształcących (5%).

Użytkownicy NSP

W drugiej połowie 2014 roku, w wyniku współpracy Uniwersytetu Humanistyczno-Społecznego SWPS i KBPN oraz partnerskich instytucji z Holandii, Wielkiej Brytanii, Czech i Francji, przeprowadzone zostały w Polsce badania sondażowe I-trend, mające na celu pozyskanie informacji na temat użytkowników NSP. Badania prowadzone były wyłącznie wśród osób mających choćby jednorazowe doświadczenie ich używania, które osiągnęły wiek 16 lat (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka).

Grupę osób przyznających się do zażywania NSP stanowili przede wszystkim mężczyźni – około 2/3 respondentów (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka), przy czym wyniki te korespondują z wynikami uzyskanymi w badaniach CBOS oraz badaniach ESPAD, w których także do używania „dopalaczy” przyznawali się przede wszystkim mężczyźni (Jabłoński, Malczewski, 2014).

Także badania GIS (2017) przeprowadzone wśród uczniów szkół gimnazjalnych i średnich wskazują na wyższą używalność NSP przez chłopców w porównaniu do dziewcząt (60% vs. 40%).

Około 90% użytkowników w badaniu I-trend stanowiły osoby w wieku do 26 lat, co potwierdza zasadność dotychczasowego prowadzenia badań przede wszystkim wśród młodzieży. Wiek inicjacji w przypadku NSP wynosił 16 lat. Badanymi byli w większości mieszkańcy dużych miast (stosunkowo wysoki odsetek pochodził jednak z małych miast i wsi), uczący się, studiujący bądź rozpoczynający karierę zawodową (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka).

Większość respondentów nie dysponowała wiedzą na temat zawartości używanych przez siebie produktów – aż 46,3% z nich przyznało, że nie wie jakiej substancji próbowało przy okazji ostatniego użycia. NSP znane były respondentom głównie pod nazwą „dopalacze” i operowali oni przede wszystkim ich nazwami marketingowymi, nie zaś chemicznymi (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka).

Mimo iż ówczesne zestawienia (m.in. raporty GIS) wskazywały na największe rozpowszechnienie substancji z grup syntetycznych kannabinoidów i stymulantów, okazało się, że coraz większą popularnością zaczynają cieszyć się także NSP z grupy psychodelików (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka). Trend ten potwierdzają również dane z kolejnego raportu GIS (2017) oraz z Europejskiego Raportu Narkotykowego (2017), wskazujące na rosnące zainteresowanie w Europie NSP o właściwościach psychodelicznych, ale również sedatywnych (w tym benzodiazepin i syntetycznych opioidów – wśród tych ostatnich przede wszystkim zaś pochodnych fentanylu).

- Osoby badane w ramach projektu I-trend chętnie eksperymentowały, np. przyjmując różne inne substancje psychoaktywne poza NSP (narkotyki, alkohol), ale cechowała ich także różnorodność choćby w administracji NSP, nie ograniczająca się do jednej wiodącej drogi przyjmowania (np. syntetyczne katynony według deklaracji respondentów przyjmowane były przez nich zarówno wziewnie, jak i: doustnie, dożylnie, domięśniowo, rektalnie) (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka).

- Prawie połowa respondentów badania I-trend pozyskiwała NSP od znajomych (dostając je lub kupując), co może oznaczać, że w warunkach polskich ich dystrybucja odbywała się w dużej mierze poza siecią sprzedaży sklepowej, zarówno stacjonarnej jak i internetowej. Kupowanie NSP w sklepach deklarowała w sumie około 1/3 respondentów, z czego większość w punktach stacjonarnych, co również sugeruje, że sprzedaż NSP online nie cieszy się wciąż w Polsce dużą popularnością (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka).

- Również wyniki badania „Młodzież a dopalacze” wiodą do podobnych wniosków – wśród uczniów mających doświadczenie używania NSP aż połowa wskazała na otrzymanie ich od znajomego, a ponad 1/3 wskazywała także na zakup od osoby znajomej, mniejszymi wskazaniem cieszyły się natomiast odpowiedzi świadczące o zakupieniu substancji od dilerka czy w sklepie stacjonarnym bądź internetowym (GIS, 2017).

Szkody zdrowotne

Respondenci badania I-trend pytani byli również o odczuwanie negatywnych efektów po zażyciu NSP – prawie połowa z nich przyznała się do ich występowania. Wskazywano przede wszystkim na takie skutki psychiczne jak: napady agresji, zmęczenie i senność, lęk, stany depresyjne; i fizyczne: palpacje i bóle serca, problemy z oddychaniem, bóle i skurcze mięśni, szczykościsk, mdłości i wymioty, odwodnienie i biegunki, drżenie ciała, a nawet drgawki.

Najbardziej szkodliwą grupą substancji okazały się dostępne w tym okresie na polskim rynku stymulanty, w tym przede wszystkim: Pentadron, Alfa-PVP, 3-MMC, jednak niemal równie często wskazywano jeden z syntetycznych kannabinoidów: AM-2201. Ponad 90% osób odczuwających negatywne skutki użycia NSP nie zgłosiła się po pomoc medyczną (Jabłońska, Kidawa, Malczewski, Sałustowicz, Wiszejko-Wierzbicka).

Na uwagę zasługują także dane udostępnione przez dr n. med. Piotra Burdę – Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Toksykologii Klinicznej, kierownika Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie – dotyczące zatruc i podejrzeń zatruc NSP na terenie kraju oraz zgonów nimi spowodowanych, które wskazują na lawinowy wzrost ich liczby w latach 2013–2015 (w tym najwyższy w województwach: łódzkim i śląskim).

Z kolei w roku 2016 nastąpił ich zdecydowany spadek – w przypadku zgonów, dla przykładu, osiągnięty poziom zbliżony do tego z roku 2013 (GIS, 2017) – mogący świadczyć o zahamowaniu rozwoju zjawiska używania NSP, który z dużym prawdopodobieństwem jest wynikiem rzetelnie prowadzonej na różnych płaszczyznach wieloletniej walki organów państwowych z „dopalaczami”.

Profilaktyka

Na przestrzeni ostatnich lat instytucje zaangażowane w prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania NSP, prowadziły szereg zakrojonych na szeroką skalę akcji związanych z edukacją publiczną.

Internet

Wśród nich na szczególną uwagę zasługują działania realizowane w środowisku internetowym, adresowane do młodzieży jako najbardziej prawdopodobnej grupy użytkowników NSP (np. akcja KBPN „Dopalacze mogą Cię wypalić. Poznaj fakty” prowadzona poprzez stronę www.dopalaczeinfo.pl).

Na uwagę zasługuje także dostępny na kanale youtube.com adresowany do młodzieży humorystyczny klip rapera GISU (Głównego Inspektora Sanitarnego – Marka Posobkiewicza): „Stop dopalaczom” czy wyprodukowany z inicjatywy Krajowego Biura krótki film animowany o charakterze edukacyjnym, wykonany w nowoczesnej technice sketchnoting'u „Jak to działa: dopalacze” (<https://www.youtube.com/watch?v=DJUmfX9jf58>)

Media tradycyjne

O NSP w ostatnich latach dużo mówiło się również w radio i telewizji: przedstawiano wyniki badań, informowano o zagrożeniach związanych z używaniem NSP, do programów informacyjnych zapraszano ekspertów.

GIS we współpracy z TVP stworzył cykl audycji w porannym programie „Pytanie na śniadanie”, mający na celu informowanie o środkach zastępczych [GIS, 2017]). W czasie antenowym wyświetlano także różnego autorstwa spoty (w tym Policji, GIS), które choć krytykowane za naiwność przekazu, docierały do dużego grona odbiorców i były szeroko komentowane.

Programy profilaktyczne

W 2012 roku na zlecenie KBPN dr Krzysztof Wojcieszek stworzył program profilaktyki uniwersalnej „Smak życia”, adresowany do młodzieży szkolnej, w ramach którego udostępniono materiały do prowadzenia zajęć profilaktycznych dla psychologów, pedagogów szkolnych czy bardziej doświadczonych nauczycieli i wychowawców. Stworzono i udostępniono również poradniki dla rodziców: „Blżej siebie, dalej od narkotyków”, „O lekach, marihuanie, dopalaczach bez hysterii”. W ramach innej akcji KBPN „Dopalacze–Wypalacze” adresowanej do rodziców i środowisk edukacyjno–wychowawczych, przygotowany został scenariusz zajęć dla rodziców oraz ulotki (materiały dostępne na stronie KBPN). Linki do wymienionych powyżej materiałów internetowych znajdują się w bibliografii.

Wszelkie wspomniane akcje, a także wiele innych, mających na celu informowanie o zagrożeniach związanych z używaniem NSP (zdrowotnych, prawnych), popularyzację zasad zdrowego trybu życia,

kształtowanie pozytywnych wzorców czy poczucia własnej wartości, aktywizację środowisk szkolnych i rodzinnych np. poprzez organizowanie konferencji i szkoleń o zasięgu lokalnym i ogólnokrajowym, obecnie procentują, przyczyniając się do ograniczenia rozpowszechnienia używania NSP w ostatnich dwóch latach.

O szerokim dostępie do materiałów profilaktycznych świadczyć mogą wyniki badania „Młodzież a dopalacze” przeprowadzone przez GIS (2017), według których ponad 60% uczniów spotkała się z informacją o NSP w: szkole, Internecie czy w radio i telewizji, a ponad 40% otrzymała informacje na ten temat od rodziców, niemalże 20% zaś także od kolegów.

Podsumowanie – aktualne problemy i wyzwania:

Zebrane w wyniku przeprowadzonych w ostatnich latach badań dane, dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, wyraźnie wskazują, że ich użytkownicy w większości nie są świadomi zawartości używanych środków, które są przez nich kupowane lub otrzymywane pod postacią kolorowych produktów opatrzonych wymyślną marketingową nazwą.

Co więcej, okazuje się, że zawartość dostępnych próbek jest często niezgodna z deklarowaną przez wprowadzających do obrotu, a większość oferowanych na rynku produktów zawiera nie jedną, a dwie, trzy, a nawet więcej substancji. Naturalną konsekwencją tej sytuacji są niemożliwe do przewidzenia uboczne skutki zdrowotne mogące wystąpić po ich zażyciu, co tłumaczyć może zjawisko rosnącej ilości zatruć NSP, a także zgonów spowodowanych ich używaniem.

Na skutek prowadzonych na szeroką skalę bezpośrednich akcji organów państwowych, związanych z zamykaniem sklepów stacjonarnych oferujących sprzedaż „dopalaczy”, a także działań profilaktycznych, mającym na celu m.in. informowanie społeczeństwa o ich szkodliwości, udało się w ostatnich latach znacząco ograniczyć grono ich odbiorców. Także dane krajowe dotyczące zatruć i zgonów spowodowanych NSP w ostatnim roku sugerują ograniczenie ich używania.

- ✿ W dalszym ciągu grupą najbardziej narażoną jest młodzież w wieku szkolnym i studenckim, wśród której eksperymentowanie z różnymi substancjami psychoaktywnymi, także NSP, wydaje się być zjawiskiem stosunkowo powszechnym.

Dotychczasowe prawo opierało się przede wszystkim na obejmowaniu kontrolą kolejnych substancji na mocy nowelizacji Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, jednakże czas potrzebny na ich uchwalenie okazał się niewystarczający by działania te mogły pozwolić na eliminowanie na bieżąco nowo pojawiających się substancji z dynamicznie rozwijającego się rynku. W miejsce substancji delegalizowanych pojawiają się bowiem nowe – często o nieznacznie zmienionej strukturze chemicznej, przez co potencjalnie jeszcze bardziej niebezpieczne dla zdrowia i życia ich konsumentów.

KONSTRUKTYWNA ODPOWIEDZIĄ NA TEN PROBLEM ma być projektowana nowelizacja ustawy zasadniczej, wśród której głównych założeń wymienić należy uchwalenie kolejnych delegalizacji na mocy rozporządzeń (a nie, jak dotychczas, nowelizacji), co powinno znacznie ten proces przyspieszyć; a także wprowadzenie „prawa generycznego”, a więc obejmowanie kontrolą nie tylko konkretnych substancji, ale całych ich grup. Takie rozwiązania z dużym prawdopodobieństwem przyczynią się do jeszcze skuteczniejszego ograniczenia dostępu do NSP w Polsce, należy mieć jednak na uwadze, że nie wyeliminują tego zjawiska całkowicie.

- ✿ Warto nadmienić, że nie wszystkie substancje objęte kontrolą automatycznie znikają z rynku. Dobrą ilustracją tego problemu jest przykład Mefedronu, którego popularność nie słabnie mimo delegalizacji mającej miejsce w 2011 roku i który funkcjonuje obecnie jako popularny narkotyk, dystrybuowany przez dilerów.

Z kolei przytoczone w Europejskim Raporcie Narkotykowym z roku 2017 dane wskazują, że rynek NSP w dalszym ciągu się rozwija, mimo spadku wykrywania nowych substancji względem lat poprzed-

nich, a zainteresowanie konsumentów nie ogranicza się już wyłącznie do do niedawna najczęściej używanych substancji z grup: syntetycznych kannabinoidów i katynonów (stymulantów).

Szczególnie za zachodnią granicą identyfikowanych jest coraz więcej nowych substancji o działaniu halucynogennym (psychodelików), ale także sedatywnym. Trend ten można już jednak zaobserwować także w Polsce, gdzie od kilku lat na rynku pojawiają się syntetyczne opioidy (głównie pochodne fentanyl, czyli niezwykle groźnej stężonej substancji, tzw. „syntetycznej heroiny”) oraz benzodiazepiny (na wzór dostępnych na receptę leków).

Rośnie także odsetek osób używających NSP (głównie katynonów) dożylnie. Wśród bieżących problemów związanych z używaniem NSP, prawdopodobnie z racji niskiej ceny ich zakupu, należy także zwrócić uwagę na rosnącą skalę ich używania w grupach wykluczonych społecznie (m.in. wśród bezdomnych czy więźniów) (EMCDDA, 2017). Problemy te z pewnością stanowią będą wyzwaniem dla organów państwowych w kolejnych latach walki ze zjawiskiem NSP.

Marta Jabłońska

Magister Psychologii, Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny SWPS; zatrudniona na Oddziale VII Detoksykacji – Narkotyki i Inne Substancje Psychoaktywne Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie; od ponad 10 lat zajmuje się badaniem problemów związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (w ostatnich latach głównie zaś nowych substancji psychoaktywnych), zarówno poprzez udział w projektach badawczych o zasięgu lokalnym, jak i ogólnokrajowym i międzynarodowym. W latach 2014–2016 członkini polskiego zespołu badawczego I-trend (Internet tools for research in Europe on new drugs), współautorka wydanej na podstawie danych w nim uzyskanych książki "Nowe substancje psychoaktywne – nowe ryzyka i wyzwania".

Literatura:

- EMCDDA (2017): Europejski Raport Narkotykowy, Tendencje i osiągnięcia, Luksemburg
- GIS (2013): Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata zwalczania „dopalaczy” w Polsce, Warszawa
- GIS (2015): Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013–2014, Warszawa
- GIS (2017): Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych – STOP dopalaczom 2015–2016, Warszawa
- Jabłońska, M., Kidawa, M., Malczewski, A., Sałustowicz, P., Wiszejko-Wierzbicka, D. (2017): Nowe substancje psychoaktywne – nowe ryzyka i wyzwania, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa
- Jabłoński, P., Malczewski, A. (2014a): Dopalacze. Skala zjawiska i przeciwdziałanie, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa
- Jabłoński, P., Malczewski, A. (2014b): „Dopalacze” czyli nowe substancje psychoaktywne: skala zjawiska i przeciwdziałanie. Serwis Informacyjny Narkomania, 2.
- Jabłoński, P., Malczewski, A. (2014c): „Dopalacze” – skala zjawiska i przeciwdziałanie. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Kidawa, M. (2013): Dopalacze – skala zjawiska i podjęte działania. w: Malczewski a (eds), Struzik M, Kidawa M, Strzelecka A. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Sierosławski, J. (2015): Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa
- Zięba, H.R., Ball, S. (2011): Dopalacze to są narkotyki. W: Zięba H.R., Ball S. (red.). Stop dopalaczom! Pozory legalności i narkotykowy charakter dopalaczy. Medyk Sp. z o.o., Warszawa

Akty prawne:

Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (24.04.2015)

Źródła internetowe:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12305303/katalog/12472166#12472166> [dostęp z dnia: 06.04.2018]

https://drugs-forum.com/forum/showwiki.php?title=Category:Research_Chemicals&redirect=no [dostęp z dnia 26.03.2018]

<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs> [dostęp z dnia: 27.03.2018]

www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=879950 [dostęp z dnia: 29.03.2018]

www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3648729 [dostęp z dnia: 06.04.2018]

www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3208713 [dostęp z dnia: 06.04.2018]

<https://www.youtube.com/watch?v=NBw30KhEjTk&t=20s> [dostęp z dnia: 06.04.2018]

<https://www.youtube.com/watch?v=DJUmFx9jf58> [dostęp z dnia: 06.04.2018]

Rozdział V. Prawo narkotykowe w Polsce

Opracowanie: Agnieszka Sieniawska

Rozdział stanowi opracowanie wybranych przepisów Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii dotyczących realizacji strategii narkotykowych przez jednostki samorządu terytorialnego. Przedstawiam także alternatywne do karania rozwiązania prawne, które mogą być stosowane przez organy wymiaru sprawiedliwości.

Cele i zakres Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii z 2005 r. w kontekście lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii

Zasadniczym celem Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (UPN) jest ochrona zdrowia publicznego poprzez zapobieganie zjawisku narkomanii. Ustawa w sposób kompleksowy odnosi się do zagadnień związanych z problematyką ograniczania podaży i popytu na narkotyki, zaś zgodnie z art. 2.1 przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:

- 1) działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną;
- 2) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych;
- 3) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych;
- 4) nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- 5) zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- 6) nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Ustawa określa także zakres zadań realizowanych przez organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego.

Odnosząc się do perspektywy kształtowania polityki narkotykowej na szczeblu lokalnym, art. 9.1 ustawy stanowi, iż organ wykonawczy samorządu województwa opracowuje projekt *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii*, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii określone w Narodowym Programie Zdrowia. Wojewódzki Program stanowi zatem część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, zaś uchwała go sejmik województwa.

✳ Ważną rolę w procesie tworzenia miejskiej polityki narkotykowej, w tym standardów współpracy jednostek samorządu terytorialnego, pracowników oświaty, organizacji pozarządowych i skutecznych metod przeciwdziałania uzależnieniom pełnią **Eksperci Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii**, którzy powoływani są przez organ wykonawczy samorządu województwa.

W 2001 r. powołana została sieć takich ekspertów, która zajmuje się monitorowaniem problemu narkotyków i narkomanii.

Art. 7. Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wymienia **zakres zadań Eksperta Wojewódzkiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii**:

- 1) zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych;
- 2) prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników;
- 3) gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii;

- 4) formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii;
- 5) gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii;
- 6) gromadzenie i analiza informacji dotyczących nowo pojawiających się trendów w używaniu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

Rola gmin

Poza rolą władz wojewódzkich, przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących m.in. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej; czy prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży.

Wójt, burmistrz bądź prezydent miasta, w celu realizacji wymienionych zadań, opracowuje projekt Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który zostaje uchwalany przez radę gminy.

Gminy posiadają bogaty wachlarz kompetencji i zadań dotyczących przeciwdziałania narkomanii.

Gmina jako organ samorządu znajdujący się najbliżej obywateli powinna podejmować działania z zakresu leczenia, profilaktyki, edukacji czy wreszcie implementacji programów redukcji szkód¹. Jednostki samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do wdrażania gminnych i wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii, zatem mają możliwość dostosowania zakresu podjętych działań i interwencji do specyfiki i zapotrzebowania danego regionu.

Samorządy gminne mogą mieć także wpływ na zwiększanie dostępności programów leczenia substytucyjnego, ponieważ programy te mogą stanowić część oferty publicznych zakładów opieki zdrowotnej². Władze gminy, jako podmiot posiadający środki na przeciwdziałanie narkomanii oraz szerokie spektrum kompetencji do kształtowania miejskich polityk narkotykowych, powinny mieć szeroką wiedzę na temat potrzeb regionu, najlepszych lokalnych praktyk i sposobów przeciwdziałania narkomanii oraz programów profilaktycznych i edukacyjnych o potwierdzonej naukowo skuteczności – aby środki finansowe przeznaczone na zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii efektywnie i racjonalnie wydawać.

- ❁ Wydaje się, że ustawodawca wyposażył jednostki samorządu terytorialnego w odpowiednie narzędzia legislacyjne umożliwiające planowanie i prowadzenie miejskich polityk narkotykowych z dostosowaniem do potrzeb regionów.

Ponadto, organ wykonawczy samorządu województwa oraz gminy jest zobligowany ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii do sporządzenia raportu z wykonania w danym roku Wojewódzkiego Programu i Gminnego Programu i efektów ich realizacji. Pomimo tego, jak podaje Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w Warszawie, jego implementacja nie jest standardem we wszystkich gminach,

1 „Art. 10. 1.Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii: „Przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących: 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej; 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo- -rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci ©Kancelaria Sejmu s. 12/84 11.06.2018 uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii; 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.”

2 „Przeciwdziałanie narkomanii w gminie i województwie” – artykuł na portalu infor.pl http://samorząd.infor.pl/temat_dnia/387198,2,Przeciwdziałanie-narkomanii-w-gminie-i-województwie.html

choć na przestrzeni ostatnich lat wzrósł poziom wdrażania Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii z 87% do 94% gmin.

W województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, śląskim, małopolskim, lubelskim, podkarpackim oraz wielkopolskim odnotowano najwyższe odsetki gmin, które opracowały strategię przeciwdziałania narkomanii. Najwyższy odsetek (przy średniej ogólnopolskiej 94%) odnotowujemy w dolnośląskim (98%), a najniższe w województwach świętokrzyskim: 82%, warmińsko-mazurskim: 86% oraz łódzkim: 87%. W województwie mazowieckim 93% gmin opracowało strategię przeciwdziałania narkomanii.

W roku 2015 Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii został opracowany w 939 gminach, natomiast 1190 gmin opracowało wspólny dla kilku obszarów Gminny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom, zaś 60 gmin nie opracowało żadnego programu. Jak wynika z Informacji o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania narkomanii, w 2015 roku 1804 gmin (85% gmin) wspierało programy profilaktyki uniwersalnej, a 1124 gmin (53% gmin) realizowało programy profilaktyki selektywnej i wskazującej, czyli skierowanej do osób lub grup zagrożonych problemowym użytkowaniem narkotyków.

☛ Jak widać z powyższych danych, sposób i zakres realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii różnią się w poszczególnych województwach, podobnie jak skala i zakres występujących w nich problemów.

☛ System opracowania i realizacji programów niewątpliwie wymaga dalszego monitorowania, unifikacji wiedzy z zakresu rozwiązywania problemu uzależnień w skali krajowej poprzez realizację lokalnych strategii, jak i dążenia do wspólnych wysokich standardów programów i metod profilaktyki, leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych.

Zagadnienia związane ze stosowaniem wybranych przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (art. 62a, 70a oraz 72) wprowadzonych nowelizacją z dnia 01.04.2012r.

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 01.04.2012r. wprowadziła szereg rozwiązań prawnych, które umożliwiają realizację zasady „leczyć/edukować zamiast karać” w postępowaniach karnych prowadzonych wobec osób popełniających przestępstwa w związku z używaniem substancji psychotropowych i środków odurzających.

Skuteczna, zgodna z zamysłem ustawodawcy, realizacja polityki karnej wobec tej grupy podmiotów wymaga współdziałania wielu podmiotów i instytucji, w tym także władz lokalnych w zakresie chociażby zapewnienia dostatecznej liczby programów profilaktycznych i edukacyjnych o potwierdzonej skuteczności czy współpracy z jednostkami policji.

Możliwość odstąpienia od wymierzenia kary

Jedną z najistotniejszych zmian wprowadzonych nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej UPN) było dodanie po art. 62 przepisu 62a, który umożliwia prokuratorowi umorzenie postępowania karnego i odstąpienie od wymierzenia kary, w przypadkach posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych w nieznacznej ilości, przeznaczonych na własny użytek sprawcy.

Pełne brzmienie artykułu 62a.: *Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3¹, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy,*

1 Art. 62.1 Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust.1, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

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.

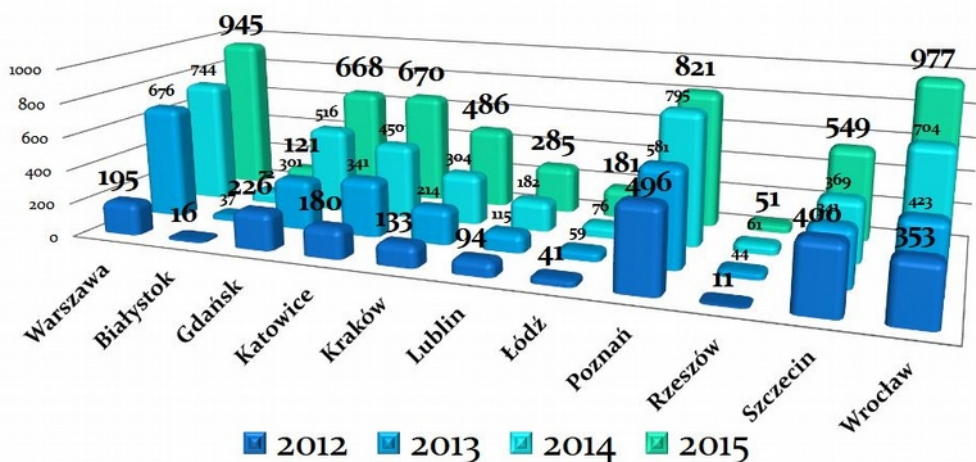
* Artykuł ten nie obowiązuje obligatoryjnie, w związku z czym pozostawia dowolność w zakresie zastosowania przez prokuratora. Wprowadzenie fakultatywności zastosowania przepisu argumentowane było wyeliminowaniem automatyzmu w praktykach prokuratorsko-sądowych i zachowaniem zasad indywidualizmu w rozpatrywaniu każdej sprawy jednostkowo.

Chociaż stosowanie przepisu zgodnie z zamysłem ustawodawcy może doprowadzić do redukcji prowadzenia błahych spraw, niezwiązanych z poważną przestępczością narkotykową, to **praktyka kształtowania dobrego wzorca postępowań następuje bardzo powoli.**

W 2015 r. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości przeprowadził badanie dotyczące stosowania art. 62a przez jednostki organizacyjne prokuratury¹. Na 261 wybranych losowo prokuratur rejonowych, do których zgłoszono się z prośbą o nadeślanie akt trzech spraw zakończonych prawomocnie w 2014 roku, w których zastosowano badany przepis art. 62a, akta przestało zaledwie 150 prokuratur, tj. 57,47%. Pozostałe nie prowadziły w ogóle takich spraw, co zapewne oznacza, że nie stosują w praktyce art. 62a – wątpliwą jest bowiem możliwość, aby przez cały 2014 rok jednostki te nie prowadziły spraw o posiadanie niewielkich ilości substancji psychoaktywnych kwalifikujących się do umorzenia na podstawie art. 62a UPN.

STATYSTYKA Z 2015 r. zilustrowana poniżej, pokazuje, że na przestrzeni 4 lat (2012–2015) art. 62a był stosowany coraz częściej. Dotyczy to przede wszystkim apelacji **wrocławskiej, warszawskiej** oraz **poznańskiej**. Natomiast umorzenia spraw ogółem na podstawie art. 62a w 2012 r. to 2154, w 2013r. to 3132, w 2014r. to 4273 w 2015r. to 5754².

Liczba spraw umorzonych przez prokuraturę na podstawie przepisu art. 62a u.o.p.n. wg. apelacji. Porównanie 2012/2013/2014/2015



3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

1 M. Jankowski, S. Momot „Stosowanie przepisu art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”, Warszawa 2015
 2 Dane Ministerstwa Sprawiedliwości, opracowanie Barbara Wilamowska, Warszawa 2016.

Na podstawie przytoczonych danych widać, że prokuratorzy coraz częściej dostrzegają zasadność stosowania przepisu. Jednak w skali wszczynanych co roku postępowań karnych z UPN – około 20–23 tys. rocznie¹ – wydaje się, że umorzenia są nadal zbyt rzadko stosowane.

Leczyć zamiast karać

Artykuły 70a oraz 72 UPN wprowadzają niezwykle istotne mechanizmy umożliwiające stosowanie oddziaływań leczniczych, rehabilitacyjnych oraz edukacyjno–profilaktycznych zarówno wobec osób uzależnionych od narkotyków, jak i używających szkodliwie lub rekreacyjnie.

Artykuł 70a nakłada na prokuratora obowiązek wprowadzenia do procesu certyfikowanego specjalisty terapii uzależnień, który jako quasi–biegły zostaje powołany do zbadania sprawcy przestępstwa narkotykowego w celu wydania opinii na temat charakteru używania środka odurzającego (czy jest osobą uzależnioną, szkodliwie używającą, czy też nie ma zdrowotnych problemów w związku z używaniem narkotyków)².

Opinia wskazująca, że sprawca może mieć problem zdrowotny związany z używaniem narkotyków i w związku z tym popełnił przestępstwo, może być podstawą do zastosowania art. 72 UPN i wydania postanowienia o zawieszeniu postępowania karnego na okres stosowania oddziaływań pomocowych – leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno–profilaktycznym.

Po zakończeniu tych oddziaływań, prokurator, uwzględniając ich wyniki, może wystąpić z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania, również w wypadkach wcześniejszej karalności sprawcy. Poprzednia formuła tego artykułu nie funkcjonowała w praktyce, ponieważ warunkowe umorzenie postępowania karnego nie mogło być stosowane wobec sprawców uprzednio karanych³. Tymczasem osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych popełniają różnego rodzaju przestępstwa, głównie przestępstwa przeciwko mieniu (kradzieże, oszustwa), gdyż całe ich życie jest skoncentrowane na pozyskiwaniu narkotyków i ich zażywaniu, co wiąże się z potrzebą nieustannego „organizowania” pieniędzy.

☛ Jak wynika z wywiadów prowadzonych ze *street workerami* oraz osobami uzależnionymi, średnia dzienna dawka heroiny dla osoby uzależnionej kosztuje 200 zł netto, co daje sumę 6000 zł netto miesięcznie. Zdobycie takiej sumy pieniędzy jest związane z potrzebą zakupu narkotyku w celu użycia i najczęściej staje się niemożliwe do osiągnięcia legalnymi sposobami⁴.

1 Dane Głównej Komendy Policji z 2011r.

2 Pełne brzmienie przepisów:

Art. 70a. 1. Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie przez osoby, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty terapii uzależnień, informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.

Art. 72. 1. Jeżeli osoba uzależniona lub używająca szkodliwie substancji psychoaktywnej, której zarzucono popełnienie przestępstwa pozostającego w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej, zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 5 lat, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno–profilaktycznym prowadzonym przez podmiot leczniczy lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie.

2. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno–profilaktycznym, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania.

3. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, warunkowe umorzenie postępowania można także zastosować wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Zastosowaniu warunkowego umorzenia postępowania nie stoi na przeszkodzie uprzednia karalność sprawcy.

3 Łukasz Serebnicki, *Artykuł 72 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jako alternatywa kary wobec kary pozbawienia wolności*, 2008r.

4 Anonimowe wywiady przeprowadzone z 25 ekspertami i praktykami redukcji szkód w 2012 r. na zlecenie Hungarian Civil Liberties Union, Warszawa 2012r.

Z badań programu Topic II na temat funkcjonowania art. 72 UPN wynika, że osoba uzależniona od opiatów popełnia średnio 10 przestępstw dziennie, aby zdobyć środki na zakup substancji na czarnym rynku.

Czyny te są popełniane w związku z uzależnieniem, co kwalifikuje sprawców do grona osób, wobec których skierowanie do oddziaływań pomocowych w ramach postępowania karnego jest zasadne¹. Jednak, paradoksalnie, wcześniejsza karalność sprawców tej grupy przestępstw uniemożliwiała zastosowanie art. 72 UPN, gdyż przepisy prawa karnego materialnego stawiają warunek uprzedniej niekaralności. Efektem było powstanie błędnego koła nieskutecznych i kosztownych kar oraz powrotności do nałogu, a co za tym idzie – związanej z nim przestępczości w miejscu likwidacji przyczyny, tj. samego uzależnienia.

Zniesienie warunku niekaralności w ramach wyjątku wprowadzonego w art. 72 UPN otwiera drogę do zastosowania odpowiednich oddziaływań, co powinno wpłynąć na zwiększenie liczby osób podejmujących leczenie, terapię, rehabilitację lub decydujących się na udział w programach edukacyjno-profilaktycznych, o ile ich dostępność w całej Polsce będzie wystarczająca.

Agnieszka Sieniawska

Przewodnicząca Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, absolwentka Prawa Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, prawniczka programu Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Od 2009 r. prowadzi działania advokacyjne związane zarówno z pomocą prawną, jak i działalnością zmierzającą do zmiany prawa narkotykowego. Brała udział w pracach nad zmianą prawa narkotykowego, którego nowelizacja weszła w życie z grudnia 2011r. Autorka raportów oraz publikacji na temat prawa narkotykowego i polskiej polityki narkotykowej.

¹ Program pilotażowy Topic II był realizowany w latach 2008–2009 w Warszawie i testował możliwość stosowania środków probacyjnych dostępnych w ramach art. 72 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Rozdział VI. Współpraca i pragmatyzm. O skutecznej polityce narkotykowej w europejskich miastach.

Opracowanie: Magdalena Dąbkowska

Szwajcaria, Dania, Portugalia, Holandia, Czechy – istnieje kilka państw, które zbierają zasłużone wyrazy uznania za swoje polityki narkotykowe. Kiedy przyjrzeć się procesom, w których rozwinęły one swoje strategie i działania w tej dziedzinie, okaże się jednak, że osiągnięcia na poziomie krajowym wyrosły często na gruncie innowacyjnych rozwiązań poszczególnych miast czy regionów. Postawione przed koniecznością zmierzenia się z poważnymi problemami społecznymi, to miasta właśnie (np. Zurych czy Kopenhaga) stały się inkubatorami racjonalnych i efektywnych rozwiązań.

Lizbona

W Portugalii końcówki lat 90. XX wieku, jak wykazały badania Eurobarometr, ogół zjawisk związanych z używaniem narkotyków, głównie heroiny, którą konsumowano w miejscach publicznych, był postrzegany jako problem społeczny numer jeden.¹ w Lizbonie niechlubną sławą okryła się z powodu powszechnej obecności narkotyków uboga dzielnica Casal Ventoso. Już na początku lat 90. na potrzeby lokalnej społeczności uruchomiono tam – nie mające jeszcze na tym etapie oparcia w ogólnokrajowej legislacji – programy wymiany igieł i strzykawek oraz niskoprogowy program metadonowy. Na ulicach pojawiły się małe zespoły streetworkerów złożone z pracownika socjalnego, pielęgniarki i psychologa².

W 1998 roku rząd Portugalii powołał zespół ekspertów różnych dziedzin (medycyny, prawa, psychologii, socjologii), w tym także aktywistów, który opracował wytyczne dla krajowej strategii. Rząd zaakceptował rekomendacje niemal w całości i na początku XXI wieku wprowadzono nową politykę narkotykową, która zdekryminalizowała posiadanie do 10 dziennych dawek narkotyków, poszerzyła dostępność do leczenia i umożliwiła rozwinięcie skrzydeł działaniom lokalnym m.in. usystematyzowała i upowszechniła działania z zakresu redukcji szkód³.

W efekcie zespoły outreach work⁴ pojawiły się w całym kraju.

W Lizbonie objęły zasięgiem praktycznie całe miasto, prowadząc działalność socjalną, kierując klientów do placówek pomocowych, wymieniając igły i strzykawki, a w klubach nocnych prowadząc działalność edukacyjną. Uruchomiono dwa rodzaje noclegowni – dużą, dla osób bezdomnych, z dostępem do metadonu, oraz mniejszą, placówkę 6-miesięcznego pobytu dla klientów, którzy mieli się w niej przygotować do realizacji kolejnych, wyznaczonych sobie kroków reintegracji społecznej.

Na ulice miasta wyjechał mobilny serwis redukcji szkód (działający 7 dni w tygodniu), oferujący testowanie na HIV i HCV. Co niezwykle ważne i będące wyrazem widocznego też na poziomie krajowym przekonania o konieczności współdziałania przedstawicieli różnych sektorów, nawiązała się bliska współpraca między programami redukcji szkód a policją. Na terenie jednej z niesławnych dzielnic Lizbony policja została nawet upoważniona do gromadzenia zużytego sprzętu do iniekcji⁵.

1 Artur Domośławski „Polityka narkotykowa w Portugalii: Korzyści wynikające z dekryminalizacji używania narkotyków”, Open Society Foundations, 2011, s. 14.

2 Marta Borges, koordynatorka działań z zakresu redukcji szkód w regionie Lizbony i Tagus Valley; wystąpienie podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu: Programy redukcji szkód w mieście, Warszawa 2016, materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy/>, 5 kwietnia 2018.

3 Więcej o reformie polityki narkotykowej w Portugalii w: Artur Domośławski „Polityka narkotykowa w Portugalii: Korzyści wynikające z dekryminalizacji używania narkotyków”, dz. cyt., s. 17.

4 Zespoły pracowników instytucji pomocowych czy programów redukcji szkód, które ze swoją ofertą wychodzą do potencjalnych klientów – na ulice, dworce i w inne miejsca gromadzenia się osób, które używają substancji psychoaktywnych, a także do klubów nocnych (party work) etc.

5 Marta Borges, wystąpienie cyt.

To działania w zakresie zdrowia publicznego. Ale – jak zauważył podczas Urban Drug Policies Conference, która odbyła się w 2016 roku w Warszawie, Carlos Castro, przedstawiciel lizbońskiego Urzędu Miasta¹ – odpowiedź na problemy związane z obecnością narkotyków w przestrzeni miejskiej nie sprowadza się tylko do zagadnień dotyczących redukcji szkód zdrowotnych. To także działania z zakresu urbanistyki i rewitalizacji – od polityki transportowej po mieszkaniową, od dbania o czystość ulic po dbałość o satysfakcję turystów.

Dlatego Lizbona zajęła się Casal Ventoso od różnych stron i poza interwencyjnymi działaniami z zakresu redukcji szkód, już na początku lat 90. XX wieku w mieście rozpoczęto wdrażanie programu mieszkań socjalnych, który miał na celu zlikwidowanie slamsów i nielegalnych zasiedleń.

Podobnie, kompleksową opieką otoczono dzielnicę Intendente, położoną w pobliżu turystycznej części miasta, zaledwie 5 minut drogi od miejskiego ratusza, która również słynęła z handlu narkotykami i z prostytucji ulicznej. Symboliczne, że na czas porządkowania i rewitalizowania dzielnicy burmistrz miasta przeniósł do niej swoje biuro.

❁ Wysiłki nie przeszły niezauważone. Jak pochwalił się w Warszawie Castro, gazeta The New York Times uznała Intendente za jedno z miejsc, które przyjezdni powinni w Lizbonie koniecznie odwiedzić².

Zurych

Także w Szwajcarii do wypracowania polityki, uznawanej dziś za jedną z wzorcowych, przyczyniła się obecność uciążliwych dla mieszkańców i niebezpiecznych dla samych użytkowników otwartych scen narkotykowych.

Pierwszą odpowiedzią na upowszechnienie heroiny i wzrastające problemowe używanie narkotyków było uchwalenie w 1975 roku prawa zorientowanego na abstynencję obywateli i wprowadzenie rygorystycznych sankcji karnych. Co więcej, służbom medycznym znacznie utrudniono niesienie pomocy poprzez wprowadzenie zakazu dystrybucji strzykawek i obostrzeń w przepisywaniu metadonu.

Mimo tak represyjnej odpowiedzi państwa, problem iniekcyjnego używania narkotyków, widoczny zwłaszcza na ulicach niemieckojęzycznej części kraju, bynajmniej nie malał. W samym Zurychu liczba iniekcyjnych użytkowników z 4 tysięcy w momencie wprowadzenia ustawy w życie wzrosła w ciągu 10 lat do 10 tysięcy.

W ciągu kolejnych trzech lat, tj. do 1988 roku liczba ta podwoiła się, by na początku lat 90. wynieść aż 30 tysięcy. Otwarte sceny narkotykowe np. tzw. park igieł (Platzspitz) gromadziły nawet do tysiąca użytkowników dziennie. W połowie lat 80. w Szwajcarii odnotowano najwyższy poziom nowych zakażeń HIV w Europie Zachodniej.

Z dzisiejszej perspektywy nieefektywność polityki opartej na represji nie jest zaskoczeniem. 30 lat temu odwagi i determinacji wymagało przeciwstawienie się jej, nawet za cenę łamania czy naginania prawa.

W miastach najbardziej dotkniętych epidemią heroiny zaczęły powstawać pilotażowe programy redukcji szkód – w Zurychu ZIPP–Aids, prowadzony w latach 1988–1992 za zgodą władz lokalnych na terenie Platzspitz. Wymieniono dzięki niemu ok. 10 mln igieł i strzykawek, rozdano miliony środków do dezynfekcji i prezerwatyw, udzielono pomocy w 6700 przypadkach przedawkowań i przeprowadzono tysiące szczepień przeciwko żółtaczkę typu B. Pozarządowa organizacja ARUD otworzyła niskoprogowy program metadonowy, który w pierwszym roku działania przyjął 800 pacjentów.

1 Carlos Castro, Urząd Miasta Lizbona, Portugalia; wystąpienie podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu Zdrowie publiczne a miejskie polityki narkotykowe, Warszawa 2016, materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy/>, 5 kwietnia 2018.

2 Tekst Chandlera Navarro, Where to Go in Lisbon, The New York Times, 4 lutego 2016, <https://www.nytimes.com/interactive/2016/02/04/travel/where-to-go-in-lisbon.html>, 5 kwietnia 2018.

W Bernie stworzono na krótko pierwszy pokój bezpiecznej iniekcji, a na początku lat 90. w Zurychu, Bernie, Bazylei i Genewie – kliniki leczenia heroiną. Te ostatnie znajdowały już umocowanie w nowej legislacji, ale cała polityka narkotykowa na poziomie krajowym została zreformowana pod wpływem oddolnych działań aktywistów i lekarzy dopiero w 1994 roku.¹

Wprowadzono wtedy tzw. politykę czterech filarów, która równą pozycję przyznawała profilaktyce, terapii, redukcji szkód i egzekwowaniu prawa oraz dbaniu o ład publiczny, czyli działaniom policji.

Jak wyglądała implementacja polityki czterech filarów?

- Niskoprogowe programy metadonowe² w szczytowym momencie objęły nawet 18 tysięcy uzależnionych od opiatów, co oznaczało dostępność leczenia dla zdecydowanej większości potrzebujących.
- Dla najciężej uzależnionych od opiatów powstało ponad 1000 miejsc w programach leczenia heroiną.
- Serwisy redukcji szkód stały się nie tylko powszechnie na wolności, ale także dostępne w jednostkach penitencjarnych.
- Działania policji skoncentrowały się na ściganiu dilerów i przemytników, a nie użytkowników narkotyków.

Nie do przecenienia jest porozumienie na poziomie lokalnym między instytucjami działającymi na rzecz zdrowia publicznego i jednostkami odpowiedzialnymi za porządek publiczny.

Współpraca jest różnie skonstruowana w różnych miastach, ale zasadniczo panuje konsensus co do tego, że policja nie nachodzi i nie interweniuje na terenie programów redukcji szkód. Niekiedy wręcz współtworzy z pracownikami socjalnymi swego rodzaju zespoły outreach work. Wreszcie, przyzwala na testowanie narkotyków np. w klubach nocnych (sama korzystając zresztą na wymianie informacji z NGO co do rodzaju obecnych w mieście substancji).³

Na pozytywne efekty polityki czterech filarów nie trzeba było długo czekać. Przekierowanie blisko 20 tys. uzależnionych z ulicy do programów substytucyjnych ograniczyło znacząco czarny rynek heroiny i zlikwidowało właściwie otwarte sceny narkotykowe.

✿ Wyniki badań wykazały znaczącą zależność między uruchomieniem programów leczenia heroiną a spadkiem przestępczości (od kradzieży w sklepach po handel marihuaną). A to tylko niektóre sukcesy. Nie powinna więc dziwić powszechna akceptacja dla polityki czterech filarów wśród obywateli Szwajcarii, czemu niejednokrotnie dawali wyraz w krajowych referendach⁴.

1 Więcej o drodze do oraz o przebiegu reform polityki narkotykowej w Szwajcarii w: Joanne Csete „Ze szczytów gór. Czego możemy się nauczyć ze zmiany szwajcarskiej polityki narkotykowej?”, Open Society Foundations, 2010.

2 Program, do którego osoba szkodliwie używająca opiatów może przystąpić niemal w każdej chwili, bez konieczności uprzedniego spełnienia wymogów, stawianych np. przed pacjentami funkcjonujących w Polsce wysokoprogowych programów metadonowych. Programy niskoprogowe realizują ideę redukcji szkód. Prowadzone mogą być stacjonarnie lub w ramach outreach work.

3 O roli i zadaniach policji w ramach polityki czterech filarów opowiadał Christian Schneider z Federalnej Policji Kryminalnej w Szwajcarii, podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu Prawo narkotykowe a prawa człowieka, Warszawa 2016, materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy/>, 5 kwietnia 2018.

4 Więcej o efektach reformy polityki narkotykowej w Szwajcarii oraz o referendach na jej temat w: Joanne Csete „Ze szczytów gór...”, dz. cyt.

Frankfurt

Najbardziej znanym przykładem dobrych praktyk w dziedzinie polityki narkotykowej na poziomie miasta jest prawdopodobnie niemiecki Frankfurt nad Menem i wypracowana w nim tzw. droga frankfurcka (Frankfurt Way).

Nie inaczej niż w Lizbonie czy Zurychu, bodźcem do poszukiwań efektywnej polityki municypalnej było istnienie w mieście w latach 80. i na początku 90. ubiegłego stulecia zapełnionej od rana do nocy otwartej sceny narkotykowej w parku w okolicy głównego dworca kolejowego. W momencie największej popularności tego miejsca, liczba jego użytkowników sięgała około tysiąca osób.

Represyjna reakcja policji nie przynosiła rezultatów lub przynosiła efekty odwrotne do oczekiwań społecznych. Policja była bezradna wobec skali zjawiska i jego efektów takich jak liczne przypadki śmiertelnych przedawkowań (w 1991 roku aż 147¹).

Po raz kolejny kluczem do sukcesu okazała się ścisła współpraca wszystkich podmiotów, zajmujących się tematem. W celu wypracowania kompleksowego planu działania przy władzach miastach powołano zespół złożony z przedstawicieli służby zdrowia, policji, prokuratury, pomocy społecznej, który spotykał się (i do dziś spotyka!) regularnie.

– *w kreowanie polityki narkotykowej na poziomie miasta musimy łączyć wszystkich [zainteresowanych i dotkniętych tematem], także organizacje pozarządowe i przedstawicieli samych użytkowników. Potrzebne są regularne spotkania służące do omawiania aktualnej sytuacji. I transparentna koordynacja wspólnych działań* – przekonywał podczas Urban Drug Policies Conference prof. Heino Stöver z Uniwersytetu Społecznych Nauk Stosowanych we Frankfurcie.²

MIEJSKA MACHINA POMOCOWA ruszyła na przełomie lat 80. i 90. Otwierano niskoprogowe programy redukcji szkód, świetlice, w 1992 roku największe w Europie centrum świadczące kompleksowe usługi dla użytkowników („Eastside”), od 1994 roku pokoje iniekcyjne, potem projekty ułatwiające ustabilizowanie sytuacji mieszkaniowej i zarobkowej, wreszcie w 2003 roku leczenie heroina³.

Z biegiem lat oferta pomocowa na terenie całego kraju stawała się coraz powszechniejsza np. leczenie wspomagane heroiną w 2011 roku dostępne było już w siedmiu klinikach dla około 300 pacjentów⁴.

Wracając do Frankfurtu, w **działania programów outreach work włączona została także policja**.

• Aktualnie na terenie Niemiec działają 24 pokoje bezpiecznej iniekcji (w tym jeden mobilny⁵) zlokalizowane w 15 miastach, z czego 4 w samym Frankfurcie.⁶ Obsługują one około 4,5 tysiąca klientów, a zatem połowę wszystkich uzależnionych od opiatów. O ich istnieniu użytkowników informują m.in. policjanci.

• W 120 miejscowościach działa około 180 automatów do dystrybucji igieł i strzykawek. Są łatwo dostępne 24 godziny na dobę. Rocznie tą drogą rozchodzi się około 2 mln

1 Heino Stöver „Multi-agency Approach to Drug Policy on a Local Level <The Frankfurt Way>”, https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/The_Frankfurt_Way.pdf, 5 kwietnia 2018; oraz Thomas Zosel, wystąpienie podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu: Prawo narkotykowe a prawa człowieka, Warszawa 2016, materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy/>, 5 kwietnia 2018.

2 Prof. Heino Stöver, Uniwersytet Społecznych Nauk Stosowanych we Frankfurcie, wystąpienie podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu: Prawo narkotykowe a prawa człowieka, Warszawa 2016, materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy/>, 5 kwietnia 2018.

3 Heino Stöver „Multi-agency Approach to Drug Policy on a Local Level <The Frankfurt Way>”, dz. cyt.

4 „New heroin-assisted treatment”, EMCDDA Insights 11, EMCDDA, Lisbon 2012, s. 127.

5 „Germany. Country Drug Report 2017”, EMCDDA, Lisbon 2017, s. 12.

6 International Network of Drug Consumption Rooms, <http://www.drugconsumptionroom-international.org/index.php/locations/germany/location-germany>, 5 kwietnia 2018.

strykawek. Lokalizacja automatów jest wynikiem negocjacji z policją i mieszkańcami z sąsiedztwa¹.

✳ Zarówno przedstawiciele NGOów, jak i policji, podkreślają, że ważną częścią ich współpracy, znaczącą dla budowania wzajemnego zrozumienia, zaufania, wreszcie dla wymiany istotnych informacji „z ulicy”, są regularne spotkania obydwu stron, odbywające się co dwa tygodnie². Ich wspólne działania, jak zresztą cała polityka „frankfurckiej drogi”, jest bardzo pozytywnie odbierana przez mieszkańców miasta, a także chętnie przedstawiana w lokalnych i krajowych mediach. Dzięki niej m.in. spadła liczba zgonów związanych z używaniem narkotyków (ze 147 w 1991 roku do około 30 w ostatnich latach)³. Spadła też przestępczość w mieście.

Kopenhaga

Dość długo różne podejścia do polityki narkotykowej ścierały się natomiast w Kopenhadze, która stała się domem dla największej otwartej sceny narkotykowej w Skandynawii, gromadząc nawet do 8 tysięcy użytkowników w promieniu około 2,5 km⁴.

Pierwsza odpowiedź miasta i dzielnicy sprowadzała się do interwencji policji i wyznaczenia przez nią tzw. „no go zones”, czyli obszarów, na które przez ponad 20 lat obowiązywał praktycznie zakaz wstępu dla użytkowników narkotyków, czy osób bezdomnych.

Paradoksalnie, to na styku trzech takich stref usytuowany został otwarty 24 godziny na dobę punkt wymiany igieł i strzykawek. Z serwisu korzystało bardzo niewiele osób, bo, jak wynika z relacji Nanny Gotfredsen, prawniczki z programu Street Lawyers (prawników ulicznych) – *Klienci musieli wybierać między mandatem a wystawianiem na ryzyko własnego zdrowia*.

Podobnie było z czynnym przez godzinę dziennie mobilnym serwisem wymiany igieł i strzykawek, za którym podążał radiowóz. Policja w Kopenhadze długo nie podzielała bowiem pozytywnego nastawienia do redukcji szkód i dopiero kilkukrotne procesy sądowe, konsekwentnie wytaczane przez stronę społeczną, zmusiły ją do zaprzestania interwencji, uniemożliwiających efektywne funkcjonowanie programów pomocowych.

W 2012 roku zlikwidowano strefy objęte zakazem wstępu dla użytkowników substancji psychoaktywnych i przekształcono je w tzw. „free zone” (wolną strefę), w obrębie której policja nie niepokoi użytkowników.

Nie tylko uregulowanie zasad działania policji zawdzięcza Kopenhaga konsekwentnym staraniom Street Lawyers. Organizacja długo zabiegała o utworzenie bardzo potrzebnego w przydworcowej dzielnicy pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji, by wreszcie – w oparciu o drobiazgową analizę prawa, nie czekając na powstanie regulacji na poziomie krajowym – uruchomić mobilny pokój iniekcyjny na własną rękę. Postawiona przed faktem dokonanym Kopenhaga od 2012 roku prowadzi uregulowane prawnie pokoje iniekcyjne, w tym największy na świecie – H17, który jest w stanie zapewnić jednocześnie miejsce do bezpiecznej iniekcji dla 24 klientów.

✳ Ciekawą formułą redukcji szkód jest przemieszczający się po Kopenhadze „seksbulans” tj. stary ambulans, przystosowany do tego, by stanowić bezpieczne, higieniczne pomieszczenie, w którym pracownicy/pracownice seksualne mogą świadczyć swoje usługi.

1 Prof. Heino Stöver, wystąpienie cyt.

2 Thomas Zosel, wystąpienie cyt.; oraz Tome Holz, koordynator miejskiego programu redukcji szkód (OSSIP) we Frankfurcie, wystąpienie podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu: Czynniki użytkowników w przestrzeni miejskiej, Warszawa 2016, materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy>, 5 kwietnia 2018.

3 Tome Holz, wystąpienie cyt.

4 Informacje nt. polityki narkotykowej w Kopenhadze pochodzą z wizyty studyjnej w 2017 r. oraz z wystąpienia Nanny Gotfredsen, Street Lawyers, podczas Urban Drug Policies Conference, w panelu: *Prawo narkotykowe a prawa człowieka*, Warszawa 2016 (materiał video dostępny na stronie: <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy>)

Na wschód

Ponieważ wszystkie przywoływane do tej pory polityki narkotykowe rozwinięte zostały w krajach i miastach Europy Zachodniej, na koniec kilka słów o przykładzie z naszego regionu, a mianowicie o doświadczeniach czeskich.

Podobnie jak w większości opisanych wyżej przypadków, Czechy dość wcześnie uznały istotną rolę organizacji pozarządowych jako ekspertów z „pierwszej linii frontu”. Społeczeństwo obywatelskie odegrało znaczącą rolę w kreowaniu polityki narkotykowej kraju oraz w zabezpieczeniu działania niskoprogowych programów redukcji szkód np. wymiany igieł i strzykawek.

W 2009 roku na terenie niewielkich powierzchniowo Czech działało około 95 programów wymiany, które w ciągu roku rozdały blisko 5 mln igieł.¹ w 2015 roku – ponad 6,4 mln strzykawek.²

W WIĘKSZYCH MIASTACH prowadzeniem wymiany zajęły się tzw. centra kontaktu (świetlice drop-in z szeroką ofertą skierowaną do klientów) – w Pradze trzy (poza siedmioma programami wymiany ulicznej). W 2010 roku 10 praskich programów rozdystrybuowało wśród 11 400 iniekcyjnych użytkowników ponad 2 mln igieł. Według szacunków, 80% problemowych użytkowników narkotyków w Pradze pozostawało w kontakcie ze stacjonarnym bądź ulicznym programem (w skali kraju wskaźnik ten wynosił 70%)³.

Na którymś etapie eksperymentowano też w stolicy (bez większego powodzenia) z udostępnianiem igieł za pomocą umieszczonego w przestrzeni miejskiej dystrybutora (pomysł ten przyjął się za to w trzech innych miastach⁴). Tym samym Czechy trafiły do czołówki krajów europejskich o największym zasięgu tego typu serwisów.

Podobnie z dostępnością leczenia substytucyjnego – w 2010 roku objęte nim było 45% potrzebujących (także w zakładach karnych). Ponieważ około 30% problemowych użytkowników narkotykowych skupiało się w stolicy, burmistrz Pragi w latach 2002–2010 prawie 4-krotnie zwiększył nakłady na redukcję szkód, interwencje medyczne i socjalne związane z używaniem narkotyków⁵. Co ciekawe, inwestowanie w działania postrzegane niekiedy jako kontrowersyjne, bynajmniej nie przyczyniło się do spadku jego popularności jako polityka. Niedługo potem Pavel Bém został wybrany do czeskiego Parlamentu.

Efekty dobrej polityki

Gdyby nie ograniczenia związane z objętością publikacji, należałoby znacznie więcej miejsca poświęcić bardzo pozytywnym i nie do przecenienia skutkom opisanych polityk narkotykowych dla zdrowia publicznego.

Na obszerne opisy zasługują także państwa, które – na bazie eksperymentów na poziomie municypalnym – wypracowały innowacyjne polityki wobec samej marihuany tj. Holandia i Hiszpania, a dokładniej jeden z jej regionów – Katalonia. Ale nawet ten opisany wycinek doświadczeń szeregu miast europejskich w dziedzinie polityki narkotykowej pozwala wyciągnąć kilka inspirujących wniosków.

Efektywne działania możliwe są nawet tam, gdzie krajowe strategie i legislacja nie nadążają za rzeczywistością.

To właśnie ośrodki miejskie, które siłą rzeczy są poligonami doświadczalnymi, mają szansę eksperymentować i kreować najsmielsze i najskuteczniejsze strategie. Niezbędna do tego jest ścisła i regularna współpraca pomiędzy wszystkimi aktorami zaangażowanymi w próby rozwiązywania problemów,

1 Joanne Csete, „W poszukiwaniu równowagi. Czeska polityka wobec substancji niedozwolonych”, Open Society Foundations, 2012, s. 28.

2 „Czech Republic. Country Drug Report 2017”, EMCDDA, Lisbon 2017, s. 12.

3 Joanne Csete, dz. cyt., s. 28.

4 „Czech Republic. Country Drug Report 2017”, dz. cyt., s. 11.

5 Joanne Csete, dz. cyt. s. 28–29.

wynikających z obecności substancji psychoaktywnych w miastach, w tym organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli samych użytkowników narkotyków. Ich skoordynowane działania, prowadzone na dużą skalę, tak by swoim zasięgiem obejmowały zdecydowaną większość potrzebujących, są kluczem do sukcesu.

Aby działania redukcji szkód mogły przynosić efekty, jakich od nich oczekujemy, konieczne jest często przededefiniowanie roli policji w miejskich strategiach rozwiązywania tzw. problemów narkotykowych. Wymaga to na pewno czasu, wzajemnego zaufania i zaangażowania po wszystkich stronach, ale przynosi efekty nie tylko widoczne w badaniach, ale także doceniane najpierw przez lokalną społeczność, a potem – jak widać – często także przez władze krajowe i gremia międzynarodowe.

Magdalena Dąbkowska

Ekspertka polityki narkotykowej. Związana z Międzynarodowym Programem Polityki Narkotykowej w Open Society Foundations (od 2008 roku) oraz szeregiem innych organizacji krajowych np. Helsińską Fundacją Praw Człowieka i międzynarodowych, np. AFEW International. Absolwentka Drug Policy Seminar Series Polskiej Akademii Nauk (2011) i Drug Policy and Human Rights Course podczas Central European Summer University w Budapeszcie (2013).

Rozdział VII. Deklaracja Warszawska jako punkt wyjścia do opracowania skutecznych rozwiązań w zakresie lokalnych polityk narkotykowych.

Opracowanie: Agnieszka Sieniawska

Niniejszy rozdział poświęcony został Deklaracji Warszawskiej, która składa się z 10 postulatów określających rolę jednostek samorządu terytorialnego, przedstawicieli organizacji pozarządowych, jednostek Policji oraz ekspertów w kształtowaniu skutecznych strategii narkotykowych.

Powstanie deklaracji

W lutym 2016 r. w Warszawie odbyła się II Międzynarodowa Konferencja nt. Miejskich Polityk Narkotykowych (UDPC2016)¹. Głównymi organizatorami wydarzenia było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Miasto Stołeczne Warszawa oraz Polska Sieć Polityki Narkotykowej przy wsparciu Open Society Foundations. Wśród partnerów merytorycznych znalazły się nie tylko organizacje pozarządowe jak Krytyka Polityczna czy Helsińska Fundacja Praw Człowieka, ale także Warszawski Uniwersytet Medyczny czy radio Tok fm.

Było to jedno z największych międzynarodowych wydarzeń poświęconych polityce narkotykowej w przestrzeni miejskiej.

Konferencja powstała z myślą o integracji i współpracy pracowników samorządów, polityków, lokalnych decydentów, przedstawicieli jednostek realizujących programy przeciwdziałania narkomanii, funkcjonariuszy policji, prokuratorów, pracowników służby więziennej, działaczy organizacji pozarządowych oraz naukowców. Jej głównymi celami była profesjonalizacja miejskich polityk narkotykowych, poprawa jakości współpracy międzysektorowej, transfer wiedzy pomiędzy europejskimi miastami oraz promocja i upowszechnianie miejskich polityk narkotykowych opartych na dowodach naukowych.

✿ **MISJĄ KONFERENCJI** było wywołanie dyskusji na temat wyzwań jakie stoją przed lokalną polityką narkotykową w kontekście krajowej i międzynarodowej polityki narkotykowej. Opracowane wytyczne do realizacji priorytetów krajowej i globalnej strategii przeciwdziałania narkomanii zostały przedłożone na spotkaniu wyższego szczebla – UNGASS 2016, gdzie kształtowana jest globalna polityka systemu kontroli nad narkotykami.

✿ Wywołanie dyskusji na temat wyzwań jakie stoją przed lokalną polityką narkotykową miało służyć wypracowaniu **strategii finansowania programów redukcji szkód w dużych miastach** europejskich oraz ma być bazą do opracowania wspólnych europejskich wytycznych na UNGASS 2016.

Konferencja była okazją do przyjrzenia się problemowi oraz opracowania jednolitych wytycznych do wdrażania racjonalnej polityki narkotykowej na szczeblach lokalnych w dokumencie zwanym Deklaracją Warszawską, która została zaprezentowana na posiedzeniu CND (*Commission on Narcotic Drugs*) w Wiedniu (marzec 2016) oraz na Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ – UNGASS 2016.

Relacja ze wszystkich paneli Urban Drug Policies Conference jest dostępna na urbandrugpolicies.com/pl/filmy

¹ Pierwsza edycja wydarzenia odbyła się w 2010 roku w czeskiej Pradze – Urban Drug Policies in the Globalised World. Podczas konferencji ogłoszono dokument – Deklarację Praską – *7 Principles for Urban Drug Policies*. Więcej informacji o Deklaracji Praskiej znajduje się na stronie www.praguedeclaration.com/en.

DEKLARACJA WARSZAWSKA jest wynikiem konsensusu przyjętego na konferencji i wspólnie opracowanym stanowiskiem przedstawicieli władz lokalnych i krajowych, decydentów, naukowców, organów ścigania, reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego, użytkowników substancji psychoaktywnych oraz instytucji prowadzących programy leczenia i redukcji szkód.

Dokument opiera się na 7 postulatach zebranych i opisanych w 2010 roku w Deklaracji Praskiej.

Pełne brzmienie Deklaracji Warszawskiej

Preambuła Deklaracji Warszawskiej stanowi, że „świat wolny od narkotyków wydaje się być celem niemożliwym do osiągnięcia. Substancje psychoaktywne istniały wśród ludzi od tysiącleci i tak pozostanie – ze wszystkimi tego negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami. Dlatego przy tworzeniu polityk narkotykowych należy postępować pragmatycznie. Realnym celem do osiągnięcia jest minimalizowanie negatywnych skutków używania oraz handlu narkotykami”.

My, Sygnatariusze Deklaracji Warszawskiej niniejszym wzywamy do następującego:

- 1. Rola i odpowiedzialność samorządów lokalnych powinna być jasno określona** w procesie tworzenia i wdrażania miejskich polityk narkotykowych. Swoje działania powinny regularnie i w sposób formalny konsultować ze wszystkimi podmiotami zajmującymi się problematyką narkotykową, w tym celu należy stworzyć odpowiednie fora oraz harmonogram działań. Zapewni to skuteczne partnerstwo pomiędzy władzami lokalnymi, społecznością lokalną, grupami wyznaniowymi, specjalistami z obszarów powiązanych z problematyką narkotykową, usługodawcami, organizacjami pozarządowymi i użytkownikami substancji psychoaktywnych. Koordynatorem takiego procesu powinien być właściwy urzędnik bądź inny podmiot posiadający odpowiednie doświadczenie.
- 2. Samorządy powinny realizować polityki, programy i działania w oparciu o dowody naukowe** w ramach których będą eksperymentować i wprowadzać innowacje. Takie pragmatyczne podejście jest odpowiedzią na potrzeby społeczności lokalnej. Doświadczenia Frankfurtu, Zurychu, Lizbony czy Vancouver pokazują jak ogromne korzyści przynoszą innowacje w polityce narkotykowej. Dobrym przykładem są stworzone w tych miastach zintegrowane centra redukcji szkód, które nie tylko chronią zdrowie użytkowników substancji psychoaktywnych, ale również podnoszą jakość zdrowia publicznego i bezpieczeństwo całego miasta. Na innowacje na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym powinny wpływać wszystkie zaangażowane w nie podmioty m.in. władze lokalne, policja, służba zdrowia, organizacje pozarządowe, beneficjenci oraz środowisko naukowe.
- 3. Karanie za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek nie powinno** być głównym celem działania policji i innych organów ścigania. Należy przewartościować wskaźniki policyjnych sukcesów, tak aby nie promowały one zatrzymań użytkowników substancji psychoaktywnych oraz zatrzymań za drobne przestępstwa narkotykowe, ale zintegrowane działania na rzecz poprawy jakości zdrowia publicznego, gdyż to bezpośrednio przyczyni się do wzrostu bezpieczeństwa całej społeczności. Potrzeba jasno określonych wytycznych zbierających najskuteczniejsze policyjne praktyki oraz opisujące skuteczne mechanizmy współpracy i kooperacji pomiędzy organami ścigania a służbą zdrowia oraz opieką społeczną. Policjanci oraz prokuratorzy powinni być odpowiednio przeszkoleni i uwrażliwieni na problem narkomanii, a także dysponować wiedzą na temat dostępności programów profilaktycznych, edukacyjnych, oferty z zakresu redukcji szkód, leczenia i wsparcia socjalnego, aby w jak najlepszy sposób odpowiedzieć na potrzeby społeczności lokalnej.
- 4. Na poziomie lokalnym należy zadbać o mechanizmy gwarantujące** ochronę i respektowanie praw człowieka osób używających substancji psychoaktywnych. Powinny być wdrażane w ramach istniejących i dostępnych mechanizmów takich jak Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Prawa te obejmują, ale nie ograniczają się wyłącznie do: prawa do najwyższego osiągalnego

go poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, prawa do prywatności, prawa do wolności od dyskryminacji, prawa do wolności od tortur, prawa do rzetelnego procesu sądowego i zakazu arbitralnych zatrzymań.

5. **Kompleksowe podejście i szeroki wachlarz usług zdrowotnych i społecznych** – zawierający programy redukcji szkód – powinien być dostosowany do indywidualnych cech, potrzeb, preferencji i okoliczności życiowych osób używających narkotyków. Leczenie musi odbywać się wyłącznie na zasadzie dobrowolności, a działania profilaktyczne tworzone w oparciu o dowody naukowe. Programy te powinny być opracowywane w poszanowaniu praw człowieka i z zachowaniem unijnych minimalnych standardów zmniejszenia popytu. Samorządy powinny skutecznie przeciwdziałać stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyków szczególnie podczas korzystania przez nie z pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. Należy opracować mechanizmy zabezpieczające ciągłość opieki niezależnie od zmiennej sytuacji życiowej jej beneficjentów. Oprócz stałej dostępności, programy powinny reagować na specyficzne potrzeby różnych grup wiekowych, kobiet, mniejszości etnicznych, imigrantów, osób świadczących usługi seksualne i środowisk LGBTQ. Informacje o dostępnej ofercie powinny być skonstruowane i rozpowszechniane w sposób przyjazny bez straszenia i stygmatyzacji, dbając o poszanowanie godności ich odbiorców i wykorzystując edukację rówieśniczą (ang. peer-to-peer).
6. **Gminy powinny tworzyć przepisy i wytyczne zmniejszające zagrożenia** związane z używaniem substancji psychoaktywnych pojawiające się w nocnych klubach a także podczas innych wydarzeń i imprez rozrywkowych. Samorządy powinny się zatroszczyć o współpracę pomiędzy podmiotami sektora prywatnego, organizacjami pozarządowymi, użytkownikami substancji i policją. Przygotowane przepisy i wytyczne powinny gwarantować, że właściciele klubów nocnych, a także organizatorzy imprez rozrywkowych, festiwali i innych wydarzeń, podczas których zachodzi prawdopodobieństwo stosowania substancji psychoaktywnych, zagwarantują kompleksowy pakiet usług. Chodzi tu o kompleksowe działania w celu zapobiegania oraz ograniczania szkód, a także podniesienia bezpieczeństwa w przypadku używania narkotyków podczas takich imprez przez wprowadzenie testów, interwencje oparte o bezpośrednie interakcje, rozpowszechnianie materiałów z informacjami na temat bezpieczniejszego używania substancji oraz powszechny dostęp do zimnej wody pitnej. Właściciele klubów i organizatorzy imprez powinni szkolić swoich pracowników, w jaki sposób postępować z osobami używającymi narkotyków.
7. **Władze lokalne powinny zabezpieczyć i zagwarantować fundusze** na działania i programy redukcji szkód, leczenie, reintegrację społeczną oraz profilaktykę i edukację opartą na dowodach naukowych, a także fundusze na szkolenia podnoszące kwalifikacje właściwych urzędników. Należy uwzględnić w powyższym pracę z społecznościami dotkniętymi zjawiskiem narkomanii i rodzinami osób używających narkotyków. Wydatki na politykę narkotykową powinny być zbilansowane oraz racjonalnie rozdzielone pomiędzy system prawno-karny oraz pomoc społeczną i opiekę zdrowotną, a wszystko to powinno być oparte na solidnej ocenie potrzeb. Te środki finansowe powinny być przydzielane w sposób przejrzysty oraz w konsultacji ze społeczeństwem obywatelskim.
8. **Do roli samorządów należy uwrażliwianie i edukowanie swoich mieszkańców** w celu zmniejszenia stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyków, a także informować ich o korzyściach płynących z tworzenia programów redukcji szkód i kompleksowego leczenia uzależnień. W celu unikania i rozwiązywania konfliktów, powinny istnieć specjalne fora umożliwiające dialog pomiędzy usługodawcami, mieszkańcami i władzami dzielnic, organami ścigania oraz samymi użytkownikami.
9. **Władze lokalne powinny stworzyć mechanizmy monitorowania i oceny** wszystkich lokalnych polityk, usług i programów, które dotyczą narkotyków. Monitoring powinna przeprowadzać niezależna grupa ekspertów współpracujących ze społeczeństwem obywatelskim, beneficjentami tych programów oraz środowiskami akademickimi. Ewaluacja powinna, z uwzględnieniem lokalnego kontekstu, badać wartość realizowanych polityk z punktu widzenia zdrowia publicznego,

poszanowania praw człowieka oraz poprawy bezpieczeństwa społeczności lokalnej. Takie działania powinny stanowić integralną część planów budżetowych gmin.

- 10. Aby ułatwić wymianę najlepszych praktyk i przykładów skutecznych polityk** opartych na dowodach naukowych, zaleca się systematyczne partnerstwo oraz stały przepływ informacji, horyzontalnie pomiędzy samorządami oraz wertykalnie, na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym.

Miasto jest przestrzenią najwyraźniej obrazującą problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych – otwarte sceny narkotykowe w parkach czy na miejskich placach są w pierwszej kolejności zauważane przez lokalne społeczności i – jak pokazują doświadczenia krajów Europy – to właśnie impuls lokalny jest inicjatorem realnych zmian.

Decyzje i rozwiązania, które są wdrażane na poziomie lokalnym, monitoring ich skuteczności i zasięgu mają wpływ się na realne zmiany widoczne z przestrzeni miejskiej, które bezpośrednio przekładają się na poprawę sytuacji nie tylko w zakresie zdrowia publicznego, ale i bezpieczeństwa w mieście.

Deklaracja Warszawska stanowi wykaz rekomendowanych działań, które powinny być uwzględniane w planowaniu i realizacji lokalnych strategii narkotykowych z dostosowaniem do potrzeb i stopnia zurbanizowania poszczególnych regionów.

Agnieszka Sieniawska

Przewodnicząca Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, absolwentka prawa Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, prawniczka programu Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Od 2009 r. prowadzi działania advokacyjne związane zarówno z pomocą prawną, jak i działalnością zmierzającą do zmiany prawa narkotykowego. Brała udział w pracach nad zmianą prawa narkotykowego, którego nowelizacja weszła w życie z grudnia 2011r. Autorka raportów oraz publikacji na temat prawa narkotykowego i polskiej polityki narkotykowej.

*Podpisz Deklarację Warszawską przez formularz dostępny na stronie:
urbandrugpolicies.com/pl/podpisz-deklaracje-warszawska*

Prezentowana publikacja została wydana w ramach zadania realizowanego przez Fundację Polska Sieć Polityki Narkotykowej.

POLSKA SIEĆ POLITYKI NARKOTYKOWEJ została powołana w 2008 r. jako inicjatywa obywatelska przez grupę specjalistów pracujących z osobami uzależnionymi oraz używającymi narkotyków. W działalność Sieci zaangażowani są zarówno terapeuci, lekarze, prawnicy, pracownicy Służby Więziennej, pracownicy socjalni, pedagodzy, przedstawiciele organizacji pozarządowych, jak i sami użytkownicy substancji psychoaktywnych. Od 2014 roku Sieć funkcjonuje jako fundacja, a kluczowe projekty realizujące jej misję skupiają się wokół profilaktyki uzależnień, działalności szkoleniowej, poradnictwa prawnego i socjalnego oraz działalności resocjalizacyjnej w aresztach śledczych. Fundacja prowadzi także współpracę na rzecz innowacji i wymiany najlepszych praktyk z zakresu redukcji szkód oraz racjonalnych polityk narkotykowych na szczeblu miejskim, krajowym oraz międzynarodowym.

MISJA ORGANIZACJI

Odwołując się do Praw Człowieka, przeciwdziałamy stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyki, osób sięgających po nie z powodu uzależnienia, jak i okazjonalnie. Wykorzystując wiedzę ekspertów, lekarzy, i przede wszystkim samych pacjentów na temat działania substancji psychoaktywnych, promujemy najnowsze osiągnięcia naukowe w dziedzinie terapii uzależnień.

*Więcej informacji dostępnych jest na stronie internetowej:
www.politykanarkotykowa.pl*

Publikacja niniejsza stanowi kompendium wiedzy na temat rozwiązywania problemów narkotykowych dla wielu grup zawodowych i społecznych m. in. dla samorządowców, nauczycieli pracowników służb społecznych, policjantów i innych. Autorzy publikacji będący praktykami, którzy na co dzień pracują w obszarze profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii, pomocy osobom uzależnionym bądź w instytucjach samorządowych lub rządowych opracowali zagadnienia bardzo wszechstronnie, czyniąc publikację podręcznikiem w wielu dziedzinach.

DANUTA JANUSZ

Ekspert wojewódzki ds. informacji o narkotykach i narkomanii (województwo mazowieckie)
Certyfikowany Specjalista w zakresie PiRPA

Recenzowana książka zawiera analizy dotyczące wielowymiarowych strategii w zakresie rozwiązywania problemów narkotykowych, jakie mogą występować w lokalnych społecznościach. Ważnym uzasadnieniem do wydania książki jest to, że zaprezentowane w niej zagadnienia zostały poparte źródłami obowiązującego prawa oraz aktualną literaturą przedmiotu (...) Skuteczne działania w obszarze przeciwdziałania narkomanii wymagają bowiem dokładnego rozpoznania zarówno jej przejawów, jak również skutecznych sposobów jej zapobiegania i/lub redukcji konsekwencji jej występowania.

DR HAB. IWONA NIEWIADOMSKA

Instytut Psychologii KUL

Prezentowana publikacja została wydana w ramach zadania realizowanego przez Fundację
POLSKA SIEĆ POLITYKI NARKOTYKOWEJ.

www.politykanarkotykowa.pl